

Assemblée nationale
XIII^e législature
Session ordinaire de 2008-2009

Compte rendu
intégral

Troisième séance du jeudi 19 février 2009

SOMMAIRE

Présidence de Mme Danièle Hoffman-Rispal

1. Réforme de l'hôpital

Discussion des articles (suite)

Article 12 (suite)

Amendements nos 492, 491, 358, 208, 986 rectifié, 1190 deuxième rectification, 359, 1995 (sous-amendement), 886, 1172 rectifié, 493, 1037, 1232, 1036, 20, 360, 361, 1996, 1997, 362, 987, 363, 364, 494, 365, 366, 367, 368, 988, 1263 rectifié, 369, 370, 371, 654, 372, 373, 1208, 1206, 1207, 209, 374, 1992 (sous-amendement)

Article 13

M. Jean-Luc Prével

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé

Amendements nos 376, 495, 210, 1127, 1156, 378, 989, 496, 497, 498, 499, 379, 990, 380, 991, 992, 993, 381, 211, 500, 1128, 212, 501, 382, 384, 994, 503, 385, 995, 386, 387, 996, 1039, 1157, 1994, 504, 502

Après l'article 13

Amendements nos 1358, 1355, 1359, 1069, 389

2. Ordre du jour de la prochaine séance

Présidence de Mme Danièle Hoffman-Rispal, vice-présidente

Mme la présidente. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à vingt et une heures trente.)

1 - Réforme de l'hôpital

Suite de la discussion, après déclaration d'urgence, d'un projet de loi

Mme la présidente. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion, après déclaration d'urgence, du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (n^{os} 1210 rectifié, 1441, 1435).

Discussion des articles (suite)

Mme la présidente. Cet après-midi, l'Assemblée a poursuivi l'examen des articles, s'arrêtant à l'amendement n^o 1216 à l'article 12.

Article 12 (suite)

Mme la présidente. L'amendement n^o 1216 n'est pas soutenu.

Je suis saisie de trois amendements, n^{os} 492, 491 et 358, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Jean-Luc Prével, pour soutenir les amendements n^{os} 492 et 491.

M. Jean-Luc Prével. Madame la présidente, madame la ministre, mes chers collègues, le projet de loi limite la possibilité d'adhésion à une seule communauté hospitalière de territoire. Cela me paraît trop restrictif, même si je comprends, surtout lorsqu'il s'agit d'une communauté hospitalière intégrée, qu'il soit difficile d'être partie prenante de deux CHT. Je connais un certain nombre d'exemples locaux.

Lorsqu'un hôpital a dans sa circonscription, si j'ose dire, plusieurs hôpitaux locaux ou de proximité, il est logique qu'il crée avec eux une communauté hospitalière de territoire. Mais cet hôpital référent peut ne pas disposer de toutes les spécialités et avoir besoin de travailler aussi avec un hôpital référent général ou un CHU.

Il me paraîtrait donc souhaitable d'ouvrir la possibilité d'adhérer, au minimum à deux CHT. C'est le but de l'amendement n^o 492.

L'amendement n^o 491 permettrait, quant à lui, d'adhérer à plusieurs CHT.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur, pour présenter l'amendement n^o 358 et donner l'avis de la commission sur les amendements n^{os} 492 et 491.

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales*. Les amendements de M. Prél visent à ouvrir à un établissement de santé la possibilité d'appartenir à deux ou plusieurs CHT.

Tout en conservant le principe de l'interdiction de l'adhésion à plus d'une CHT, la commission a adopté, contre l'avis du rapporteur, l'amendement n° 358, qui prévoit la possibilité d'exception à ce principe, après dérogation accordée par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Elle a donc, en toute logique, rejeté l'amendement n° 491, qui limite l'interdiction aux CHT intégrés, et l'amendement n° 492, qui permet à un établissement d'adhérer à deux CHT.

Je le répète, l'amendement n° 358 a été adopté par la commission contre l'avis de son rapporteur. Dans une CHT, certaines compétences sont obligatoirement partagées. Je pense aux investissements lourds, aux systèmes d'information, à la gestion des ressources humaines et surtout au projet médical commun. De plus, le budget des différents établissements est consolidé. Ces éléments me font dire qu'il est impossible d'appartenir à plusieurs CHT, de même qu'il est impossible à une commune d'appartenir à plusieurs communautés de communes ou communautés d'agglomérations.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre, pour donner l'avis du Gouvernement sur les trois amendements.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé et des sports*. Il y a véritablement, à l'origine de la création d'une communauté hospitalière de territoire, une vision territoriale. On définit un territoire de santé qui soit pertinent dans toute l'acception du terme, et les établissements publics de santé se réunissent au sein d'une CHT.

Au-delà des difficultés de fonctionnement d'un établissement qui appartiendrait à deux CHT, ces amendements ne correspondent pas à la démarche territoriale ni à la logique d'appréhension des besoins de santé que je souhaite mettre en œuvre.

C'est la raison pour laquelle je suis défavorable aux trois amendements.

Mme la présidente. La parole est à M. Marcel Rogemont.

M. Marcel Rogemont. Monsieur Prél, je voudrais vous poser quelques questions, afin de mieux comprendre vos amendements.

J'observe que, dans votre argumentation, vous avez parlé des CHU – vis-à-vis desquels nous sommes en quelque sorte, soit dit au passage, dans la situation d'un ordre contemplatif, puisque c'est le Sénat qui déterminera, le cas échéant, leur fonctionnement. Qu'advient-il si l'on se retrouve avec deux communautés hospitalières de territoire ? Le CHU sera-t-il en contact avec deux hôpitaux de proximité ?

L'amendement n° 358 a été adopté en commission, non par son rapporteur, mais par un certain nombre de nos collègues, dont M. Bur, qui n'appartient pas à un ordre contemplatif mais actif. (*Sourires.*) Nous pensions, en effet, que le directeur de l'agence régionale de santé était à même d'observer et de réguler la situation.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Madame la ministre, vous savez combien je suis attaché à ce que l'on prenne en compte les besoins de santé de la population au niveau du territoire.

Ainsi que je l'ai indiqué tout à l'heure dans mon intervention sur l'article, j'aurais préféré que les établissements fonctionnent en réseau, en complémentarité avec un hôpital général et un service ou un pôle de CHU, plutôt que de voir un établissement dépendre d'un autre.

Madame la ministre, je sais que vous êtes attachée aux territoires, particulièrement aux Pays de la Loire...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Comme vous !

M. Jean-Luc Prével. ...et notamment à la Vendée.

Je citerai l'exemple de l'hôpital de Challans, dans le Nord- Ouest vendéen. Il travaille avec huit hôpitaux de proximité et a donc tout intérêt à constituer avec ceux-ci une communauté hospitalière de territoire.

Or, l'hôpital de Challans ne dispose pas de toutes les spécialités. Il est donc amené à travailler avec l'hôpital général départemental – le seul de métropole – de La Roche-sur-Yon et avec le CHU de Nantes. Qu'il puisse constituer une CHT avec les hôpitaux de proximité, tout le monde en sera d'accord. Mais, compte tenu de ses besoins, je souhaite qu'il puisse également en constituer une avec l'établissement départemental de référence, voire avec le CHU.

Lorsqu'il s'agit d'une CHT intégrée, c'est compliqué ; mais lorsqu'elle est simplement fédérative, on doit pouvoir résoudre ce problème.

(Les amendements n^{os} 492, 491 et 358, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de quatre amendements, n^{os} 208, 986 rectifié, 1 190 deuxième rectification et 359, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n^{os} 208, 986 rectifié et 1 190 deuxième rectification sont identiques.

L'amendement n^o 359 fait l'objet d'un sous-amendement, n^o 1995, du Gouvernement.

La parole est à M. le rapporteur pour avis, pour soutenir l'amendement n^o 208.

M. André Flajolet, rapporteur pour avis de la commission des affaires économiques, de l'environnement et du territoire. L'amendement n^o 208 vise à permettre aux établissements médico-sociaux d'intégrer une communauté hospitalière de territoire. Le projet de loi tendant à rapprocher le secteur sanitaire et le secteur médico-social, l'adoption de cet amendement serait bienvenue.

Mme la présidente. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, pour soutenir l'amendement n^o 986 rectifié.

Mme Jacqueline Fraysse. Notre amendement, identique, exprime une préoccupation largement partagée.

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Génisson, pour soutenir l'amendement n° 1190 deuxième rectification.

Mme Catherine Génisson. Cet amendement a trait à l'aménagement du territoire en matière d'offre de soins, qu'il s'agisse de l'offre hospitalière la plus spécialisée et la plus sophistiquée ou des établissements médico-sociaux accueillant, en particulier, les personnes âgées ou dépendantes. Nous sommes là au cœur de la philosophie de notre système de santé, dans la gestion duquel les agences régionales de santé, dont nous débattons ultérieurement, joueront un rôle primordial, et je crois qu'il serait très important que nous adoptions cet amendement.

Mme la présidente. La parole est à M. Yves Bur, pour soutenir l'amendement, n° 359, de la commission.

M. Yves Bur. Dans le cadre de la régionalisation de la mise en œuvre des politiques de santé, l'un des enjeux majeurs est le décloisonnement de l'ensemble des secteurs. Il convient donc de faire en sorte que la prise en charge médico-sociale complète réellement la prise en charge sanitaire.

Des études ont montré que, sur une journée donnée, 18 % des personnes hospitalisées n'auraient pas dû l'être. Sur l'année, ce pourcentage équivaut à quelque cinq millions de journées d'hôpital qui pourraient être économisées, soit un montant total de 2 milliards d'euros ! Il s'agit, pour l'essentiel, de personnes âgées dont la prise en charge n'est pas assurée en aval. L'amélioration de cette prise en charge par le biais d'une organisation que piloterait le directeur de l'agence régionale de santé est donc souhaitable.

Nous devons, sur un territoire donné, favoriser la coopération entre établissements et renforcer les synergies entre les hôpitaux et les établissements médico-sociaux, afin de permettre d'assurer cette prise en charge en aval qui fait défaut aujourd'hui, ce qui est l'une des causes de l'engorgement des services hospitaliers, dont pâtissent les malades dont l'hospitalisation est vraiment justifiée. Trop de personnes âgées sont aujourd'hui à l'hôpital faute de prise en charge alternative.

Permettre aux établissements médico-sociaux d'adhérer à une communauté hospitalière de territoire me paraît la bonne réponse.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre, pour présenter le sous-amendement n° 1995 et donner l'avis du Gouvernement sur les quatre amendements qui viennent d'être présentés.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Ces amendements vont dans le sens du décloisonnement, que nous souhaitons, entre la médecine ambulatoire, l'hôpital et le médico-social, et s'inscrit dans la logique du titre IV relatif à l'organisation territoriale du système de santé.

J'insiste sur le fait que j'ai absolument tenu à sauvegarder le statut de l'hôpital public, auquel je suis extrêmement attachée, dans les communautés hospitalières de territoire.

Le sous-amendement vise à permettre à des établissements médico-sociaux de figurer au sein d'une CHT par le biais du statut de membre associé, tout en leur assurant une représentation, avec voix consultative, au sein du conseil de surveillance, selon une stratégie gagnant-gagnant : conserver le statut public de l'hôpital public tout en mettant en œuvre une logique de décloisonnement.

Dans ces conditions, je souhaite le retrait des amendements.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur le sous-amendement ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. La proposition de Mme la ministre répond à mes attentes ! Ma situation était en effet quelque peu difficile, dans la mesure où la commission a adopté, d'ailleurs contre mon avis, l'amendement n° 359 et repoussé les autres.

Mon opposition se fondait sur le fait que les établissements médico-sociaux ne disposant pas de la même gouvernance que les établissements de santé, cela rendait extrêmement complexe leur participation à une CHT.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Voire impossible !

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Par ailleurs, les EHPAD dépendant des établissements publics de santé seront *de facto* adhérents des communautés hospitalières de territoire. Quant aux établissements membres d'une CHT, ils auront toujours la possibilité de créer des EHPAD en leur sein.

Enfin, la CHT pourra également constituer, si elle le souhaite, des groupements de coopération sanitaire afin de mettre en place des coopérations avec certains établissements médico-sociaux.

Mon souci était de ne pas exclure les établissements médico-sociaux de la logique de regroupement qui préside à la création des CHT. Je souhaitais, pour tenir compte de la volonté de nos collègues de la commission des affaires économiques, entendre Mme la ministre. Le sous-amendement qu'elle vient de proposer règle l'ensemble des difficultés, ce dont je me réjouis.

Mme la présidente. La parole est à M. Marcel Rogemont.

M. Marcel Rogemont. Mme la ministre vient de poser le problème dans des termes tout à fait satisfaisants dans la mesure où elle propose de soutenir et de maintenir l'hôpital public. Il s'agit non seulement de gouvernance différente, mais également de financements différents, monsieur le rapporteur.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Bien sûr !

M. Marcel Rogemont. La proposition de Mme la ministre visant à permettre aux établissements médico-sociaux de figurer au sein d'une communauté hospitalière de territoire par le biais d'un statut de membre associé me paraît meilleure que celle qui figurait dans notre amendement n° 1190 deuxième rectification. C'est pourquoi nous le retirons.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Merci !

Mme la présidente. La parole est à M. Yves Bur.

M. Yves Bur. La proposition du Gouvernement est, en effet, la bonne réponse.

Cela étant, je souhaite savoir si le statut de membre associé sera réservé aux EHPAD publics ou s'il pourra être proposé aux autres établissements médico-sociaux, y compris ceux sous statut associatif, le texte ne le prévoyant pas.

Il est important que les EHPAD ne soient pas laissés en dehors d'une structure de regroupement. Pour présider un EHPAD public, je sais qu'il est dommage qu'il ne soit pas intégré à une communauté plus large ; je souhaiterais qu'il puisse travailler en lien étroit avec le pôle gériatrique du CHU.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Pour des raisons de parallélisme des formes, je souhaite que seuls les établissements publics puissent faire partie des CHT. Quant aux autres établissements, qu'ils soient privés ou associatifs, les groupements de coopération sanitaire leur sont ouverts. J'espère que cette réponse ne remettra pas en cause le consensus auquel nous sommes parvenus.

M. Yves Bur. Non !

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur pour avis.

M. André Flajolet, rapporteur pour avis. Comme le rapporteur de la commission saisie au fond, je suis satisfait par la proposition de Mme la ministre, car il fallait que les patients puissent accéder à la totalité de la chaîne des soins. J'ajoute que je prends date pour la prochaine loi sur la santé mentale, car, dans le domaine psychiatrique, les établissements médico-sociaux jouent un rôle important à la périphérie des hôpitaux psychiatriques.

Je retire l'amendement n° 208.

Mme la présidente. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Compte tenu des précisions qui viennent d'être apportées, nous retirons notre amendement.

(Les amendements n^{os} 208, 986 rectifié et 1 190 deuxième rectification sont retirés.)

(Le sous-amendement n° 1995 est adopté.)

(L'amendement n° 359, sous-amendé, est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 886.

La parole est à M. Patrice Debray.

M. Patrice Debray. Cet amendement a pour objet d'éviter que des communautés hospitalières de territoires soient constituées sans cohérence avec le bassin de population

desservie. Pour autant, il n'interdit pas à deux établissements voisins, mais appartenant à deux territoires proches, de coopérer.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. La commission a repoussé cet amendement, car il est déjà possible, dans le cadre du projet de loi, de créer des CHT interrégionales.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Votre amendement, monsieur Debray, est satisfait par la rédaction du projet de loi. Je suggère donc que vous le retiriez, mais sachez que j'ai apprécié que vous ayez dit que les logiques sanitaires ne correspondent pas forcément aux logiques administratives.

(L'amendement n° 886 est retiré.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 1172 rectifié.

La parole est à M. François Scellier.

M. François Scellier. L'amendement est défendu.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. La commission l'a repoussé pour les mêmes raisons qui l'avaient conduite à rejeter l'amendement n° 1171, du même auteur et poursuivant le même objet, au même article.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Les autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds sont personnelles. Le titulaire de l'autorisation porte la responsabilité de l'exécution des obligations inhérentes à l'activité autorisée, notamment à l'égard des patients.

Les communautés hospitalières de territoire étant constituées d'établissements de santé, chacun assume l'entière responsabilité liée à l'autorisation dont il est titulaire. Certes, des démarches de mutualisation à l'intérieur d'une communauté sont possibles à travers des mécanismes de transfert, mais ces mécanismes ne sauraient exonérer de sa responsabilité le titulaire nommément désigné d'une autorisation.

Pour éviter des dérives qui seraient extrêmement dommageables, le Gouvernement demande le retrait de cet amendement.

(L'amendement n° 1172 rectifié est retiré.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 493.

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. L'alinéa 6 prévoit de soumettre l'approbation des conventions constitutives des CHT à l'avis du préfet de région. Mais conditionner leur création à une telle procédure risque de freiner la réorganisation hospitalière. Nous proposons donc de laisser la responsabilité de cette approbation aux seuls directeurs d'ARS.

J'ajoute qu'il nous paraît d'autant moins justifié de demander l'avis du préfet de région que ce dernier préside le conseil de surveillance de l'ARS.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. La commission a rejeté cet amendement qui vise à supprimer l'avis du représentant de l'État dans la région concernée lors de la conclusion d'une convention constitutive de CHT.

M. Jean-Luc Prével. Pourquoi ?

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Monsieur Prével, il ne s'agit en aucun cas de « conditionner », comme vous le dites, la création des CHT à l'avis des représentants de l'État dans la région. Il nous paraît simplement utile de recueillir l'avis du préfet de région, qui est doté d'une compétence administrative générale. Pourquoi s'en priver alors même qu'il n'y a aucun risque de blocage ?

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Est-ce à dire, madame la ministre, que le préfet de région ne devrait pas présider le conseil de surveillance de l'ARS ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Voilà qui est bien mesquin !

(L'amendement n° 493 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisi de deux amendements, n^{os} 1037 et 1232, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Marisol Touraine, pour soutenir l'amendement n° 1037.

Mme Marisol Touraine. Le texte du Gouvernement s'inscrit clairement dans une logique d'État et les conseils régionaux apparaissent comme les grands absents de la réorganisation du système de santé, ce qui nous paraît particulièrement regrettable s'agissant de la constitution des CHT.

Depuis le début de nos débats, madame la ministre, vous avez fait dit à plusieurs reprises votre souci de développer une logique territoriale, en excluant que différents territoires puissent empiéter les uns sur les autres. Or les conseils régionaux, même s'ils n'ont pas de compétences en matière de santé, nous semblent être les instances politiques où la vision territoriale est la mieux définie : elle permet une approche fine de l'espace à l'intérieur duquel les communautés sont susceptibles d'être constituées. C'est pourquoi nous proposons qu'ils

puissent rendre un avis, qui ne serait pas un avis conforme, sur la conclusion des conventions constitutives d'une CHT.

Mme la présidente. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, pour soutenir l'amendement n° 1232.

Mme Jacqueline Fraysse. Nous sommes animés par la même préoccupation. Il nous semble important de bien apprécier l'ensemble des besoins d'une région donnée et les réponses à y apporter, ainsi que d'évaluer au mieux la nécessité de créer de nouvelles structures ou de nouvelles activités.

Notre pays est constitué de régions extrêmement diverses : l'état et les besoins sanitaires, la fréquentation des établissements de santé varient considérablement de l'une à l'autre. Il nous paraît donc indispensable que les élus du conseil régional soient informés le mieux possible. Du point de vue de la démocratie en général et de la démocratie sanitaire en particulier, l'assemblée régionale doit pouvoir formuler un avis sur la constitution des CHT, qui, à défaut d'être contraignant, devrait tout de même être difficile à contourner totalement.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Les compétences des conseils régionaux en matière de santé étant limitées à la formation, la commission a rejeté ces deux amendements.

Mme la présidente. La parole est à M. Marcel Rogemont.

M. Marcel Rogemont. Il importe que les conseils régionaux aient leur mot à dire, car ce sont les collectivités territoriales appelées à entretenir les relations les plus étroites avec les ARS. Il ne s'agit pas pour eux de prendre des décisions, mais simplement de donner un avis. La démocratie sanitaire doit s'appuyer non seulement sur les élus mais aussi sur les collectivités territoriales, qui ancrent leur travail dans une perspective à long terme.

C'est pourquoi l'amendement n° 1037 devrait être considéré avec bienveillance par la commission et par le Gouvernement.

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Mon propos paraîtra peut-être iconoclaste et dérangeant, mais il me paraît important de citer, à ce stade du débat, l'exemple de la région Nord-Pas-de-Calais – et je parle sous le contrôle de mon collègue André Flajolet. Le conseil régional a en effet mis à profit un article de la loi relative aux libertés et responsabilités locales lui donnant la faculté de passer, à titre expérimental, une convention avec l'ARH en vue d'investir dans les équipements sanitaires et de participer à la prise de décision dans le domaine particulier de la prise en charge des pathologies cancéreuses, qui atteignent dans cette région un niveau dramatique, comme le montrent les indicateurs de santé.

Il importe de donner au conseil régional, même si son avenir est incertain,...

M. Jean Mallot. Grâce à la réforme Balladur !

Mme Catherine Génisson. ...la possibilité d'intervenir dans le domaine de la santé car il nous paraît être le territoire pertinent pour la mise en œuvre des politiques de santé.

Il s'agit de réunir les conditions d'un partenariat, sous des formes diverses allant de la simple consultation à la participation aux prises de décisions concernant l'organisation territoriale de notre système de santé.

Mme la présidente. La parole est à M. le président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

M. Pierre Méhaignerie, *président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.* De grâce, ne tombons pas dans le travers bien français du « tout est dans tout et réciproquement » ! La confusion des politiques est telle que nous aboutissons à une complexité accrue des procédures et à un empilement des structures qui poussent nos partenaires étrangers à dire qu'il faut éviter notre pays car tout y est trop compliqué.

Il y a des responsables ; qu'ils assument leurs responsabilités ! Rien n'empêchera telle ou telle structure de donner son avis mais ne retardons pas les procédures par des délais toujours plus longs. Nous subissons déjà beaucoup trop les effets de cette maladie de la complexité !

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur.* Très juste !

Mme Marisol Touraine. Il faudrait donc tout régionaliser !

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. N'y a-t-il pas, monsieur Méhaignerie, quelque chose de désobligeant à tenir un tel discours quand une région comme Nord-Pas-de-Calais, dont le PIB est très inférieur à la moyenne nationale, s'engage dans une politique audacieuse qui sert de levier sans rien enlever à la responsabilité de l'État en matière d'organisation ?

M. Yves Bur. Nous n'avons pas à consacrer nos débats à la région Nord-Pas-de-Calais !

Mme Catherine Génisson. Cette initiative n'a créé ni empilement de compétences ni complexité d'organisation, et je dis cela sous le contrôle d'André Flajolet, lui-même membre du conseil régional, qui vous confirmera qu'elle a fait l'objet un vote unanime de celui-ci. Il s'est agi au contraire de rechercher un maximum d'efficacité face à des problématiques majeures, spécifiques à un territoire. Pour trouver des solutions, il importe de se donner les moyens nécessaires et de choisir les outils adéquats.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur pour avis.

M. André Flajolet, *rapporteur pour avis.* Mme Génisson ayant fait appel deux fois à mes compétences, il me faut répondre. (*Sourires.*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* Il faut en effet les justifier ! (*Même mouvement.*)

M. André Flajolet, *rapporteur pour avis.* Tout d'abord, gardons-nous des amalgames, car ils empêchent de comprendre. Le conseil régional s'est lancé dans une politique volontariste, que

je soutiens, visant à accompagner les efforts de l'État par des crédits dans des domaines spécifiques, en particulier en matière de prévention et de territorialisation. Les indicateurs de santé sont, il faut le rappeler, négatifs.

Cet après-midi, dans une réunion à Lens, où étaient évoquées les compétences respectives des acteurs, j'ai fait remarquer que l'État n'a pas hiérarchisé les 103 objectifs de santé publique qu'il a lui-même définis – ce qu'il aurait pu faire en distinguant, par exemple, cinq objectifs à caractère national, les autres relevant d'une déclinaison régionale. Et ce que j'ai dit de la prévention, je pourrais le dire aussi des établissements.

Je pense sincèrement que le principe de gouvernance que nous avons étendu tout à l'heure aux établissements médico-sociaux et aux hôpitaux est essentiel, car il assure la transversalité des soins. Je crains seulement que, si nous additionnons les caractères décisionnels, dont certains risquent de ne pas être cohérents entre eux, nous prenions beaucoup de retard au lieu d'aller de l'avant.

C'est pourquoi, madame Génisson, en vous remerciant de m'avoir cité par deux fois, je dis oui aux collaborations, mais à condition que chacun sache ce qu'il a à faire ! L'État a, dans le domaine de la santé, une fonction régaliennne ; il est donc important qu'il soit à la fois décideur et responsable.

Mme la présidente. La parole est à M. Yves Bur.

M. Yves Bur. Je partage pleinement le point de vue du président Méhaignerie. Il ne faut pas compliquer la procédure de décision, sous peine de la ralentir. En revanche – c'est une question que nous avons évoquée lors de la mission que nous avons conduite sur les agences régionales de santé –, rien n'empêche le directeur d'une ARS de rendre compte de la mise en œuvre du projet régional de santé devant le conseil régional, voire devant les conseils généraux. C'est à lui de juger. Évitions donc de surcharger la loi, et laissons le directeur de l'ARS prendre des initiatives pour recueillir la plus grande adhésion possible sur ses projets. Ce n'est certainement pas en s'enfermant dans son agence qu'il y parviendra.

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Ce n'est pas uniquement dans le domaine de la prévention que le conseil régional s'est engagé, mais également dans celui des équipements, notamment des équipements lourds, en jouant, comme je l'ai dit, un rôle de levier.

Avant que cela aboutisse, monsieur Bur, un premier projet de convention avait été refusé, parce que l'idée que le conseil régional se lance dans une expérimentation dérangeait profondément les responsables de l'ARH, alors même que l'expérimentation était inscrite dans la loi. Il a fallu l'intervention du ministre de la santé de l'époque, M. Xavier Bertrand, pour que le projet revienne sur la table et que nous parvenions à la signature d'une convention.

J'insiste donc pour l'inscription dans la loi. Si celle-ci ne dit rien, rendre compte devant le conseil régional ou les conseils généraux ne sera sûrement pas le souci premier du directeur de l'ARS.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement sur ces deux amendements ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. La CHT a un impact en termes d'aménagement du territoire. Je suis très attachée à cette idée d'établissement hospitalier structurant un territoire, car on oppose trop souvent l'établissement de soins aux organes moteurs de l'aménagement du territoire, alors qu'il n'y a pas de toute contradiction entre eux.

Si le conseil régional devait être appelé à donner son avis, pourquoi n'en serait-il pas de même des autres collectivités ? Il y aura des CHT situées en totalité sur un même département. Et les communes seront représentées... Entrer dans une logique trop compliquée brouillerait, je le crains, la chaîne de responsabilité.

Je rappelle ensuite que le conseil de surveillance associera les élus locaux, qui siègeront de droit. Le conseil de surveillance sera convié à la discussion, dans laquelle plus d'un niveau territorial pourra s'exprimer ; tous seront ainsi dans une dialectique féconde, permettant de confronter tous les points de vue sur ces sujets complexes, afin d'aboutir le cas échéant à un consensus.

C'est une démarche beaucoup plus intéressante, car elle met chacun devant ses responsabilités. Cela n'empêchera pas les collectivités de travailler, comme la région Nord-Pas-de-Calais l'a fait, avec l'ARS. Nous avons d'ailleurs prévu, ainsi que l'a excellemment indiqué M. Flajolet, les structures permettant de conduire, dans tel ou tel domaine, des politiques de prévention et de prise en considération des besoins de santé au plus près des réalités territoriales. C'est pourquoi je suis opposée à ces amendements.

(L'amendement n° 1037 n'est pas adopté, non plus que l'amendement n° 1232.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 1036.

La parole est à M. Jean Mallot.

Jean Mallot. Cet amendement tend à insérer après l'alinéa 6 de l'article 12 un alinéa supplémentaire ainsi rédigé : « Art. L. 6132-2-1. – En zone de montagne, l'approbation prévue à l'article L. 6132-2 est précédée de la consultation du ou des comités de massif prévus à l'article 7 de la loi n° 85-30 du 9 janvier 1985 relative au développement et à la protection de la montagne, territorialement compétents. Les modalités de consultation du comité de massif sont précisées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'aménagement du territoire. »

Cette proposition s'intègre parfaitement dans l'esprit du texte, qui est d'engager la territorialisation de l'offre de soins, comme vous l'avez rappelé, madame la ministre, aux élus de la montagne que vous avez reçus le 14 janvier.

La loi sur la montagne dispose que les comités de massif sont territorialement compétents pour coordonner, par leurs avis et propositions, les actions publiques dans le massif, et contribuer ainsi à l'organisation des services publics.

Dans la mesure où le projet de loi a pour objet d'aménager l'organisation et la gestion des services publics de santé dans les territoires, il s'agit d'aménagement du territoire et cela entre dans la compétence du comité de massif. C'est la raison pour laquelle cet amendement est indispensable pour les zones de montagne.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Cet amendement a été repoussé par la commission, qui n'a pas jugé nécessaire d'alourdir le processus d'approbation des conventions constitutives de CHT. Pour l'anecdote, l'hôpital d'Avallon ou celui de Clamecy auraient besoin de demander au comité de massif siégeant à Clermont-Ferrand son accord pour adhérer à une CHT, alors qu'ils sont à 200 kilomètres de Paris !

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Défavorable, pour les mêmes raisons. Cela conforte d'ailleurs l'argumentation que j'ai développée précédemment.

Mme la présidente. La parole est à M. Marcel Rogemont.

M. Marcel Rogemont. Mme la ministre fait allusion à l'argumentation qu'elle a précédemment développée. Elle se demandait pourquoi ne solliciter que l'avis du conseil régional et non celui de toutes les collectivités. Madame la ministre, je vous rappelle que le conseil régional a pour compétence l'aménagement du territoire, et qu'il est à ce titre le premier concerné.

Par ailleurs, la « dialectique féconde » à laquelle vous avez fait allusion n'est pas celle que nous pourrions attendre des collectivités territoriales. Avoir pour interlocuteur tel élu dans telle instance est une chose, avoir une collectivité territoriale pour interlocuteur en est une autre. Je souhaiterais donc que l'on réfléchisse à l'avenir au rôle propre des collectivités ; ce sont elles qui doivent être au premier plan, non la fonction d'élu.

(L'amendement n° 1036 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 20.

La parole est à M. Jean-Pierre Door.

Jean-Pierre Door. Madame la ministre, la communauté hospitalière de territoire est une pièce maîtresse du titre I, et nous sommes nombreux à y croire, surtout en province, où elle permettra un rapprochement entre établissements publics et une mutualisation des moyens. La réussite des CHT repose sur la convention constitutive. Il faut que celle-ci soit une véritable boîte à outils, et qu'elle soit partagée.

Il nous a semblé important, avec mes collègues cosignataires de l'amendement, de mener une réflexion sur les termes : « avis », « conseil », « accord », « autorisation », ce dernier terme étant le plus fort des quatre. Le conseil de surveillance pourra assister à la conclusion de cette convention constitutive dont la négociation sera conduite par le directeur de la CHT. En outre, il faudra désigner l'hôpital siège de la CHT, dit hôpital de référence ; quand il y a plusieurs établissements dans une circonscription, l'hôpital siège sera défini par cette convention constitutive. L'obligation de recueillir l'autorisation du conseil de surveillance est plus contraignante qu'un simple avis.

M. Jean-Luc Prél. Excellent amendement !

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Défavorable. Nous avons déjà eu ce débat sur l'amendement n° 1959. Un avis des conseils de surveillance est prévu sur la conclusion des conventions constitutives des CHT, mais cet avis ne peut être ni une autorisation ni un avis conforme, car cela emporterait, à nouveau, un risque de blocage.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je souhaite le retrait de cet amendement. Nous sommes toujours dans une logique de clarification de la chaîne de responsabilité : le conseil de surveillance émet un avis, qui donne lieu à une discussion, mais en aucun cas il ne saurait être susceptible de bloquer la décision.

(L'amendement n° 20 est retiré.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements de la commission, n^{os} 360 et 361, tendant respectivement à supprimer une précision superfétatoire et à corriger une erreur matérielle.

(Les amendements n^{os} 360 et 361, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement, n° 1996, du Gouvernement.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Cet amendement vise à permettre à des établissements médico-sociaux de figurer au sein d'une CHT sous le statut de membre associé, tout en leur assurant une place avec voix consultative au sein du conseil de surveillance. Je pense que vous pourrez tous accepter cette proposition, qui est dans la droite ligne de ce que vous avez voté tout à l'heure à l'unanimité.

(L'amendement n° 1996, accepté par la commission, est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 1997.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. L'amendement est ainsi libellé : « Dans l'hypothèse où la communauté comporte un établissement médico-social public, le directeur et le président du conseil d'administration de l'établissement associé assistent au conseil de surveillance de l'établissement siège avec voix consultative. » Il est dans la même logique que l'amendement précédent, et devrait donc vous convenir, monsieur Rogemont.

M. Marcel Rogemont. Tout à fait !

(L'amendement n° 1997, accepté par la commission, est adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 362, de la commission rectifie une erreur matérielle.

(L'amendement n° 362, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 987.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Nous sommes très attachés à la représentation et à la consultation des personnels, car leur rôle est très important et leur adhésion au projet indispensable à la réussite de celui-ci. Nous proposons donc, par cet amendement, qu'une structure de représentation et de consultation soit obligatoire à l'échelle de la communauté hospitalière de territoire. Le projet de loi prévoit qu'elle peut être créée, mais cette éventualité devrait devenir une obligation.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. La commission a repoussé l'amendement pour conserver toute sa souplesse à l'organisation des CHT. La possibilité de créer des instances communes est déjà prévue. Il n'apparaît pas nécessaire de rendre cette procédure obligatoire.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Cet amendement pose problème, car il y a deux sortes de CHT : les CHT intégrées et les CHT fédératives. Il est bien évident que les instances seront communes dans les communautés intégrées, sauf le comité technique d'établissement et le CHSCT, pour des raisons que l'on peut aisément comprendre. Ainsi, il est impératif que le CHSCT demeure sur le site de l'établissement, même si on peut concevoir des coopérations. Quant aux communautés fédératives, si elles veulent créer des instances communes, elles le pourront. Mais cela dépendra de la structure de la CHT et de son intégration géographique : dans certains cas, une telle création sera souhaitable, dans d'autres, non. Il faut laisser de la souplesse au dispositif. C'est la raison pour laquelle mieux vaut conserver la rédaction actuelle du projet de loi.

(L'amendement n° 987 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements, n°s 363 et 364, de la commission, dont le premier est rédactionnel et le second tend à corriger une erreur matérielle.

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 494.

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Cet amendement vise à insérer, à l'alinéa 19, après le mot : « territoire », les mots : « et du conseil de surveillance ». En effet, le programme d'investissement et de financement commun entraîne des décisions stratégiques, qui relèvent donc de la compétence du conseil de surveillance. J'ai compris que celui-ci devait, en principe, se préoccuper de la stratégie. L'adhésion à une communauté hospitalière de territoire est stratégique puisqu'elle engage l'avenir de l'établissement et la redéfinition de ses missions ; il en va de même pour le programme d'investissement, qui doit donc relever de la compétence du conseil de surveillance.

M. Marcel Rogemont. Très bien !

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. La commission a repoussé cet amendement...

Mme Catherine Génisson. Aïe !

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. ...qui prévoit l'avis du président du conseil de surveillance de l'établissement siège de la CHT sur les orientations du programme d'investissement et de financement. Or ce programme relève de la mise en œuvre du projet d'établissement, et ne ressortit donc pas au conseil de surveillance.

(L'amendement n° 494, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Les amendements de la commission, n^{os} 365, 366 et 367, sont de précision rédactionnelle.

(Les amendements n^{os} 365, 366 et 367, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 368.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Cet amendement vise à supprimer l'alinéa 23 pour maintenir, conformément à l'article L. 1112-3 du code de la santé publique, la présence d'une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge – CRUQPC – dans chaque établissement de santé. Au contraire, le texte proposé pour l'article L.6132-8 du même code, dans le projet de loi, ne permet à la communauté hospitalière de territoire de constituer qu'une seule commission pour l'ensemble des établissements membres. Pour un traitement efficace des réclamations et des plaintes, il est indispensable que chaque établissement dispose d'une CRUQPC, afin que celle-ci soit plus proche des usagers. Le regroupement des réclamations au niveau de la CHT risquerait d'allonger les délais de réponse et même d'exercer un effet dissuasif sur les réclamants.

On notera que cette unicité n'est pas envisagée par le projet de loi pour la commission médicale d'établissement ou pour le comité technique d'établissement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je souhaite le retrait de cet amendement car il créerait un échelon supplémentaire : il y aurait une commission des relations avec les usagers dans chaque établissement et une autre au niveau de la communauté. Or il faut choisir entre une commission par établissement et une seule au niveau de la CHT. Cela étant, je suis sensible aux intentions des auteurs de l'amendement, et je m'engage à préciser par voie réglementaire que la CRUQPC de l'établissement siège assurera pour les instances concernées une synthèse des rapports des CRUQPC de chaque établissement membre si ceux-ci choisissent de conserver une commission par établissement. Ainsi, il n'y aura pas deux niveaux.

Mme la présidente. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Mon amendement, n° 988, rejoint les préoccupations du rapporteur. Si vous me le permettez, madame la présidente, je vais donc évoquer en même temps l'amendement de la commission et le mien.

Mme la présidente. Soit. En conséquence, j'appelle les amendements n^{os} 988 et 1263 rectifié, pouvant être mis en discussion commune avec l'amendement n° 368.

Mme Jacqueline Fraysse. Nous proposons la création, dans chaque établissement, d'une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Je souscris aux propos qui ont été tenus par notre rapporteur, car ce sont des points que l'on ne peut pas évaluer d'une manière globale. Chaque établissement aura ses propres modifications à apporter si ses résultats ne sont pas satisfaisants. Il faut donc conserver une commission par établissement.

Mais nous demandons également que soit créée, à l'échelle de la communauté, une commission qui analyserait les informations qui lui seraient adressées par les CRUQPC des établissements en ce qui concerne les relations avec les usagers. Dans ce cadre, un établissement plus performant pourrait faire bénéficier un autre de son expérience.

J'entends bien, madame la ministre, que multiplier les instances rend sans doute le dispositif plus complexe. Mais si nous devons faire un choix, je crois que ce doit être celui d'une commission par établissement, même s'il est souhaitable de pouvoir effectuer aussi une synthèse au niveau de la communauté.

Mme la présidente. La parole est à M. Yves Bur.

M. Yves Bur. Nous abordons une question qui a trait aux usagers du service public hospitalier. Les communautés hospitalières de territoire pourront avoir une couverture territoriale très large. Ainsi, notre collègue Jean-Pierre Door est en train de monter une CHT comprenant, dans un rayon de 40 kilomètres, un établissement de 900 lits, un de 500 lits et un autre de 300 lits. Mais *quid*, dans ces conditions, de l'usager confronté à une difficulté ? Selon nous, c'est la proximité qui doit primer, sans quoi la démarche sera trop technocratique. C'est pourquoi je souhaite qu'une CRUQPC existe dans chaque établissement. Cela permettra de conserver une dimension humaine au dispositif, dimension d'autant plus nécessaire que c'est lorsqu'ils sont en difficulté que les usagers vont consulter cette commission.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean Mallot, pour défendre l'amendement n° 1263 rectifié.

M. Jean Mallot. Ce que je vais dire vaudra en effet présentation de l'amendement n° 1263 rectifié. Il y a convergence des avis exprimés par mes collègues avec le mien. Il est en effet indispensable que chaque établissement dispose d'une CRUQPC. C'est la condition pour que le traitement des réclamations et des plaintes soit efficace. Les usagers ou leurs représentants ne saisiront cette commission que si elle est physiquement présente au sein de l'établissement.

Nous préconisons par ailleurs la création d'une CRUQPC de territoire, couvrant le champ de la CHT, et qui viendrait en complément des CRUQPC d'établissement. Elle fera la synthèse des remontées, comme cela a été dit, mais elle jouera aussi un rôle plus politique que les

CRUCQPC d'établissement. Elle pourra, par exemple, définir une stratégie d'ensemble concernant les enquêtes qualité ou l'évaluation des politiques communes.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur ces deux amendements ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Je suis d'avis de voter plutôt l'amendement n° 368, c'est-à-dire de maintenir une commission par établissement.

M. Yves Bur. Très bien !

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Il s'agit surtout d'éviter que dans l'établissement siège se trouvent à la fois une commission d'établissement et la commission de la CHT. Il faut empêcher l'empilement des structures.

À la limite, il serait préférable que la centralisation soit effectuée par la commission des relations avec les usagers de l'établissement siège, sans que soit créée de structure nouvelle s'y superposant. Nous souhaitons tous que chaque patient puisse exprimer ses doléances dans chacun des établissements.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je trouve cette discussion très intéressante, et je souhaite avancer dans le sens des observations qui m'ont été faites.

Le texte initial prévoit une seule CRUQPC dans le cas d'une CHT intégrative, et laisse aux CHT fédératives le choix entre une commission unique et une commission par établissement – la synthèse étant alors effectuée par la CRUQPC de l'établissement siège pour ne pas ajouter une instance supplémentaire.

Cela étant, je suis sensible à vos arguments. Pour des raisons de proximité avec les usagers, il est sans doute utile de ne pas faire de différence selon que la structure est fédérative ou intégrative. On conserverait donc une CRUQPC par établissement...

M. Jean-Pierre Door. Très bien !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé... – je constate un certain consensus sur le sujet (*Sourires*) – et on confierait à l'établissement siège le soin de synthétiser les remontées des différentes commissions, sans créer un échelon supplémentaire.

Mme Catherine Génisson. Nous sommes d'accord !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Cela peut-il se régler par voie réglementaire, ou y faut-il un amendement ? J'avoue m'en remettre au rapporteur sur ce point.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Madame la ministre, je propose que nous laissions la représentation nationale voter l'amendement adopté en commission, puis que vous concrétisiez ensuite par voie réglementaire les engagements que vous venez de prendre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Parfait !

Mme la présidente. La parole est à M. Yves Bur.

M. Yves Bur. Je partage l'avis de M. le rapporteur. Dans ces situations, il faut toujours aller vers la simplification. Le Parlement manifeste la volonté de conserver une CRUQPC par établissement ; ce doit donc être la règle, quitte à ce que l'une des CRUQPC mutualise et centralise les dossiers.

(L'amendement n° 368 est adopté.)

Mme la présidente. En conséquence, les amendements n^{os} 988 et 1263 rectifié tombent.

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements, rédactionnels ou de coordination, de la commission, n^{os} 369, 370 et 371.

Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Favorable, à ceci près qu'il convient de rectifier l'amendement n° 371 en ajoutant les mots : « de santé » après les mots : « agences régionales ».

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur cette rectification ?

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur*. J'y suis naturellement favorable.

(Les amendements n^{os} 369, 370 et 371, tel que ce dernier vient d'être rectifié, sont successivement adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 654.

La parole est à M. Yves Bur.

M. Yves Bur. Il n'y a pas de loi sociale sans adaptation au droit local alsacien et mosellan, et celle-ci n'échappe pas à la règle. À la dernière phrase de l'alinéa 30, cet amendement propose donc de substituer aux mots : « leur publication au bureau des hypothèques », la formulation plus générique : « réaliser les formalités de publicité immobilière », qui permet de couvrir le cas particulier de l'Alsace et de la Moselle, où les attributions du bureau des hypothèques sont exercées par l'institution du Livre Foncier.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur*. La commission a suivi l'avis des experts en droit alsacien et mosellan... *(Sourires.)*

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Favorable avec enthousiasme !

M. Marcel Rogemont. Et la simplification administrative, alors ? *(Même mouvement.)*

(L'amendement n° 654 est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements rédactionnels de la commission, n^{os} 372 et 373.

(Les amendements n^{os} 372 et 373, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements de M. Christian Ménard, n^{os} 1208, 1206 et 1207. J'invite leur auteur à en faire une présentation groupée.

La parole est à M. Christian Ménard.

M. Christian Ménard. En cas de fusion, le code de la santé publique – dans sa partie législative applicable au 1^{er} février 2009 – ne prévoit pas le maintien d'instances de représentation des personnels dans chaque établissement ayant fusionné. Dans sa partie réglementaire, n'est prévue que la mise en place d'instances communes.

Je puis vous affirmer que, lors des débats qui ont présidé à différentes fusions d'établissements hospitaliers, le maintien d'instances représentatives du personnel dans chaque établissement a été évoqué plus d'une fois.

Prenons l'exemple du centre hospitalier de Brest et de l'hôpital de Carhaix, qui ont fusionné il y a quelques jours, non sans difficultés. À mon avis, c'est une bonne chose pour l'hôpital de Brest qui va s'étendre, et pour celui de Carhaix qui va survivre sans être réduit à un simple centre de gérontologie. Pour ces deux établissements distants de plus de 80 kilomètres, le dispositif que je propose par l'amendement n° 1208 serait très utile. Les personnels de Brest et de Carhaix n'ont pas forcément les mêmes intérêts ; les problèmes sociaux, économiques et géographiques peuvent différer. Il faut donc maintenir des instances représentatives des personnels dans chaque établissement, ou au moins faire en sorte que ce soit discuté et possible.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur ces trois amendements ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Je voudrais rassurer notre collègue Christian Ménard. Certes, la commission ne l'a pas suivi sur le cas particulier des CHT intégrés pour lesquels l'approbation de la convention constitutive par le directeur général de l'ARS entraîne la fusion des établissements concernés. Néanmoins, il subsiste des représentations du personnel sur le lieu de chaque établissement public de santé ayant signé la convention constitutive de la CHT intégrée, et qui est mise en place par voie réglementaire. Ce sera le cas, en particulier, des CME et des CTE, et la précision que voulait apporter notre collègue Ménard ne nous a pas paru nécessaire. À mon avis, son amendement est, en fait, satisfait.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je me suis déjà exprimée sur les instances du personnel pour expliquer qu'il existait une très grande souplesse d'organisation, mais qu'en cas de fusion il resterait obligatoirement un CHSCT par site – je vois mal comment organiser un comité unique pour des territoires aussi différents que ceux que vous décrivez dans le cas du CHU de Brest-Carhaix –, et qu'il serait possible de garder un CTE par

site – en l’occurrence, je pense que les structures concernées, décidant au mieux de leurs intérêts, choisiront cette option. Chacun doit pouvoir s’organiser comme il le souhaite.

Mme la présidente. La parole est à M. Christian Ménard.

M. Christian Ménard. Madame la ministre explique les choses si gentiment que je ne peux que retirer mes amendements... (*Sourires.*)

(*Les amendements n^{os} 1208, 1206 et 1207 sont retirés.*)

Mme la présidente. Je suis saisie d’un amendement n° 209.

La parole est à M. le rapporteur pour avis.

M. André Flajolet, rapporteur pour avis. Cet amendement vise un objectif essentiel : passer du statique au dynamique, en permettant aux établissements qui veulent se regrouper au sein d’une CHT d’obtenir des moyens financiers complémentaires, afin d’accélérer ces regroupements.

Mme la présidente. Quel est l’avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. La commission a repoussé cet amendement, lui préférant la rédaction, plus complète, de l’amendement n° 374 qu’elle a adopté.

Mme la présidente. Quel est l’avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je souhaite qu’André Flajolet retire son amendement : nous allons en effet examiner une autre disposition qui va dans le sens qu’il souhaite et qui me conduira à satisfaire, à une place plus adéquate, sa volonté de bonifier les financements dans le cadre d’une CHT. S’il me fait confiance, ce dont je ne doute pas (*Sourires*), il devrait retirer son amendement.

(*L’amendement n° 209 est retiré.*)

Mme la présidente. Je suis saisie d’un amendement n° 374, qui fait l’objet d’un sous-amendement, n° 1992, du Gouvernement.

La parole est à M. le rapporteur, pour présenter l’amendement.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. La commission a adopté cet amendement qui vise à soutenir et à accélérer la création de communautés hospitalières de territoire. Il est apparu nécessaire de prévoir que les établissements qui s’engageront dans une telle démarche bénéficieront de soutiens financiers, notamment afin de financer les investissements liés, par exemple, au regroupement de plateaux techniques, ainsi que la mobilité des personnels concernés par des transferts de services ou d’activités.

Ce financement pourra provenir des missions d’intérêt général et à l’aide à la contractualisation, les MIGAC, ou du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés, le FMESPP.

Le sous-amendement du Gouvernement complètera utilement la proposition de la commission.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre, pour présenter le sous-amendement n° 1992 et donner l'avis du Gouvernement sur l'amendement.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Comme le disait l'une de mes collègues du Gouvernement, « il n'y a pas d'amour, il n'y a que des preuves d'amour ». (*Sourires.*) Je propose donc un sous-amendement aux termes duquel l'Agence régionale de santé devra vérifier que les projets correspondant aux communautés hospitalières de territoire ont bénéficié d'un financement majoré de 15 %.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Voilà des preuves d'amour tarifées ! (*Rires.*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je laisse à M. le rapporteur la responsabilité d'allégations aussi douteuses ! (*Même mouvement.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Lemorton.

Mme Catherine Lemorton. J'ai une simple question : pourquoi 15 %, madame la ministre ?

M. Jean-Pierre Door. Parce que ce n'est pas 20 % !

Mme Catherine Lemorton. Soit, mais sur quels critères repose ce pourcentage ? Certes, les MIGAC ne sont pas toujours utilisés, mais je doute que cela suffise à financer la majoration de 15 % pour l'ensemble des futures communautés hospitalières de territoire.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Il importe d'inscrire une majoration dans la loi, donc d'en fixer le taux ; celui retenu m'a paru, compte tenu des analyses dont je dispose, adéquat pour accompagner les établissements. Néanmoins, un taux est, par définition, révisable. Nous aviserons donc en fonction des évolutions : les 15 % ne sont pas gravés dans le marbre ; nos premières études montrent seulement qu'il est de nature à permettre de lancer le dispositif et à rassurer les responsables d'établissement.

Mme Catherine Lemorton. À les motiver aussi !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. En effet, le mot est juste.

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. On ne peut qu'approuver une telle incitation ; mais n'est-il pas à craindre que des établissements en difficulté financière intègrent une CHT pour en bénéficier ? Ne peut-on redouter un effet pervers ? La constitution d'une CHT nécessite évidemment des moyens d'accompagnement, j'en suis d'accord. Mais ne risque-t-on pas de créer un effet d'aubaine ?

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Je comprends l'argument, mais on peut imaginer que la réorganisation de notre tissu hospitalier au bénéfice des patients, *via* les CHT, entraînera des surcoûts au début.

Mme Catherine Génisson. Je ne le nie pas !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Il me semble juste de fixer un taux suffisamment incitatif – sans être exorbitant, afin d'éviter les effets pervers que vous évoquez – pour engager les partenaires dans la démarche ; en l'occurrence, celui qui est proposé me paraît raisonnable.

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Les arguments de Mme la ministre sont incontestables ; ne pourrait-on néanmoins prévoir des critères de cohérence pour la mise en place des CHT ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Il y en a !

Mme Catherine Génisson. Je ne m'appesantirai pas sur la question ; la mesure est louable, même si elle peut à mon sens créer des effets d'aubaine : souhaitons en ce cas qu'ils soient positifs.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. La démarche sera soigneusement évaluée, n'en doutez pas.

(Le sous-amendement n° 1992 est adopté.)

(L'amendement n° 374, sous-amendé, est adopté.)

(L'article 12, amendé, est adopté.)

Article 13

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Luc Prével, inscrit sur l'article 13.

M. Jean-Luc Prével. L'article 13 concerne les GCS, les groupements de coopération sanitaire, lesquels constituent, comme les communautés hospitalières de territoire, un mode de coopération. Il ne s'agit pas d'une innovation, puisque ces groupements ont été créés en 1996. Les réformes successives, notamment en 2003 et en 2005, ont rendu leur statut complexe, d'autant que des décrets d'application n'ont pas été publiés, comme c'est hélas fréquent, ce qui entraîne une grande insécurité juridique.

L'article 13 constitue donc une nouvelle réforme du groupement de coopération sanitaire. Il n'en existera plus que trois sortes : les GCS de moyens, les GCS de réseau de santé et les GCS d'établissements de santé.

Le GCS est un mode de coopération entre un établissement public, d'une part, et un établissement privé, des professionnels libéraux ou le secteur médico-social, de l'autre. Le GCS de moyens est bienvenu et ne pose pas de problèmes particuliers, sauf, parfois, pour

l'attribution de l'autorisation et la gestion de scanners ou d'IRM, gestion pour laquelle cohabitent des personnels aux statuts, et donc aux rémunérations, très disparates.

Le GCS de réseau de santé, créé par la loi de 2002, ne pose pas non plus de problèmes majeurs. Son but est d'apporter une réponse, coordonnée sur un territoire, à des patients souffrant d'une pathologie grave ou complexe. Il serait nécessaire de les développer ; les ARS, surtout si les enveloppes deviennent fongibles, devraient le permettre. Là aussi, une évaluation sera nécessaire.

Le GCS d'établissements de santé permet la coopération entre un établissement public et un établissement privé. Il est qualifié dans le texte d'établissement de santé. Doté de la personnalité morale de droit public ou privé, il poursuivra un but non lucratif et pourra valoriser des activités de recherche. Il n'est pas toujours simple de mettre en commun des autorisations sanitaires auxquelles chaque établissement est par principe attaché ; il n'est pas simple non plus de faire travailler des équipes dont les statuts et les revenus, là encore, diffèrent.

Je souhaiterais, madame la ministre, que vous m'apportiez deux précisions. En premier lieu, le conseil de surveillance de l'établissement public sera-t-il appelé à voter sur l'adhésion à un GCS, décision éminemment stratégique ? J'ai bien peur que non. En second lieu, lorsqu'un hôpital et une clinique mettront en commun un plateau technique – par exemple de chirurgie et de gynécologie – dans le cadre d'un GCS, celui-ci pourra-t-il participer à une communauté hospitalière de territoire ?

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Le conseil de surveillance émettra naturellement un avis, lequel ne sera pas nécessairement conforme.

Mme la présidente. Nous en venons aux amendements à l'article 13.

L'amendement n° 376 de la commission est rédactionnel.

(L'amendement n° 376, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements, n°s 495, 210 et 1127, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Jean-Luc Prével, pour soutenir l'amendement n° 495.

M. Jean-Luc Prével. Pour faire plaisir à mon collègue et ami Yves Bur, je défendrai aussi les amendements n°s 496, 497, 498 et 499, qui poursuivent le même but.

Comme je viens de l'indiquer, les réformes successives du statut juridique des groupements de coopération sanitaire ont rendu leur statut complexe. En outre, une fois de plus, certains décrets d'application n'ont pas été publiés. On nous reproche souvent des lois trop bavardes, et l'on nous invite à faire la part du législatif et du réglementaire ; mais si les décrets ne sortent pas, la loi devient inapplicable. En l'occurrence, il existe une insécurité juridique, puisque, aujourd'hui, seules trois des six catégories de groupements peuvent être constituées.

Plutôt que de publier les décrets d'application, le ministère de la santé et des sports a préféré réformer une nouvelle fois le statut des GCS en le simplifiant. Il n'existera donc plus que trois catégories de groupement de coopération sanitaire : le GCS de moyens, le GCS constitué en réseau de santé et le GCS d'établissements de santé. Or seuls les deux premiers types demeurent des instruments de coopération inter-hospitalière. Le troisième, ayant la qualité d'établissement de santé dès lors qu'il exerce une activité de soins ou qu'il exploite un équipement matériel lourd, n'est plus un instrument de coopération mais un mode de création d'établissement de santé spécialisé.

Cette réforme méconnaît l'un des éléments essentiels du secteur hospitalier public et privé, à savoir le très fort attachement des établissements aux autorisations sanitaires dont ils sont titulaires ; elle risque, dans la pratique, d'être un sérieux frein aux coopérations et la cause d'un nouvel échec de l'outil. En outre, elle conduit, sans le dire expressément, à une possible privatisation ou à une nationalisation d'établissements publics de santé ou d'établissements de santé privés. C'est pourquoi il convient de supprimer le GCS d'établissements de santé tel que le propose le projet de loi, et de rétablir la possibilité, initialement prévue par les textes, d'exploitation par le GCS d'une autorisation détenue par l'un de ses membres, ou d'exploitation, par les membres d'un même GCS, d'une autorisation détenue par l'un des autres membres.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur pour avis, pour défendre l'amendement n° 210.

M. André Flajolet, rapporteur pour avis. Les amendements n^{os} 210, 211 et 212 de la commission des affaires économiques se résument à une seule et même question : pouvez-vous, madame la ministre, nous éclairer sur la simplification administrative des GCS ?

Mme la présidente. La parole est à M. Georges Colombier, pour défendre l'amendement n° 1127.

M. Georges Colombier. Cet amendement ne se distingue de celui de M. le rapporteur pour avis que par l'adjonction de la mention suivante :

« Lorsqu'il est autorisé à exercer une ou plusieurs activités de soins ou à exploiter un ou plusieurs équipements matériels lourds, le groupement de coopération sanitaire est qualifié d'établissement de santé ; »

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur ces trois amendements ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. L'article 13, relatif aux groupements de coopération sanitaire, semble poser un problème juridique. Sa rédaction vise en effet à optimiser le cadre du recours au GCS, lequel constitue le mode de coopération privilégié entre les établissements publics et privés. Le GCS permet également les coopérations, indispensables, avec les professionnels de santé libéraux et l'ensemble du secteur médico-social.

Les évolutions proposées visent à simplifier et à améliorer le dispositif en le rendant plus lisible par les acteurs ; néanmoins, il ne faut pas déstabiliser les GCS déjà existants. Or les GCS de moyens, comme leur nom l'indique, permettent de mettre en commun des moyens ou des activités pour le compte de leurs membres – sans que ceux-ci se dépossèdent pour autant de leurs autorisations d'activité – ou des équipements matériels lourds. La rédaction du projet

de loi met quelque peu à mal cet équilibre. Aussi la commission comprend-elle la préoccupation des nos collègues, mais elle repoussé les amendements n^{os} 495 et 210, de même que l'amendement n° 1127, au profit d'un amendement n° 1156 que M. Bur nous présentera dans un instant.

M. Jean Mallot. Encore lui !

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. En effet, il lui a semblé que l'amendement de M. Bur répondait au problème par une rédaction plus satisfaisante.

M. Jean-Luc Prével. Excellent M. Bur !

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement sur ces trois amendements ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Les trois amendements diffèrent quelque peu, mais je demanderai leur retrait pour les mêmes raisons.

L'amendement n° 210 vise à ouvrir aux GCS la possibilité de gérer une activité de soins ou d'équipements matériels lourds, dont la ou les autorisations sanitaires resteraient détenus par ses membres, et, d'autre part, à supprimer la possibilité pour un GCS détenant et exerçant une autorisation d'activité de soins d'être qualifié d'établissements de santé.

Bien que sa rédaction diffère un peu, l'amendement n° 495 de M. Prével vise également à faire disparaître la qualification d'établissement de santé et, dès lors, ne prévoit plus pour les GCS que la seule possibilité de gérer, pour le compte de ses membres, une autorisation d'activité ou d'équipements matériels lourds. L'amendement n° 1127 participe du même esprit.

Je répète aux auteurs de ces amendements que le projet de loi ne remet pas en cause les GCS actuels, qui gèrent une autorisation pour le compte de leurs membres – ceux-ci restant titulaires de ladite autorisation et mettant en commun tout ou partie des moyens nécessaires à la réalisation des activités de soins. En revanche, comme je l'ai annoncé lors de mon propos liminaire, le Gouvernement a souhaité clarifier et sécuriser le dispositif juridique des GCS en distinguant deux catégories principales de groupements : le GCS de mise en commun de moyens d'une part, y compris pour l'exploitation d'activités de soins telle que la chirurgie, à travers la mise en commun du plateau technique chirurgical ; le GCS autorisé à exercer des activités de soins, d'autre part, qualifié, parce que titulaire de l'autorisation, d'établissement de santé.

Pour ces raisons, qui sont autant d'éclaircissements que nous compléterons au cours de la discussion, je demande le retrait des amendements en discussion.

Mme la présidente. Retirez-vous votre amendement n°495, monsieur Prével ?

M. Jean-Luc Prével. Je m'incline devant l'excellence de M. Bur !

Mme la présidente. Et votre amendement n° 210, monsieur le rapporteur pour avis ?

M. André Flajolet. Je le retire également.

M. Georges Colombier. Et moi le mien, madame la présidente.

(Les amendements n^{os} 495, 210 et 1127 sont retirés.)

Mme la présidente. Nous en venons à l'amendement n° 1156, auquel le rapporteur a par avance donné un avis favorable.

La parole est à M. Yves Bur.

M. Yves Bur. Il a été défendu.

(L'amendement n° 1156, accepté par la commission et le Gouvernement, est adopté.)

Mme la présidente. En conséquence, les amendements n^{os} 1126, 1162 et 377 tombent.

L'amendement n° 378 de la commission est rédactionnel.

(L'amendement n° 378, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 989.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet amendement tend à permettre aux maisons de santé de participer aux GCS. Dans la mesure où il s'agit de faciliter la coopération entre différentes structures de soins, il nous semble important d'inclure les maisons de santé, qui jouent un rôle indiscutable et sont très proches de nos concitoyens.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Avis favorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Pardonnez-moi, madame Fraysse, de juger cet amendement inutile. Le projet de loi prévoit déjà que d'autres professionnels ou organismes peuvent adhérer aux GCS. Votre amendement est donc satisfait. À citer les maisons de santé dans une liste, nous aurions l'air d'exclure d'autres acteurs. Je vous propose donc de retirer cet amendement, en vous assurant que les maisons de santé ont parfaitement la possibilité d'adhérer aux GCS.

Mme Catherine Génisson. Pourquoi ne pas ajouter l'adverbe « notamment » ?

Mme la présidente. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. J'entends bien la proposition de nos collègues socialistes : l'adverbe « notamment » serait un moyen de contourner la difficulté (*Sourires.*). Mais je suis sensible à l'argumentation de Mme la ministre et je lui fais confiance – en pensant non seulement aux maisons de santé, mais à d'autres types d'organismes tels que les centres de santé. Je me rallie donc à sa proposition et je retire mon amendement.

M. Jean-Luc Prél. D'autant que Mme Delaunay aurait préféré « en particulier »...

(L'amendement n° 989 est retiré.)

Mme la présidente. Je suis saisi de 4 amendements, n^{os} 496, 497, 498 et 499, qui peuvent faire l'objet d'une présentation commune.

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Ils sont défendus.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Même avis, pour les raisons que j'ai déjà expliquées.

(Les amendements n^{os} 496, 497, 498 et 499, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

L'amendement n° 379 de la commission est rédactionnel.

(L'amendement n° 379, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 990.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. L'amendement n° 990 tend à porter à cinq le nombre de membres du premier collège du conseil de surveillance du GCS, et ce pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, comme pour les autres amendements que nous avons déposé à cet article, le but est de clarifier la composition du conseil de surveillance en fixant le nombre de membres de chacun de ses collèges à cinq, afin de garantir une égale représentation des différents acteurs.

Il s'agit ensuite de préciser la rédaction du texte qui, en l'état, porte la formule « au plus quatre ». Certes, notre rapporteur m'opposera que c'est là une solution de souplesse. Je lui ferai néanmoins remarquer que « au plus quatre » peut signifier en français aussi bien quatre que trois, deux, un, voire zéro... Il serait bien ennuyeux que la souplesse aboutisse à rien du tout !

Par ailleurs, en augmentant le nombre de membres de quatre à cinq, nous entendons favoriser la représentation et l'implication des élus des collectivités locales dans la gestion des GCS. Les élus servent l'intérêt général ; ils ont de ce fait des responsabilités en matière de santé publique. En outre, les collectivités risquent dans certains cas d'être sollicitées, y compris financièrement.

Pour toutes ces raisons, nous proposons que le premier collège des conseils de surveillance des GCS comporte cinq membres, et non « au plus quatre ».

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Avis défavorable, bien que l'argument mathématique de Mme Fraysse soit exact. La gouvernance retenue pour les GCS nous paraît satisfaisante : il n'y a pas lieu de la calquer sur celle des établissements publics de santé.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Une fois n'est pas coutume, monsieur le rapporteur, permettez-moi de ne pas être d'accord avec vous. J'émet un avis favorable à l'amendement de Mme Fraysse.

Mme Catherine Génisson. Très bien !

Mme la présidente. Vous rangez-vous à l'avis de Mme la ministre, monsieur le rapporteur ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Bien entendu !

Mme la présidente. La parole est à Mme Laure de La Raudière.

Mme Laure de La Raudière. Mme la ministre peut-elle expliquer cette position ?

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Dans un souci de parallélisme des formes, j'ai souhaité que soient transposées les règles de gouvernance des établissements publics de santé aux GCS lorsque ceux-ci sont qualifiés d'établissements de santé. J'ai expliqué mes arguments à l'occasion des amendements précédents.

Au nom de ce parallélisme des formes, et dès lors que je milite pour le maintien de la définition d'établissement de santé, il me paraît logique d'accepter l'amendement de Mme Fraysse et de ses collègues, qui porte à cinq le nombre de représentants des collectivités territoriales dans les conseils de surveillance des GCS.

Mme Catherine Génisson. Très bien !

Mme Laure de La Raudière. D'accord.

(L'amendement n° 990 est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 380 de la commission.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Cet amendement vise à prévoir que des représentants des collectivités territoriales puissent siéger au conseil de surveillance des GCS sans pour autant imposer une représentation systématique de ces groupements.

(L'amendement n° 380, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements, n^{os} 991 et 992, qui peuvent faire l'objet d'une présentation commune.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Ces deux amendements visent renforcer la représentation des personnels dans le deuxième collège du conseil de surveillance des GCS, autrement dit celui des personnels médicaux et non-médicaux. À cette fin, et comme dans notre amendement précédent, l'amendement n° 991 tend à supprimer la formule « au plus quatre », trop floue, et l'amendement n° 992 propose que trois de ces représentants soient désignés par le comité technique d'établissement. Le but est de garantir une répartition mieux équilibrée des sièges entre les personnels concernés, en particulier les personnels non-médicaux –majoritaires, rappelons-le, dans les établissements de santé et, partant, dans les GCS –.

Plus largement, il s'agit d'améliorer la démocratie sanitaire, en permettant aux salariés du public comme du privé de participer à la prise de décision au sein de ces groupements.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Lorsqu'elle en a débattu, la commission a rejeté ces deux amendements pour les raisons que j'ai expliquées à l'instant, estimant que le parallélisme des formes n'était pas nécessaire. (*Sourires.*) Cela étant, j'attends avec impatience de connaître l'avis de Mme la ministre.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. J'émet un avis favorable à l'amendement n° 991.

M. Jean Mallot. Par cohérence !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Absolument !

Je suis également favorable à l'amendement n° 992, sous réserve d'une rectification, qui consiste à substituer au mot « deuxième » le mot « première ».

Je vous expliquais à l'instant que je souhaitais transposer les règles de gouvernance des établissements publics de santé aux groupements de coopération sanitaire lorsqu'ils sont qualifiés d'établissements publics de santé. Or vous avez modifié la rédaction de l'article 5 du projet de loi, et du coup la composition des représentants des personnels au sein du conseil de surveillance des établissements publics de santé. Il convient dès lors de modifier dans le même sens la composition des conseils de surveillance des GCS qualifiés d'établissements publics de santé. C'est pourquoi je vous propose de rectifier l'amendement n° 992 afin de porter de deux à trois le nombre de représentants des personnels non médicaux et de maintenir à deux le nombre de représentants des personnels médicaux, à l'instar des établissements publics de santé.

Nous sommes toujours dans la même logique. Je ne sais si cela évoque quelque souvenir parmi vous ou si vous avez besoin d'explications complémentaires...

Mme Jacqueline Fraysse. Non, madame la ministre, c'est parfaitement clair.

Mme la présidente. Madame Fraysse, acceptez-vous de rectifier dans ce sens voter amendement n° 992 ?

Mme Jacqueline Fraysse. Je suis d'accord, madame la présidente.

(L'amendement n° 991 est adopté.)

(L'amendement n° 992 rectifié est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 993.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. L'amendement n° 993 a deux objectifs : fixer le nombre de personnalités qualifiées à cinq, comme pour les autres collèges, et garantir la participation d'au moins trois représentants des usagers au sein des conseils de surveillance.

Nous tenons beaucoup à la participation des usagers. Les patients et leur famille se plaignent souvent d'avoir des difficultés à rencontrer les personnels, et notamment les médecins. C'est une évolution de notre société : les citoyens demandent à être davantage informés et associés ; ils veulent parfois avoir des explications sur le fonctionnement des établissements et sur la façon dont les médecins et les personnels accueillent et traitent les patients.

Il nous paraît donc indispensable de renforcer dans ce texte la représentation des usagers dans les différentes instances.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. La commission a rejeté cet amendement.

Elle y trouvait une rigidification excessive et probablement inutile du troisième collège des personnalités qualifiées au sein du conseil de surveillance. La nomination en particulier d'une personne par les représentants des collectivités territoriales désignées au premier alinéa sera une affaire très compliquée dans un pays où il y a tant de couches dans le millefeuille administratif !

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je vais essayer, au moyen d'un sous-amendement, de faire la synthèse entre Mme Fraysse et M. Rolland ! Cela n'est peut-être pas impossible ! Et tout comme M. Bur, je suis assez sensible à reproche de rigidité : j vais donc essayer de mettre un peu de souplesse...

M. Jean Mallot. Bur la synthèse !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. C'est pourquoi je vous propose de modifier le deuxième alinéa de l'amendement n° 993, en substituant à la première occurrence

des mots « une nommée » les mots « deux nommées » et de supprimer ensuite les termes « une nommée par les représentants des collectivités territoriales, désignées au 1° ».

Nous sommes toujours dans la même logique, qui vise à transposer les règles de gouvernance des établissements publics de santé aux groupements de coopération sanitaire, dès lors, je le répète, qu'ils sont qualifiés d'établissements publics de santé. Je me réfère toujours à l'article 5, qui a modifié la composition du conseil de surveillance. Je vous propose de continuer à calquer – sans rigidité, monsieur Bur ! – cette disposition.

M. Marcel Rogemont. M. Bur est un contemplatif, madame la ministre !

M. Jean Mallot. Ce n'est pas « dur », c'est Bur !

Mme la présidente. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. La proposition de Mme la ministre diminue le nombre de représentants des usagers par rapport à la mienne. Je vais donc maintenir mon amendement dans sa forme actuelle, ce qui ne m'empêche pas de noter cette avancée, qui se veut consensuelle, ou pour le moins synthétique.

(L'amendement n° 993 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Si vous le souhaitez, madame la ministre, vous pouvez proposer un amendement gouvernemental reprenant la rédaction que vous venez de proposer.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* C'est bien mon intention.

Mme la présidente. Je donne lecture de votre amendement, qui portera le n° 1998 : « Rédiger ainsi l'alinéa 24 :

« c) Cinq personnalités qualifiées, dont deux nommées par le directeur de l'agence régionale de santé et trois représentants des usagers au sens des dispositions de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique nommés selon des modalités définies par décret. »

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* C'est bien cela.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur cet amendement ?

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur.* Favorable.

(L'amendement n° 1998 est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements, n°s 381, 211 et 500, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 211 et 500 sont identiques.

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 381.

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur*. Il s'agit d'un amendement de précision, destiné à couvrir le champ des groupements de coopération sanitaire autorisés à installer des équipements matériels lourds, qui doivent également signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'agence régionale de santé aux termes de l'article L. 6114-1 du code de la santé publique.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur pour avis, pour soutenir l'amendement n° 211.

M. André Flajolet, *rapporteur pour avis*. Il est défendu.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Luc Prével, pour soutenir l'amendement n° 500.

M. Jean-Luc Prével. Il est identique à l'amendement n° 211.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Le Gouvernement est favorable à l'amendement n° 381, et demande aux auteurs des amendements n°s 211 et 50 de bien vouloir les retirer.

Mme la présidente. Retirez-vous votre amendement, monsieur le rapporteur pour avis ?

M. André Flajolet, *rapporteur pour avis*. Je retire l'amendement n° 211.

Mme la présidente. Monsieur Prével, retirez-vous également votre amendement n° 500 ?

M. Jean-Luc Prével. Oui, mais c'est vraiment dommage ! (*Sourires.*)

(*Les amendements n°s 211 et 500 sont retirés.*)

(*L'amendement n° 381 est adopté.*)

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements, n°s 1128, 212 et 501, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 212 et 501 sont identiques.

Mme la présidente. La parole est à M. Georges Colombier, pour soutenir l'amendement n° 1128.

M. Georges Colombier. Cet amendement vise, après l'alinéa 28, à insérer l'alinéa suivant : « Le groupement de coopération sanitaire est appelé à la signature du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement de santé titulaire d'une ou plusieurs autorisations sanitaires exploitées par un ou plusieurs de ses membres en son sein, ou à défaut d'un avenant à ce contrat ».

Cette solution alternative permettrait de garantir la pérennité des GCS déjà créés, qui fonctionnent actuellement et qui constituent une démarche exemplaire de coopération public-privé dans l'intérêt des patients.

Mme la présidente. L'amendement n° 212 a déjà été présenté par M. le rapporteur pour avis.

La parole est à M. Jean-Luc Prével, pour soutenir l'amendement n° 501.

M. Jean-Luc Prével. Il est identique à l'amendement n° 212.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur ces trois amendements ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. La commission a repoussé ces trois amendements dont la rédaction est très proche. Le fait, pour une clinique et un hôpital, de partager une IRM, par exemple, ne donne pas le droit au groupement de coopération sanitaire de se mêler du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'hôpital.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Même avis défavorable.

(L'amendement n° 1128 n'est pas adopté.)

(Les amendements identiques n°s 212 et 501 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. L'amendement n° 382 de la commission est rédactionnel.

(L'amendement n° 382, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n°s 384 et 994.

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 384.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. L'amendement n° 384 vise à mieux intégrer les centres de santé et leurs professionnels médicaux aux groupements de coopération sanitaire.

Mme la présidente. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Les professionnels des centres de santé, dont les gestionnaires peuvent être divers – collectivités locales, mutuelles, associations – considèrent n'être jamais clairement associés, voire mentionnés.

Notre amendement vise à faire explicitement mention dans cet article de la place des professionnels médicaux des centres de santé membres de groupements de coopération sanitaire. Aussi proposons-nous, à l'alinéa 32, après la première occurrence du mot « groupement, » d'insérer les mots «, les professionnels médicaux des centres de santé membres du groupement ». Ainsi ces praticiens auront-ils, au même titre que les praticiens libéraux ou ceux des établissements publics, la possibilité de participer, notamment à la permanence des soins. Leur préoccupation me paraît légitime. Faire mention de ces personnels dans le texte ne devrait pas poser de problème. Cela nous aiderait en matière de permanence des soins, par exemple.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Favorable.

(*Les amendements identiques n^{os} 384 et 994 sont adoptés.*)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 503.

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. L'alinéa 33 ne manque pas d'intérêt. Il indique, en effet, que : « La permanence des soins, les consultations et les actes médicaux assurés par les professionnels libéraux médicaux, dans le cadre du groupement, peuvent être rémunérés forfaitairement ou à l'acte... » L'évolution vers une rémunération forfaitaire est intéressante. C'est pourquoi il me paraîtrait judicieux d'insérer après le mot « soins », les mots : « des actions de prévention, d'éducation, de formation, d'évaluation et d'animation, » – autant d'actions qui nécessitent d'être rémunérées de manière forfaitaire.

M. Marcel Rogemont. C'est un excellent amendement !

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur*. L'intention est bonne, mais la rédaction alourdit le texte. La commission a donc émis un avis défavorable.

M. Jean-Luc Prével. Il faut savoir de temps en temps traduire les bonnes intentions dans le texte !

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. L'enfer est pavé de bonnes intentions, monsieur Prével...

M. Marcel Rogemont. C'est tellement agréable d'être en enfer !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Certainement ! Je vous y laisse, monsieur Rogemont ! (*Sourires.*)

Mme la présidente. Allons, laissez Mme la ministre s'exprimer !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Votre proposition revient, monsieur Prével, à créer de nouvelles catégories d'actes, donc à prévoir leur rémunération. Un tel ajout au seul titre des GCS n'est pas possible et constitue une nouvelle dépense qui ne peut être prise en charge dans ce cadre. C'est pourquoi je vous demande de bien vouloir retirer votre amendement.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Je suis très étonné, madame la ministre. Des amendements n'entraînant aucune dépense sont tombés sous le couperet de l'article 40 – dont l'un des miens qui, pourtant, permettait de réaliser des économies. En voilà un qui réussit à passer à travers le filtre sans que je sache pourquoi...

J'ai dit – et ce n'était pas pour vous être agréable, madame la ministre, même si je souhaite que cela – que cet alinéa était excellent puisqu'il proposait justement une rémunération forfaitaire ou à l'acte. Le système de santé français pêche en matière de prévention et d'éducation. Il serait en conséquence souhaitable que ces groupements de coopération sanitaire mènent des actions de cette nature. Si on veut qu'ils y parviennent, il est indispensable de les rémunérer de manière forfaitaire, car ils ne peuvent pas l'être à l'acte. Cet ajout me semble extrêmement intéressant et important. Comme l'a dit M. le rapporteur, l'idée est bonne ; il serait donc, à mon sens, utile de la concrétiser.

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Je soutiens l'argumentation de M. Prével. Il est effectivement important que les soins décrits dans cet amendement soient pris en compte dans le texte de la loi.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Peut-être n'ai-je pas été suffisamment explicite. Il est évident que ces structures pourront être traitées dans le cadre des textes relatifs au financement, par exemple dans la loi de financement de la sécurité sociale qui comporte une disposition sur les modes de rémunération alternatifs. Les textes financiers sont adaptés à ce type de mesures, contrairement aux textes relatifs à l'organisation. Vous savez combien je milite en faveur de ces modes de rémunération alternatifs particulièrement adaptés aux démarches d'éducation à la santé ou de prévention. Je n'ai donc pas exprimé un désaccord sur le fond, mais sur le fait que cela ne s'appliquerait qu'aux GCS. C'est la raison pour laquelle je n'ai pas émis un avis défavorable sur cet amendement ; j'ai seulement demandé son retrait.

Je tenais à être bien comprise.

(L'amendement n° 503 n'est pas adopté.)

Suspension et reprise de la séance

Mme la présidente. La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à vingt-trois heures cinquante, est reprise le vendredi 20 février 2009 à zéro heure cinq.)

Mme la présidente. La séance est reprise.

Je suis saisie de deux amendements identiques, n^{os} 385 et 995.

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 385.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. L'amendement n° 385 vise à mieux intégrer les centres de santé et leurs professionnels médicaux aux groupements de coopération sanitaire, et à faire en sorte que leur mode de rémunération s'inscrive dans la continuité de leur mode de rémunération habituel.

Mme la présidente. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, pour soutenir l'amendement n° 995.

Mme Jacqueline Fraysse. Je partage l'argumentation du rapporteur.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement sur ces deux amendements ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Respecter les modes de rémunération est absolument indispensable, mais le GCS permet aux professionnels médicaux de tout statut de prendre en charge des patients en provenance de n'importe lequel des établissements membres du groupement et de rémunérer cet exercice à l'identique de leurs pratiques habituelles par le versement d'un salaire ou d'honoraires. Ainsi, les médecins des centres de santé étant des salariés à temps plein ou à temps partiel, ils peuvent continuer à être rémunérés de la façon habituelle. Ces amendements sont donc satisfaits ; autrement dit, ils n'apportent rien et je vous demande donc de les retirer.

Mme la présidente. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. De vos propos, madame la ministre, nous retenons que ces amendements sont inutiles, qu'ils sont déjà satisfaits par les dispositions actuelles, d'autant que nous avons intégré explicitement les centres de santé dans le texte.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Tout à fait.

Mme Jacqueline Fraysse. Dans ces conditions, je peux retirer mon amendement n°995.

Mme la présidente. Et le vôtre, monsieur le rapporteur ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Je le retire aussi.

(Les amendements n^{os} 385 et 995 sont retirés.)

Mme la présidente. L'amendement n° 386 de la commission est rédactionnel.

(L'amendement n° 386, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de quatre amendements, n^{os} 387, 996, 1039 et 1157, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n^{os} 387, 996 et 1039 sont identiques.

La parole est M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 387.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. La commission avait adopté cet amendement, mais elle a également accepté l'amendement n° 1157 de M. Bur, dont la rédaction est encore meilleure. Aussi vais-je le retirer.

(L'amendement n° 387 est retiré.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, pour soutenir l'amendement n° 996.

Mme Jacqueline Fraysse. Notre souci se situe à plusieurs niveaux.

D'abord, nous sommes préoccupés par les différences de statuts et de rémunérations au sein même des établissements publics.

Dans l'état actuel des textes, les professionnels des hôpitaux publics se voient rémunérer selon quatre statuts différents : les praticiens hospitaliers, dont certains peuvent avoir des consultations privées au sein de l'établissement, les praticiens recrutés par contrat, les médecins libéraux effectuant des vacations dans les hôpitaux publics, les praticiens contractuels associés exerçant sous la responsabilité d'un médecin.

S'y ajoutent les médecins libéraux exerçant dans les établissements privés et faisant partie du groupement.

Pour éviter cette multiplication de statuts, source potentielle de conflits, il est donc nécessaire de créer les conditions pour que la rémunération de l'activité soit effectuée auprès du groupement lui-même, qui, ensuite, redistribuera vers les professionnels qui y travaillent, qu'ils soient salariés ou libéraux. Je crois que c'est une mesure utile.

Mme la présidente. La parole est à M. Marcel Rogemont, pour soutenir l'amendement n° 1039.

M. Marcel Rogemont. Cet amendement propose qu'un GCS associant des établissements publics et privés puisse opter pour les tarifs les plus adéquats et que la rémunération de l'activité soit effectuée auprès du GCS, pour qu'il la redistribue vers les professionnels qui y travaillent, qu'ils soient salariés ou libéraux. Cela dit, je le retire au profit de celui de M. Bur.

(L'amendement n° 1039 est retiré.)

Mme la présidente. La parole est à M. Yves Bur, pour soutenir l'amendement n° 1157.

M. Yves Bur. Le but, on l'a dit, est de tenir compte des spécificités des GCS composés d'établissements de statuts différents. Le projet de loi prévoit que les GCS composés d'établissements de statuts différents disposent d'un droit d'option entre l'échelle des tarifs publics et celle des tarifs privés. Mon amendement n° 1157 en précise les conditions.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement sur les amendements n°s 996 et 1157 ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Les amendements défendus par M. Rolland, Mme Fraysse et M. Rogemont sont excellents en ce qu'ils proposent des modalités qui sont de nature à favoriser le rapprochement et la coopération d'établissements de statuts différents et d'optimiser l'offre de soins. C'est précisément l'un des objectifs du présent projet de loi. Mais, comme vous tous, je préfère l'amendement présenté par M. Bur, qui a le même objet, mais qui comporte une mention indiquant que, lorsque le GCS est qualifié d'établissement de santé, il est financé sur le fondement des règles applicables à ces établissements, précision qu'il me paraît utile, sinon indispensable, d'inscrire dans la loi.

Mme la présidente. Madame Fraysse, retirez-vous votre amendement ?

Mme Jacqueline Fraysse. Oui.

(L'amendement n° 996 est retiré.)

(L'amendement n° 1157 est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 1994 du Gouvernement.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Nous voulons donner aux agents recrutés par des structures de coopération de droit public les mêmes droits en matière de formation et d'accès aux œuvres sociales qu'à tous les fonctionnaires hospitaliers.

En effet, lorsque deux établissements relevant de la fonction publique hospitalière mettent en place un groupement de coopération sanitaire de droit public, les agents détachés dans ces structures et les contractuels de droit public ne peuvent bénéficier actuellement d'aucun droit en la matière. C'est une question de justice et cela devrait faire l'unanimité.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Favorable. Un amendement similaire avait été proposé mais retoqué au titre de l'article 40. Je suis donc ravi de voir Mme la ministre le présenter.

(L'amendement n° 1994 est adopté.)

Mme la présidente. Monsieur Préel, pourriez-vous nous présenter en même temps vos amendements n^{os} 504 et 502 ?

M. Jean-Luc Préel. Ils sont différents, mais je les présente volontiers ensemble pour vous être agréable, madame la présidente.

L'amendement n° 504 prévoit que le directeur de l'agence régionale de santé, en collaboration avec la Haute autorité de santé, assure au patient une information claire, lisible et comparative et qu'il organise des consultations régulières des patients et professionnels de santé.

Une étude récente de l'IRDES de décembre 2008 vient de souligner l'absence dans notre pays de données disponibles sur la qualité des soins et leur évolution. En janvier 2004, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie soulignait déjà dans son rapport annuel : « l'inégalité dans l'information constitue une des plus profondes inégalités dans l'accès aux soins ».

Par ailleurs, il n'est pas fait assez appel à des consultations, sous forme de questionnaire par exemple, aux avis des patients et professionnels de santé sur l'efficacité du système et les améliorations qui pourraient lui être apportées.

L'amendement n° 502 traite quand à lui d'un sujet très différents, mais auquel tout le monde sera sensible : il propose d'assurer l'accessibilité d'une offre hospitalière aux tarifs opposables.

M. Marcel Rogemont. Nous sommes d'accord !

M. Jean-Luc Prével. Dans de nombreux secteurs en effet, les dépassements d'honoraires nous posent de sérieuses difficultés.

M. Marcel Rogemont. Très bon argument !

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. La commission a repoussé l'amendement n° 504 relatif aux missions du directeur général de l'Agence régionale de santé car elle se souvient avoir adopté, à l'article 2, la mise à disposition du public par les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins répondant donc à la préoccupation d'assurer aux patients une information claire et transparente.

En revanche, elle a accepté l'amendement n° 502, considérant qu'il appartenait au directeur général de chacune des agences régionales de santé, non seulement d'adapter le système de santé aux besoins de la population, mais également d'assurer l'accessibilité des soins aux tarifs opposables.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je partage bien évidemment le souci de transparence et d'information claire des patients qui est exprimé par ces deux amendements.

Dans le cadre de ma responsabilité ministérielle, je veux assurer la mise à disposition de l'information puis valoriser les travaux de la Haute autorité de santé, travaux conjoints avec mes services. Nous avons engagé cette politique de transparence à travers la publication annuelle des indicateurs de maladies nosocomiales et j'aurai l'occasion, comme je l'ai dit lors la conférence de presse au cours de laquelle j'ai donné les résultats sur les maladies nosocomiales, d'annoncer la généralisation d'autres indicateurs de qualité à l'échelon national. Il est très important en effet d'avoir des indicateurs fiables, que l'on suit régulièrement.

Nous mettons à disposition, depuis plus d'un an maintenant, sur le site internet qui porte le beau nom de Platines, une base de données facile d'accès qui comporte, pour chaque établissement de santé, des données sur ses activités, les volumes correspondants et la composition des équipes médicales en sus des indicateurs disponibles.

Bien sûr, le directeur général de l'ARS aura pour mission de relayer cette information disponible auprès de la Conférence régionale de santé et des associations de patients. Il veillera également à ce qu'elle soit bien portée à la connaissance du grand public. Mais tout

cela relève plus de l'instruction ministérielle que de la loi. Aussi, je demande aux auteurs de l'amendement n° 504 de bien vouloir le retirer.

M. Jean-Luc Prél. Je retire bien volontiers mon amendement n° 504, surtout si Mme la ministre donne un avis favorable sur l'amendement n° 502 !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. C'est ce que je fais, monsieur Prél !

(L'amendement n° 504 est retiré.)

(L'amendement n° 502 est adopté.)

(L'article 13, amendé, est adopté.)

Après l'article 13

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 1358 portant article additionnel après l'article 13.

La parole est à Mme Bérengère Poletti.

Mme Bérengère Poletti. Madame la présidente, je souhaiterais présenter également les amendements n^{os} 1355 et 1359 puisqu'ils défendent la même cause, celle de l'hospitalisation à domicile.

Mme la présidente. Je vous en prie, madame Poletti.

Mme Bérengère Poletti. Madame la ministre, je pense qu'il est temps que soit reconnue une place aux acteurs en fonction du service qu'ils rendent et non plus seulement en fonction de leur statut. C'est pourquoi, l'amendement n° 1358 vise à garantir la présence de la FNEHAD, la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile, dans la Conférence régionale de santé.

Quant à l'amendement n° 1355, il prévoit qu'elle soit représentée dans la Conférence nationale de santé. Enfin, l'amendement n° 1359 a pour objet de garantir sa présence au comité national de l'organisation sanitaire et sociale.

La spécificité de l'HAD à l'hôpital mérite qu'on garantisse une place à la FNEHAD dans ces trois structures.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur ces trois amendements ?

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur*. La commission a repoussé ces amendements, considérant que la composition de la Conférence nationale de santé relevait probablement plus du cadre réglementaire. En outre, les fédérations qui sont déjà présentes dans cette conférence y sont plutôt opposées puisqu'elles considèrent, probablement à juste titre, qu'elles sont représentatives de toutes leurs composantes, y compris dans le champ de l'hospitalisation à domicile gérée par les hôpitaux, les cliniques ou les associations.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement sur ces trois amendements ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. L'amendement n° 1358 a pour objet de garantir la présence de la FNEHAD dans la Conférence régionale de santé ; l'article 14 du présent projet de loi abrogeant la composition actuelle de la Conférence régionale de santé, votre proposition, madame Poletti, devient sans objet. Qui plus est, l'article 26 prévoit la nouvelle configuration des futures conférences régionales de santé, composées d'une formation plénière et de commissions spécialisées qui se substituent aux commissions et comités existants. Le détail en sera précisé par décret. Je veillerai à ce qu'il soit inscrit dans les textes réglementaires que les établissements qui ont une activité de soins à domicile soient représentés dans la Conférence régionale de santé. Je vous demande donc de retirer cet amendement.

S'agissant de l'amendement n° 1355, j'y suis favorable car la place de l'hospitalisation à domicile dans l'offre de soins est essentielle. Certes, on aurait pu le faire par voie réglementaire,...

M. Yves Bur. Tout à fait !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. ...mais le reconnaître à cet endroit du texte me semble particulièrement utile. Garantir la présence de structures d'hospitalisation à domicile à la Conférence nationale de santé permettra de les rendre plus visibles en tant qu'établissements de santé et de conforter ce statut. J'ai donc plaisir à donner satisfaction à Mme Poletti.

Enfin, pour la même raison que précédemment, je suis heureuse de donner également un avis favorable à son amendement n° 1359 qui a pour objet de garantir la présence de la FNEHD dans le CNOSS.

Mme la présidente. La parole est à Mme Bérengère Poletti.

Mme Bérengère Poletti. Je vous remercie, madame la ministre. Je suis persuadée que tous les acteurs qui œuvrent dans le domaine de l'hospitalisation à domicile seront heureux de votre prise de position, y compris de la parution d'un nouveau décret sur les conférences régionales de santé. C'est la raison pour laquelle je retire l'amendement n° 1358.

(L'amendement n° 1358 est retiré.)

(Les amendements n°s 1355 et 1359, successivement mis aux voix, sont adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 1069.

Cet amendement est-t-il défendu ?

M. Marcel Rogemont. Oui, madame la présidente !

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur*. La commission a repoussé cet amendement.

M. Marcel Rogemont. Oh que c'est scandaleux ! *(Sourires.)*

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. L'amendement n° 1069 vise à permettre aux établissements de santé de participer à des syndicats intercommunaux, des syndicats mixtes ou encore des sociétés d'économie mixte. Il est bien évidemment nécessaire de distinguer la participation à des projets de coopération de l'adhésion à des structures de coopération. Les établissements ne peuvent adhérer à des structures de coopération que dans le strict cadre de leur mission.

Monsieur Rogemont, j'ai cru sentir que vous défendiez mollement cet amendement...

M. Jean Mallot et M. Marcel Rogemont. Il est défendu, voilà tout !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. C'est donc que, tout comme moi, vous y êtes défavorable ! (*Sourires*)

Mme la présidente. Monsieur Rogemont, souhaitez-vous vous exprimer ?

M. Marcel Rogemont. Oh non, madame la présidente ! (*Sourires.*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Ce sera répété à M. Le Guen !

M. Marcel Rogemont. Surtout pas ! Que cela reste entre nous ! (*Sourires*)

(*L'amendement n° 1069 n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 389.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Le système de financement actuel des établissements de santé privés, celui de la tarification à l'activité, ne finance que la prestation de séjour de l'établissement mais exclut les honoraires des médecins, considérant que la règle en établissement privé est celle de l'exercice libéral et de la perception par les médecins eux-mêmes de leurs honoraires. S'il souhaitait salarier un médecin afin de mieux répondre aux exigences de la continuité des soins, l'établissement privé en serait dissuadé par l'absence de prise en compte par l'assurance maladie du montant des honoraires dans le séjour hospitalier. La présente disposition vise à ce qu'il puisse y être dérogé. Cet amendement avait été proposé par M. Tian et la commission l'a fait sien.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je suis heureuse de donner un avis favorable à ce dernier amendement de la soirée.

Mesdames, messieurs les députés, je tiens à vous remercier pour cette séance particulièrement riche et fructueuse qui aura permis des apports de la part de tous les bancs de l'Assemblée nationale, sous la bienveillante égide de Mme la présidente. (*Applaudissements.*)

(*L'amendement n° 389 est adopté.*)

Mme la présidente. La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

2 - Ordre du jour de la prochaine séance

Mme la présidente. Prochaine séance, lundi 2 mars 2009 à seize heures :

Suite de la discussion du projet de loi portant réforme de l'hôpital.

La séance est levée.

(La séance est levée, le vendredi 20 février 2009, à zéro heure trente.)

*Le Directeur du service du compte rendu de la séance
de l'Assemblée nationale,*

Claude Azéma