

SÉNAT

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2010-2011

COMPTE RENDU INTÉGRAL

Séance du vendredi 1^{er} juillet 2011

(1^{er} jour de séance de la session)



www.senat.fr



SOMMAIRE

PRÉSIDENCE DE M. ROGER ROMANI

Secrétaire :
M. Jean-Pierre Godefroy.

1. **Ouverture de la première session extraordinaire de 2010-2011** (p. 5701)
2. **Réforme de l'hôpital. – Suite de la discussion en deuxième lecture d'une proposition de loi dans le texte de la commission** (p. 5701)

Discussion générale (*suite*) : Mme Catherine Morin-Desailly, MM. Jean-Pierre Fourcade, Yves Daudigny, Jean-Louis Lorrain.

M. Xavier Bertrand, ministre du travail, de l'emploi et de la santé.

Clôture de la discussion générale.

Suspension et reprise de la séance (p. 5706)

PRÉSIDENCE DE MME CATHERINE TASCA

3. **Procès-verbal** (p. 5706)
4. **Réforme de l'hôpital. – Suite de la discussion en deuxième lecture d'une proposition de loi dans le texte de la commission** (p. 5706)

Article 1^{er} (p. 5706)

Amendement n° 24 rectifié de M. Gilbert Barbier. – MM. Daniel Marsin, Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales ; Mme Nora Berra, secrétaire d'État chargée de la santé. – Retrait.

Amendement n° 37 de M. Jacky Le Menn. – MM. Jacky Le Menn, le rapporteur, Mme la secrétaire d'État, M. Guy Fischer. – Rejet.

Amendement n° 25 rectifié de M. Gilbert Barbier. – Retrait.

Amendement n° 38 de M. Jacky Le Menn. – Rejet.

Amendement n° 26 rectifié de M. Gilbert Barbier. – Retrait.

Amendement n° 105 du Gouvernement. – Mme la secrétaire d'État, M. le rapporteur. – Adoption.

M. Jean-Pierre Fourcade.

Adoption de l'article modifié.

Article 2 (p. 5709)

Amendement n° 87 de M. Guy Fischer. – MM. Guy Fischer, le rapporteur, Mmes la secrétaire d'État, Annie David. – Rejet.

Amendement n° 114 du Gouvernement. – Mme la secrétaire d'État.

Amendement n° 27 rectifié de M. Gilbert Barbier. – M. Daniel Marsin.

M. le rapporteur, Mme la secrétaire d'État, MM. Jacky Le Menn, Jean-Pierre Fourcade. – Rejet des amendements n°s 114 et 27 rectifié.

Adoption de l'article.

Article 3 (p. 5713)

Amendement n° 88 de M. Guy Fischer. – Mme Annie David, M. le rapporteur, Mme la secrétaire d'État, MM. Guy Fischer, Jacky Le Menn, Jean-Pierre Fourcade. – Rejet.

Adoption de l'article.

Article 3 *bis* AA (p. 5715)

Amendements identiques n°s 39 de M. Jacky Le Menn, 77 rectifié de M. Yvon Collin et 89 de M. Guy Fischer. – MM. Jacky Le Menn, Daniel Marsin, Guy Fischer, le rapporteur, Mmes la secrétaire d'État, Annie David. – Rejet des trois amendements.

Amendement n° 117 du Gouvernement. – Mme la secrétaire d'État, MM. le rapporteur, Jean-Pierre Fourcade. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Articles 3 *bis* AB et 3 *bis* AC. – Adoption (p. 5718)

Article 3 *bis* AD (*suppression maintenue*) (p. 5719)

Article 3 *bis* A (p. 5719)

Amendement n° 28 rectifié de M. Gilbert Barbier. – MM. Daniel Marsin, le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Rejet.

Adoption de l'article.

Articles 3 *ter* et 4. – Adoption (p. 5719)

Article 4 *bis* (p. 5720)

Amendement n° 90 de M. Guy Fischer. – Mme Annie David, M. le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Retrait.

Adoption de l'article.

Article 5 A (*suppression maintenue*) (p. 5721)

Article 5 (p. 5721)

Amendement n° 91 de M. Guy Fischer. – MM. Guy Fischer, le rapporteur, Mmes la secrétaire d'État, Annie David. – Rejet.

Adoption de l'article.

Article 6 (p. 5722)

Amendements identiques n°s 23 rectifié de Mme Catherine Procaccia et 95 rectifié *ter* de M. Alain Vasselle. – Mmes Catherine Deroche, Marie-Thérèse Hermange.

Amendement n° 29 rectifié de M. Gilbert Barbier. – M. Daniel Marsin.

Amendement n° 43 de M. Jacky Le Menn. – M. Jacky Le Menn.

M. le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Adoption, après une demande de priorité, de l'amendement n° 29 rectifié, les amendements n°s 23 rectifié et 95 rectifié *ter* devenant sans objet; rejet de l'amendement n° 43.

Adoption de l'article modifié.

Article 6 *bis*. – Adoption (p. 5724)

Article 6 *ter* (*suppression maintenue*) (p. 5726)

Article 7 *bis* (p. 5726)

Amendement n° 116 rectifié du Gouvernement. – Mme la secrétaire d'État, MM. le rapporteur, Jean-Pierre Fourcade. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 7 *ter* A (*supprimé*) (p. 5727)

Amendement n° 44 rectifié de M. Yves Daudigny. – Mme Raymonde Le Texier

Amendement n° 16 rectifié de M. Charles Revet. – Mme Catherine Deroche.

Amendement n° 81 rectifié de M. Yvon Collin. – M. Daniel Marsin.

M. le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Rejet de l'amendement n° 44 rectifié; adoption de l'amendement n° 16 rectifié rétablissant l'article, l'amendement n° 81 rectifié devenant sans objet.

MM. Guy Fischer, Jean-Pierre Fourcade, Mme la présidente.

Articles 7 *ter* et 7 *quater* (*suppressions maintenues*) (p. 5730)

Article 9 A. – Adoption (p. 5730)

Article 9 B (p. 5730)

Amendement n° 46 de M. Jacky Le Menn. – MM. Jacky Le Menn, le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Rejet.

Adoption de l'article.

Article 9 (p. 5731)

Amendement n° 93 de M. Guy Fischer. – Mme Annie David, M. le rapporteur, Mme la secrétaire d'État, M. Jean-Pierre Fourcade. – Rejet.

Adoption de l'article.

Article 9 *bis* A (p. 5732)

Amendement n° 47 de M. Jacky Le Menn. – MM. Jacky Le Menn, le rapporteur, Mme la secrétaire d'État, M. Guy Fischer. – Rejet.

Adoption de l'article.

Article 9 *bis* BA (p. 5733)

Amendement n° 48 de M. Jacky Le Menn. – Mme Raymonde Le Texier, M. le rapporteur, Mmes la secrétaire d'État, Annie David. – Rejet.

Adoption de l'article.

Article 9 *bis* B. – Adoption (p. 5734)

Article 9 *bis* (p. 5735)

Amendement n° 113 du Gouvernement. – Mme la secrétaire d'État, M. le rapporteur. – Adoption de l'amendement supprimant l'article.

Article 9 *ter* (*suppression maintenue*) (p. 5736)

Article 9 *quater*. – Adoption (p. 5736)

Article 9 *quinquies* (*suppression maintenue*) (p. 5736)

Article 9 *sexies* (*supprimé*) (p. 5736)

Amendements identiques n°s 49 de M. Jacky Le Menn et 94 rectifié de M. Guy Fischer. – MM. Jacky Le Menn, Guy Fischer, le rapporteur, Xavier Bertrand, ministre du travail, de l'emploi et de la santé. – Retrait des deux amendements.

L'article demeure supprimé.

Article 9 *septies* (*supprimé*) (p. 5738)

Amendement n° 50 de M. Jacky Le Menn. – MM. Jacky Le Menn, le rapporteur, le ministre. – Retrait.

L'article demeure supprimé.

Article 10. – Adoption (p. 5738)

Article 11 *bis* (p. 5739)

Amendement n° 36 rectifié de M. Gilbert Barbier. – M. Daniel Marsin.

Amendement n° 104 du Gouvernement. – M. le ministre.

MM. le rapporteur, le ministre. – Retrait de l'amendement n° 36 rectifié; adoption de l'amendement n° 104.

Adoption de l'article modifié.

Article 11 *ter*. – Adoption (p. 5740)

Articles 12 et 12 *bis* (*supprimés*) (p. 5740)

Articles 14 B, 14 C et 14 *bis*. – Adoption (p. 5740)

Article 14 *ter* (*supprimé*) (p. 5741)

Amendement n° 111 du Gouvernement. – MM. le ministre, le rapporteur, Jean-Pierre Fourcade. – Adoption de l'amendement rétablissant l'article.

Article 15. – Adoption (p. 5742)

Article 16 (p. 5742)

Amendements n°s 51 et 52 de M. Yves Daudigny. – Mme Raymonde Le Texier, MM. le rapporteur, le ministre. – Rejet des deux amendements.

5. Nomination de membres d'une commission mixte paritaire
(p. 5744)

Suspension et reprise de la séance (p. 5744)

6. Candidatures à une commission mixte paritaire (p. 5744)

7. Réforme de l'hôpital – Suite de la discussion en deuxième lecture et adoption d'une proposition de loi dans le texte de la commission modifié (p. 5744)

Article 16 (*suite*) (p. 5744)

Amendement n° 53 de M. Yves Daudigny. – Mme Raymonde Le Texier, M. Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales ; Mme la secrétaire d'État. – Rejet.

Amendement n° 98 de M. Guy Fischer. – MM. Guy Fischer, le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Rejet.

Amendement n° 54 de M. Yves Daudigny. – Mme Raymonde Le Texier, M. le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Rejet.

Amendement n° 55 de M. Yves Daudigny. – MM. Jacky Le Menn, le rapporteur, Mme la secrétaire d'État, M. Guy Fischer. – Rejet.

Amendement n° 56 de M. Yves Daudigny. – MM. Jacky Le Menn, le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Rejet.

Amendement n° 57 de M. Yves Daudigny. – MM. Jacky Le Menn, le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Rejet.

M. Jacky Le Menn.

Adoption de l'article.

Article 16 *bis* A (p. 5750)

Amendement n° 109 du Gouvernement. – Mme la secrétaire d'État, M. le rapporteur, Mme Bernadette Dupont. – Adoption de l'amendement rédigeant l'article.

Article 17 (*suppression maintenue*) (p. 5751)

Article 17 *bis*. – Adoption (p. 5751)

Article 17 *ter* (p. 5751)

Amendement n° 103 de Mme Marie-Thérèse Hermange. – Mme Bernadette Dupont, M. le rapporteur, Mmes la secrétaire d'État, Catherine Dumas, Muguette Dini, présidente de la commission des affaires sociales. – Rejet.

Adoption de l'article.

Article 18 (p. 5752)

Amendement n° 15 rectifié *bis* de M. Dominique Leclerc. – MM. Francis Grignon, le rapporteur, Mme la secrétaire d'État, M. Guy Fischer. – Rejet.

Amendement n° 34 rectifié de M. Gilbert Barbier. – MM. Daniel Marsin, le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Rejet.

Adoption de l'article.

Articles additionnels après l'article 18 (p. 5754)

Amendement n° 7 rectifié de M. Dominique Leclerc et sous-amendement n° 119 du Gouvernement. – M. Francis Grignon, Mme la secrétaire d'État, M. le rapporteur, Mme Annie David. – Adoption du sous-amendement et de l'amendement modifié insérant un article additionnel.

Amendement n° 99 de M. Guy Fischer. – Mme Annie David, M. le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Rejet.

Article 18 *bis*. – Adoption (p. 5756)

Article 20 (p. 5757)

Amendement n° 59 rectifié *bis* de M. Yves Daudigny. – Mme Raymonde Le Texier, M. le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Adoption.

Amendement n° 118 de la commission. – M. le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 20 *bis*. – Adoption (p. 5759)

Article 20 *ter* (*supprimé*) (p. 5759)

Article 20 *quater*. – Adoption (p. 5759)

Article 20 *quinquies* (p. 5759)

Amendement n° 107 du Gouvernement. – Mme la secrétaire d'État, M. le rapporteur. – Adoption.

Amendement n° 13 rectifié de M. Dominique Leclerc. – Retrait.

Amendement n° 60 de M. Jacky Le Menn. – MM. Jacky Le Menn, le rapporteur, Mme la secrétaire d'État, M. Guy Fischer. – Rejet.

Adoption de l'article modifié.

Article additionnel après l'article 20 *quinquies* (p. 5761)

Amendement n° 92 de M. Guy Fischer. – MM. Guy Fischer, le rapporteur, Mme la secrétaire d'État, M. Jacky Le Menn. – Rejet.

Article 20 *sexies*. – Adoption (p. 5762)

Articles 20 *septies* à 20 *nonies* (*supprimés*) (p. 5762)

Article 20 *decies* (p. 5762)

Amendement n° 11 rectifié de M. Dominique Leclerc. – Retrait.

Amendement n° 120 de la commission. – M. le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Adoption.

Amendements identiques n° 14 rectifié de M. Dominique Leclerc et 35 rectifié de M. Gilbert Barbier. – MM. Daniel Marsin, le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Retrait de l'amendement n° 14 rectifié; rejet de l'amendement n° 35 rectifié.

Amendement n° 18 rectifié de M. François Trucy. – MM. Francis Grignon, le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Adoption.

Amendement n° 61 de M. Jacky Le Menn. – MM. Jacky Le Menn, le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Rejet.

Amendement n° 62 de M. Jacky Le Menn. – MM. Jacky Le Menn, le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Rejet.

Amendement n° 108 du Gouvernement. – Mme la secrétaire d'État, M. le rapporteur. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article additionnel après l'article 20 *decies* (p. 5767)

Amendement n° 12 rectifié de M. Dominique Leclerc. – Retrait.

Article 21 (*supprimé*) (p. 5767)

Article 22 (*supprimé*) (p. 5767)

Amendement n° 22 rectifié de Mme Colette Giudicelli. – MM. Francis Grignon, le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Retrait.

L'article demeure supprimé.

Article 22 *bis* (p. 5769)

Amendement n° 63 rectifié de M. Jacky Le Menn. – M. Jacky Le Menn.

Amendement n° 21 rectifié de Mme Colette Giudicelli. – Retrait.

M. le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Rejet de l'amendement n° 63 rectifié.

Adoption de l'article.

Article 23 (*supprimé*) (p. 5770)

Amendement n° 106 du Gouvernement. – Mme la secrétaire d'État, M. le rapporteur. – Rejet.

L'article demeure supprimé.

Article 24 (p. 5770)

Amendement n° 9 rectifié de M. Dominique Leclerc. – Retrait.

Amendement n° 100 de M. Guy Fischer. – Mme Annie David.

Amendement n° 75 rectifié de M. Ambroise Dupont. – Mme Bernadette Dupont.

Amendement n° 74 rectifié de M. Ambroise Dupont. – Mme Bernadette Dupont.

M. le rapporteur, Mmes la secrétaire d'État, Annie David. – Retrait des amendements n° 100 et 75 rectifié; rejet de l'amendement n° 74 rectifié.

Adoption de l'article.

Article additionnel après l'article 24 (p. 5775)

Amendement n° 10 rectifié de M. Dominique Leclerc. – M. Francis Grignon. – Retrait.

Article 24 *bis* (*nouveau*). – Adoption (p. 5775)

Article 25 (p. 5775)

Amendement n° 101 de M. Guy Fischer. – MM. Guy Fischer, le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Rejet.

Adoption de l'article.

Article 26 (p. 5776)

Amendement n° 65 rectifié de M. Francis Grignon. – MM. Francis Grignon, le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 27. – Adoption (p. 5777)

Article 28 (p. 5778)

Amendement n° 86 rectifié de Mme Colette Giudicelli. – MM. Francis Grignon, le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Adoption de l'amendement supprimant l'article.

Article 29. – Adoption (p. 5778)

Article 30 (p. 5778)

Amendement n° 64 de M. Jacky Le Menn. – MM. Jacky Le Menn, le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Rejet.

Adoption de l'article.

Article 31 (p. 5779)

Amendement n° 102 de M. Guy Fischer. – Mme Annie David, M. le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Retrait.

Adoption de l'article.

Articles 32 à 34. – Adoption (p. 5780)

Vote sur l'ensemble (p. 5781)

MM. Guy Fischer, Jacky Le Menn, Jean-Pierre Fourcade, Yves Daudigny.

Adoption de la proposition de loi dans le texte de la commission modifié.

8. **Nomination de membres d'une commission mixte paritaire** (p. 5783)
9. **Ordre du jour** (p. 5783)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE M. ROGER ROMANI

vice-président

Secrétaire :
M. Jean-Pierre Godefroy.

M. le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à minuit une.)

1

OUVERTURE DE LA PREMIÈRE SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2010-2011

M. le président. Mes chers collègues, je rappelle que, au cours de la séance du mardi 21 juin 2011, il a été donné connaissance au Sénat du décret de M. le Président de la République portant convocation du Parlement en session extraordinaire pour aujourd'hui, vendredi 1^{er} juillet 2011.

Je constate que la session extraordinaire est ouverte.

2

RÉFORME DE L'HÔPITAL

SUITE DE LA DISCUSSION EN DEUXIÈME LECTURE D'UNE PROPOSITION DE LOI DANS LE TEXTE DE LA COMMISSION

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion en deuxième lecture de la proposition de loi, modifiée par l'Assemblée nationale, modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (proposition n° 543, texte de la commission n° 668, rapport n° 667).

Dans la suite de la discussion générale, la parole est à Mme Catherine Morin-Desailly.

Mme Catherine Morin-Desailly. Monsieur le président, monsieur le ministre, madame la présidente de la commission des affaires sociales, monsieur le rapporteur, mes chers collègues, quel étrange objet que la présente proposition de loi !

Au départ, nous avons un texte principalement destiné à gommer les rares éléments de contrainte imposés aux praticiens libéraux dans la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, la loi HPST, pour rééquilibrer l'offre territoriale de soins.

À l'arrivée, nous nous retrouvons avec une sorte de texte portant diverses dispositions d'ordre sanitaire et social, d'où le mémorable jeu de mots de notre rapporteur, qui soulignait en commission que nous étions passés de la « loi Fourcade » à la « loi fourre-tout » ! *(Sourires.)*

Comme cela a été largement rappelé, l'Assemblée nationale a en effet considérablement gonflé le texte, en y incorporant de très nombreux articles additionnels portant sur des sujets aussi divers que la reconnaissance de la profession d'assistant-dentaire ou le dépistage précoce de la surdité, et parfois aussi fondamentaux que la réforme de la biologie médicale, la modulation des prestations par les mutuelles ou encore la responsabilité civile professionnelle des médecins.

En tout état de cause, de tels sujets n'ont pas grand-chose à voir avec la loi HPST, donc avec l'objet initial du texte. Il faut bien en prendre acte. C'est la raison pour laquelle nous nous attendions à ce que notre commission propose d'en modifier l'intitulé ; pour l'instant, elle ne l'a pas fait, mais nous ne désespérons pas que cela se produise en cours de discussion...

Je ne reviendrai pas longuement sur les articles initiaux de la proposition de loi, ceux qui portent véritablement sur la loi HPST. Notre position reste inchangée depuis la première lecture.

Parce que la lutte contre les déserts médicaux doit être une priorité nationale absolue, nous ne pouvons que souscrire à toute mesure facilitant l'exercice collectif de la médecine ambulatoire. Ainsi en est-il de l'article 1^{er}, portant création de la société interprofessionnelle de soins ambulatoires, la SISA, et de l'article 2, qui précise le statut des maisons de santé.

Nous sommes partagés sur l'article 3, qui supprime toute sanction afférente au contrat santé solidarité. Nous approuvons la suppression de la pénalité pour refus de s'engager dans un contrat santé solidarité. Les médecins sont libres et doivent le demeurer, et la base de la contractualisation doit être le volontariat. En revanche, nous jugeons excessif que soit également supprimée la pénalité pour non-respect des obligations contractuelles. Il est bien naturel que, comme dans n'importe quel cadre contractuel, le respect des engagements soit assuré !

L'article 4 de la proposition de loi, qui supprime l'obligation faite aux médecins de déclarer leurs absences programmées dans le cadre de la permanence des soins, nous semble aller dans le bon sens. Il faut faire confiance aux médecins !

Reste la question de l'article 6. Nous comprenons parfaitement que l'obligation faite aux professionnels de santé, dont la prestation inclut l'installation d'un dispositif médical, d'informer leur patient du prix d'achat de ce dispositif, et non de son prix de vente, soit très problématique et conduite à des contournements. Le remède serait alors pire que le mal. Cela dit, pour vraiment régler le problème, qui est réel, il me semble clair que nous devons en arriver à dissocier

la fourniture du matériel de l'acte médical. Le patient achèterait alors directement le dispositif au fournisseur et la question ne se poserait plus.

Pour l'heure, bien sûr, nous ne pouvons que saluer l'amélioration introduite dans le texte par nos collègues députés en matière de traçabilité. Connaître l'origine du produit est évidemment aussi essentiel.

J'en viens maintenant aux nouveaux sujets en discussion. Il est impossible de tous les évoquer, car ils sont trop nombreux et trop divers. Je n'aborderai donc que les plus importants d'entre eux.

Je commencerai par la question de la biologie médicale. Il s'agit d'une réforme importante. L'ordonnance du 13 janvier 2010 était attendue de longue date par la profession. Elle lui donne le cadre juridique correspondant à sa constitution en une spécialité à part entière, qui doit être traitée et respectée comme telle, à l'égal de toutes les autres.

Si nous soutenons donc les grandes lignes de l'ordonnance, en revanche nous nous interrogeons sur la remise en cause des dérogations pour le recrutement en laboratoires de CHU de non-titulaires du diplôme de biologie médicale. Cela ne me semble pas aller de soi.

Je dirai un mot, maintenant, sur la responsabilité civile des médecins. Nous ne pouvons que nous féliciter que l'article 24, qui reprend la proposition de loi Lefrand, mette en place un dispositif de mutualisation assurantiel des risques encourus par les professionnels de santé libéraux au titre de leur responsabilité civile et tende à faciliter l'indemnisation des victimes de préjudices corporels. Compte tenu des risques inhérents à la profession et de sa judiciarisation croissante, la question de la responsabilité civile des médecins est aujourd'hui devenue pour eux centrale.

La judiciarisation croissante de l'exercice libéral menace le maintien même de cette forme d'exercice. Autrement dit, la pression et les risques sont tels aujourd'hui que de moins en moins de praticiens se disent prêts à continuer de les assumer. Une réponse législative à cette situation était attendue depuis des années. Elle est portée par le présent texte. Cependant, pour que cette réponse couvre effectivement l'ensemble des professionnels libéraux, encore fallait-il que le dispositif de mutualisation soit à adhésion obligatoire, ce qu'a imposé la commission des affaires sociales dont l'apport a été, une fois de plus, décisif.

Je conclurai par les questions soulevées par les articles 22 et 22 *bis* du texte sur le conventionnement complémentaire. Une fois encore, je soutiendrai les positions de notre rapporteur.

La modulation des prestations des mutuelles en faveur des adhérents ayant recours à un professionnel de santé membre d'un réseau de soins ne me paraît pas être une solution. J'ai d'ailleurs cosigné l'un des amendements de suppression de l'article 22 adoptés en commission. Aujourd'hui, nombre de professionnels nouvellement installés se voient refuser l'adhésion au réseau mutuel qu'ils sollicitent.

En réalité, libéraliser ce domaine revient à transférer indirectement aux complémentaires, dont ce n'est absolument pas la vocation, un pouvoir de remodelage, en fonction de leurs intérêts particuliers, de l'offre de soins.

La Mutualité française argue qu'elle est en position défavorable à l'égard de l'assurance et de la prévoyance qui, elles, peuvent moduler leurs prestations. Cependant, le problème

n'est-il pas justement que ces complémentaires puissent procéder de la sorte ? Je gage que nous reviendrons amplement sur ce sujet au cours de la discussion.

Il ne me reste plus qu'à féliciter la commission des affaires sociales de l'excellence de son travail, sa présidente, Muguette Dini, et son rapporteur, Alain Milon. (*Applaudissements sur certaines travées de l'UMP. – M. Daniel Marsin applaudit également.*)

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Fourcade.

M. Jean-Pierre Fourcade. Monsieur le président, monsieur le ministre, madame la présidente de la commission, monsieur le rapporteur, mes chers collègues, je dirai deux mots pour expliquer ma perplexité et dissiper un malentendu.

Tout d'abord, je suis quelque peu perplexe.

La proposition de loi dont je suis l'auteur avait trois objectifs précis.

Premièrement, elle prévoyait la mise en place de nouvelles structures rassemblant des professionnels de santé, médecins et auxiliaires médicaux, dans des lieux bien choisis, afin de lutter contre la désertification et développer une organisation collective de soins ambulatoires.

Deuxièmement, elle tendait à adoucir certains aspects beaucoup trop coercitifs qui bloquaient le démarrage des unions régionales des professionnels de santé et qui interdisaient la mise en place d'un parcours normal des patients entre l'hôpital et le reste des organismes de soins.

Enfin, elle visait à simplifier les formalités administratives imposées aux organismes médico-sociaux en renforçant le contrôle des agences régionales de santé sur l'ensemble de ces sujets.

Globalement, hormis quelques petites difficultés sur les articles 1^{er}, 2 et 4 – Le Parlement a l'habitude de « pinailler » sur certains sujets –, le texte issu des travaux de l'Assemblée nationale et de la commission des affaires sociales du Sénat atteint l'essentiel de ces trois objectifs.

Le problème, c'est le reste ! Ma perplexité vient du fait que cette proposition de loi s'est transformée, comme ma collègue l'a très justement souligné, en un système de diverses mesures intéressant la santé publique, les professions médicales, etc.

M. Guy Fischer. En un texte fourre-tout !

M. Jean-Pierre Fourcade. Par conséquent, je suivrai le rapporteur de la commission des affaires sociales du Sénat, mon excellent collègue M. Milon, lorsqu'il proposera la suppression d'un certain nombre de dispositifs tout à fait inadaptés et qui poseront des problèmes de fond. J'approuverai, bien évidemment, l'ajout de dispositions sur la responsabilité médicale, car il s'agit d'un sujet important. Pour le reste, nous verrons !

Par ailleurs, qu'il me soit permis de dissiper un malentendu.

Le rapport que j'ai été chargé de remettre au Parlement ces jours-ci et qui sera rendu public la semaine prochaine – les présidents des deux assemblées et les présidents des commissions des affaires sociales en ont reçu un exemplaire – traite du fond, c'est-à-dire du fonctionnement de la gouvernance des établissements hospitaliers, de la coopération entre les établissements publics eux-mêmes et entre le secteur privé et le secteur public, du fonctionnement des ARS, de leurs pouvoirs et de leurs possibilités par rapport à l'organisation de

l'offre de soins, enfin, de la formation de l'ensemble des acteurs qui interviennent pour délivrer des soins à nos concitoyens.

Tel est le fond du rapport que je viendrai présenter devant la commission des affaires sociales au début du mois de juillet.

Il s'est ainsi créé une certaine confusion entre la proposition de loi, dont nous avons parlé, et le rapport qui devait être remis au Parlement dans un délai de deux ans après la publication de la loi du 21 juillet 2009. En le présentant devant la commission des affaires sociales le 7 juillet prochain, c'est-à-dire avant l'interruption de nos travaux, je gagnerai quinze jours sur le délai imparti.

Monsieur le ministre, de nombreuses difficultés restent en suspens. Le fait de tourner autour des problèmes de biologie, de mutuelles et de réseaux de soins, d'essayer de raccrocher à ce texte une série de propositions de loi ayant été plus ou moins discutées ou abordées prouve, c'est sur ce point que je voudrais terminer mon intervention, tout l'intérêt que le Parlement porte à l'offre de soins et à l'organisation des établissements médicaux.

Un certain nombre de nos collègues ne parlent, ici, que des dépassements d'honoraires. Qu'il me soit permis de rappeler aux défenseurs du secteur public que les dépassements de soins dans les services privés des hôpitaux publics sont beaucoup plus importants que ceux des médecins libéraux et des médecins de ville!

M. Jacky Le Menn. Nous le déplorons également!

M. Jean-Pierre Fourcade. Nous devons avoir une vue globale et nous déterminer sur l'ensemble.

Il est vrai que les dépassements de tarifs sont difficilement supportables, mais pour siéger, mon cher collègue, au conseil de surveillance du Fonds CMU et de la CMU-C, je puis vous assurer que nous avons mis en place des dispositifs permettant de pallier un certain nombre de ces difficultés.

Je le répète, nous devons avoir une vue globale de l'offre de soins et de la répartition de l'ensemble des professionnels, quels qu'ils soient, sur le territoire, avant de porter des jugements.

J'émetts le souhait, monsieur le ministre, madame la présidente de la commission, monsieur le rapporteur, mes chers collègues, que la proposition de loi soit utile, qu'elle soit votée dans de bonnes conditions et qu'elle apporte quelques satisfactions aux patients. Ils sont au cœur de notre débat et c'est pour eux que nous travaillons! (*Vifs applaudissements sur les travées de l'UMP. – M. Daniel Marsin applaudit également.*)

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny.

M. Yves Daudigny. Monsieur le président, monsieur le ministre, madame la présidente de la commission, monsieur le rapporteur, mes chers collègues, pour quelles raisons était-il si urgent de nous réunir, à zéro heure, un vendredi matin qui plus est, un 1^{er} juillet en début de session extraordinaire pour examiner une proposition de loi de plus de quatre-vingts articles, dont certains approchent la centaine d'alinéas?

La représentation nationale serait-elle enfin saisie de ce fameux programme de santé publique attendu depuis deux ans et qui fait toujours défaut?

Face à la désertification médicale grandissante et à l'augmentation constante des renoncements aux soins, que le ministre de la santé semblait jusqu'ici méconnaître, serions-nous à tout le moins enfin saisis, pour l'être si précé-

pitamment et si tardivement, de mesures énergiques de maîtrise des dépassements d'honoraires? S'agit-il de dispositions volontaires en faveur de l'application de tarifs opposables en contrepartie des aides publiques, de la création courageuse d'une carte médicale?

Non, rien de tel dans cette proposition, parce qu'il vous a semblé plus pressé de plier aux injonctions du corps médical que d'affronter ces urgences, pourtant bien réelles, celles-là!

Le texte d'origine ne comporte, en effet, que quelques articles dont les deux principaux suppriment purement et simplement les deux seules dispositions – le refus du contrat santé solidarité et l'obligation de déclarer ses absences – de la loi HPST qui risquaient très éventuellement de contraindre un tant soit peu, même si c'était dans l'intérêt général, les médecins d'exercice libéral.

Je dis bien un tant soit peu, car d'évidence l'alinéa 4 de l'article L. 1434-8 du code de la santé publique est de toute manière inapplicable, sauf à ignorer que la liberté contractuelle interdit, par définition, que le refus de consentir puisse être sanctionné. Au surplus, le texte laisse le directeur de l'ARS juge de l'opportunité: il peut donc le proposer, mais il peut aussi ne pas le faire. Quant à l'obligation de déclaration d'absence, elle n'interdit évidemment aucun départ et semble d'ailleurs souvent spontanément pratiquée.

Ce n'est donc qu'une apparence de fermeté qui était affichée et elle n'aura pas résisté longtemps. En portant gracieusement ces mesures de suppression, notre collègue Jean-Pierre Fourcade réalise, en effet, l'engagement pris par la ministre de la santé d'alors, dès la loi du 21 juillet 2009 adoptée, de ne pas appliquer ces dispositions.

Outre que chacun apprécie, évidemment, à sa juste valeur la haute estime dans laquelle est ainsi tenu le vote du Parlement, comment comprendre autrement que ce texte, en apparence fort modeste, soit pourtant jugé si important par le ministre au point qu'il lui paraisse indispensable pour « que nous puissions mettre en œuvre la réforme de notre système de santé »?

Toute la réforme HPST, que vous n'hésitez pas à qualifier d'historique – 150 articles et plus de 200 textes réglementaires d'application, dont un grand nombre ne sont d'ailleurs pas encore pris deux ans après – dépendrait entièrement de la suppression des deux fausses contraintes que sont les contrats santé solidarité et l'obligation de déclaration d'absence?

Il me semble, en réalité, monsieur le ministre, que votre zèle n'est plus d'actualité. Vous ne semblez pas avoir pris la mesure des changements qui se sont opérés au sein des professions médicales, de même que vous ne semblez pas avoir pris la mesure des champs possibles de réforme qu'un projet d'ensemble offrirait au lieu du pointillisme politique que vous pratiquez inutilement.

Il est absolument nécessaire de jouer sur tous les paramètres disponibles. Le desserrement du *numerus clausus* et la réforme universitaire constituent un versant. Un autre versant est celui des structures et des modes d'exercice, qui souffrent de l'absence de préparation et de vision d'ensemble: est-il besoin de rappeler qu'il n'a pas fallu moins de douze amendements du rapporteur pour rendre la SISA un peu plus présentable? Ce n'est qu'un exemple.

Reste un troisième versant au pied duquel vous demeurez figés dans vos *a priori* quelque peu datés, permettez-moi de le dire; je veux parler du versant de la régulation des installations, pourtant tout aussi légitime pour les médecins, parce

qu'elle répond à une nécessité de santé publique et d'intérêt général, que celles décidées pour les enseignants, les militaires, les infirmiers libéraux, et que celles appliquées par d'autres pays qui n'ont rien d'autoritaire!

Au nom de ce même *a priori* libéral, les agences régionales de santé, dont le périmètre de compétence large a été tant vanté pour assurer la cohérence des politiques de santé, restent dénuées de tout pouvoir d'intervention sur le secteur ambulatoire. De même, le schéma régional d'organisation des soins ne sera pas opposable au secteur libéral.

Est-il possible de vous convaincre un peu d'évoluer? Comment, au ministère de la santé, ne pas être particulièrement sensible à la situation sanitaire de la Picardie et plus encore de l'Aisne, qui connaissent une offre libérale nettement en dessous de la moyenne nationale? Vous n'ignorez pas, je l'espère, qu'une étude de l'INSEE estime proche de zéro l'efficacité des mesures incitatives. La dernière enquête annuelle sur la permanence des soins du Conseil national de l'Ordre des médecins montre que les agences régionales de santé ne se sont pas encore saisies, deux ans après, de la question alors que de réels problèmes de santé se posent avec la diminution du nombre de secteurs de garde, le vieillissement des médecins et une nette érosion du volontariat!

Vous connaissez également la réalité de l'augmentation des renoncements aux soins – je transmettrai les rapports si besoin –, qui entraîne à terme des surcoûts considérables pour la prise en charge de pathologies aggravées.

M. Guy Fischer. C'est vrai!

M. Yves Daudigny. Où se dissimule le projet de santé publique dans ce raisonnement?

Lorsqu'il est refusé obstinément d'appliquer une disposition, pourtant déjà votée, qui prévoit la communication au patient du prix d'achat – et non de vente – des prothèses dentaires, où est l'intérêt général? Ce n'est encore qu'un exemple parmi d'autres.

Une politique de santé publique est une politique qui parvient à réduire les inégalités face à la santé. De ce point de vue, ce gouvernement signe un inquiétant échec.

À l'issue d'une première lecture, le texte qui nous est soumis ce soir, dans les conditions peu honorables que j'ai dites pour la Haute Assemblée, est plus proche de l'immémorable fourre-tout que du projet réfléchi et cohérent qu'appelle pourtant la situation de l'offre et de l'accès aux soins.

Il comporte bien sûr plusieurs dispositions introduites par voie d'amendement qui trouvent notre accord, car nous sommes nombreux à tenter constamment d'améliorer les dysfonctionnements ou combler les manques que nous constatons au quotidien dans nos départements.

M. Xavier Bertrand, *ministre du travail, de l'emploi et de la santé.* Avec quels résultats?

M. Yves Daudigny. En ce sens, je soumettrai à votre avis plusieurs amendements relatifs au secteur médico-social, également destinés à tenter de faire toujours mieux. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Lorrain.

M. Jean-Louis Lorrain. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, nous examinons en deuxième lecture la proposition de loi de notre collègue Jean-Pierre Fourcade, qui a été substantiellement modifiée par l'Assemblée nationale.

Je tiens tout d'abord à féliciter notre collègue pour son initiative. En présentant ce texte, il a eu à cœur de rendre plus opérationnelle la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » de 2009, au moyen notamment de mesures renforçant la médecine de proximité et la place accordée au secteur médico-social.

La loi HPST a défini un objectif fondamental pour notre système de santé: améliorer la coordination du parcours de soins tout en équilibrant son financement. Comme nous le savons, coordonner le parcours de soins signifie mettre en place des dispositions afin de lutter contre l'accès inégalitaire aux soins en zone rurale et dans certaines banlieues.

Je rappelle qu'à ce titre la loi HPST s'articule autour de trois grandes mesures: la réforme de la gouvernance de l'hôpital avec la création de communautés hospitalières de territoire; la création des agences régionales de santé, qui ont fêté leur première année de fonctionnement le 1^{er} avril dernier; l'amélioration de l'offre de soins par une refondation de son aménagement et des modalités d'accès aux soins.

S'agissant des modifications apportées par la proposition de loi, d'après une étude Ipsos de septembre 2010, 88 % des Français sont satisfaits de leur système de santé, mais 60 % d'entre eux sont inquiets pour son avenir. Nous devons tenir compte de ce contexte pour faire évoluer la loi HPST.

Ainsi, le texte qui nous est soumis a un objectif précis: rendre notre système de santé plus opérationnel. La loi d'origine a ouvert la possibilité de groupements de praticiens par la création des maisons de santé. Or un vide juridique sur les statuts a empêché la bonne mise en œuvre de ces maisons de santé.

En première lecture, notre assemblée a apporté un cadre légal par la création des « sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires », qui a permis de résoudre l'inadéquation de la superposition des statuts juridiques et les risques fiscaux et financiers qu'entraîne un groupement de médecins.

Nous avons également précisé le périmètre d'activité, le mode de fonctionnement, le champ d'action, les modalités de partage des dossiers des patients communs et l'élaboration d'un projet de santé pour la maison de santé dans un territoire.

S'agissant de la médecine libérale, à l'heure où celle-ci rencontre une grave crise de vocation, il était illusoire de prendre des mesures coercitives. Nous ne pouvons pas légiférer contre les professionnels de santé ou sans leur participation. Et sachez que, bien qu'étant moi-même médecin, je n'ai jamais développé, ici ou ailleurs, de propos corporatistes.

Les jeunes médecins veulent concilier leur vie familiale et leur vie professionnelle et cela nécessite, d'une part, une charge de travail moins importante que celle de leurs aînés et, d'autre part, un attrait et un aménagement du territoire pour ces jeunes médecins et leurs familles. À ce titre, les maisons de santé organisées dans la pluridisciplinarité médicale forment une réponse appropriée aux zones sous-médicalisées.

Toutefois, il convient de réguler la démographie médicale. Le contrat santé-solidarité aménagé et fondé sur le volontariat et l'engagement des médecins est un dispositif intéressant. En outre, la mise en place de bourses pour les étudiants en médecine prêts à s'installer dans ces zones et la régionalisation des internats de médecine constituent de nouvelles incitations à l'installation.

Les ajouts introduits par nos collègues de l'Assemblée nationale s'inscrivent dans l'esprit du texte adopté par notre assemblée en première lecture, notamment pour ce qui concerne la responsabilité des professions médicales.

En effet, la recherche d'un parcours de soins plus efficace et plus cohérent passe aussi par la responsabilisation des professionnels du secteur. Afin de garantir une plus grande densité médicale dans les territoires, nous devons ouvrir la voie à l'élargissement des champs de compétence des personnels médicaux. La reconnaissance des responsabilités de certains métiers comme les auxiliaires dentaires en tant que professionnels de santé est un progrès concret.

En outre, une période dite de « séniorisation » doit être validée par les internes en médecine avant la fin de leurs études. Cette étape est importante : d'une part, les internes pourront prendre de l'autonomie dans leurs actes ; d'autre part, les médecins titulaires seront plus facilement remplacés, y compris au sein des maisons de santé.

Je tiens également à souligner les avancées concernant la responsabilité civile médicale, les médecins faisant face à des « trous de garantie » connus depuis longtemps. Rappelons que leur assurance de responsabilité civile médicale est incomplète ; en cas de sinistre, ils doivent indemniser eux-mêmes leurs patients au-delà du plafond de 3 millions d'euros, et, une fois qu'ils sont décédés, leurs enfants doivent continuer de payer pour indemniser les patients.

Désormais, le risque médical encouru par les médecins est couvert pour les sinistres dépassant les 8 millions d'euros par le biais d'une surprime de 10 à 25 euros par an. Sous ce plafond, les professionnels restent couverts par leur assureur.

Enfin, pour compléter la réflexion qui va être menée au Sénat, nous attendons le rapport de notre collègue Jean-Pierre Fourcade sur le suivi de la loi HPST, qui proposera de nouvelles pistes de réflexion et orientera nos futurs travaux.

Mes chers collègues, nous allons légiférer en vue d'actualiser le double défi, financier et démographique, auquel est confronté notre système de santé. L'accès aux soins dans les zones de déserts médicaux doit rester l'enjeu essentiel. Plus généralement, nous devons continuer d'agir pour l'avenir de notre système de santé qui, rappelons-le, est reconnu comme l'un des plus performants au monde. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP. – M. Daniel Marsin applaudit également.*)

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Xavier Bertrand, ministre du travail, de l'emploi et de la santé. Monsieur le président, des questions importantes ont été soulevées par les orateurs, auxquels je vais maintenant répondre, ce qui nous permettra ensuite d'avancer plus facilement dans l'examen des amendements.

MM. Le Menn et Daudigny ont évoqué la question des déserts médicaux. C'est la vocation de l'État, avec les collectivités locales, d'apporter des réponses, même si je n'oublie pas quelle est la fonction de l'État en la matière.

Sur les dépassements d'honoraires, beaucoup de choses ont été dites. Il y aurait certainement moins de dépassements d'honoraires si, pendant nombre d'années, on avait fait ce qu'il fallait pour favoriser une juste revalorisation des honoraires.

Le sujet qui me préoccupe aujourd'hui est celui du secteur optionnel. La Mutualité m'a fait savoir qu'elle était ouverte sur cette question, et je souhaite donc qu'il y ait concrétisation.

Sur l'article 22, dont j'ai parlé tout à l'heure, j'ai pris bonne note de la position de M. le rapporteur qui pouvait être interprétée comme une ouverture. J'attends de connaître la position qu'il adoptera sur l'amendement de Colette Giudicelli.

Sur la biologie, je vous l'ai dit, beaucoup d'inquiétudes, notamment de la part des étudiants, se sont exprimées. La façon dont nous aborderons les débats permettra d'apporter une réponse définitive, claire et rassurante.

Daniel Marsin a évoqué des dispositions plus directement liées à la loi HPST. Monsieur le sénateur, vous avez parlé aussi de l'accès aux soins de premier recours, qui n'est pas menacé, je tiens à le dire. Nombre de mesures, qui reposent sur une logique incitative que j'assume entièrement, permettent d'y répondre : les maisons de santé pluridisciplinaires, les contrats d'engagements, les filières de médecine générale.

Par ailleurs, je vous confirme, monsieur le sénateur, que je me rendrai bientôt aux Antilles. La seule raison qui pourrait m'amener à décaler ce déplacement serait un éventuel épisode caniculaire en juillet. En tout état de cause, j'irai, avant la fin de cet été, en Guadeloupe, en Martinique et en Guyane. Le plan Santé outre-mer n'est pas un plan sur le papier ; il a vocation à apporter de véritables garanties outre-mer.

Monsieur Fischer, cette proposition de loi répond aux aspirations des citoyens et non à une demande gouvernementale. Elle a pour objet non pas de faire plaisir au Gouvernement, mais bien de satisfaire les attentes des professionnels de santé, et donc des patients.

Sur la question du respect des mesures incitatives, je pense, comme Jean-Pierre Fourcade, qu'il faut aussi faire confiance aux professionnels de santé. Que n'entend-on pas sur les professionnels de santé ? Qu'il y a beaucoup d'études, qu'ils sont pris en charge... Tous les jours, les médecins en soignant les patients font leur devoir, ...

M. Guy Fischer. Nous n'avons jamais dit le contraire !

M. Xavier Bertrand, ministre. ... je tiens à le souligner, car j'entends bien souvent des propos sur les professionnels de santé qui me choquent.

J'en viens à la question de la biologie médicale.

Je précise qu'il n'est pas question de faire disparaître les petits laboratoires, mais bel et bien d'organiser la biologie médicale sur le territoire et d'assurer la qualité des prestations, ces deux objectifs étant tout à fait compatibles.

M. Guy Fischer. On en reparlera !

M. Xavier Bertrand, ministre. Madame Catherine Morin-Desailly, je vous indique qu'un accord concernant la biologie médicale semble se dégager. Il y a la question des professeurs des universités-praticiens hospitaliers, les PU-PH, j'en suis bien conscient. Sur l'article 24, comme vous l'avez souligné, l'avancée que nous avons obtenue sur les responsabilités civiles des professionnels de santé, les RCP, est très positive, car elle donnera des garanties aux professionnels et donc aux patients.

Monsieur Jean-Pierre Fourcade, il était nécessaire que de nouvelles dispositions complètent la loi HPST et en améliorent l'équilibre. Le rapport que vous avez établi – je le dis aussi pour les personnels hospitaliers – apportera également un complément utile à la loi. Le recul dont vous avez su faire preuve, le regard pratique que vous avez porté sur la loi nous aident à définir les mesures qui s'imposent pour la consolider.

La pertinence de ce regard, à la fois sur le secteur libéral et sur l'hôpital, nous donne une vision globale de notre système de santé et des améliorations qui doivent y être apportées.

Monsieur Jean-Louis Lorrain, la proposition de loi comble un vide juridique en dotant les maisons de santé de la personnalité morale, sans pour autant rigidifier ou modifier la nature libérale de la pratique. Je suis d'accord avec vous, il faut éviter toute mesure coercitive si nous voulons maintenir la confiance des médecins dans le système de santé.

Nous sommes confrontés à un vrai défi démocratique.

Monsieur Daudigny, si vous aviez pu prolonger votre propos, vous auriez certainement souligné que le rapport du Conseil de l'Ordre montre que, pour la première fois, davantage de médecins s'installent en milieu rural. Quel dommage que vous n'ayez pas eu le temps de le dire ! Il ne sert à rien de vouloir faire peur à nos concitoyens. Que l'on soit de droite ou de gauche, en tant qu'élu on se doit de dire les choses telles qu'elles sont. La Picardie est la région de France qui compte le moins de médecins généralistes, parce qu'elle souffre d'être située entre le Nord-Pas-de-Calais et l'Île-de-France.

Depuis 2005, à chaque fois que j'ai exercé les fonctions de ministre de la santé, j'ai remonté le *numerus clausus* ; je l'assume et je continuerai à le faire. En effet, le malthusianisme pratiqué par la droite comme par la gauche a eu des effets désastreux pour le système de santé. À une époque, on a pensé qu'en réduisant le nombre des médecins on diminuerait les actes et donc les dépenses. Eh bien, le problème, aujourd'hui, c'est que les médecins, bien souvent, sont surchargés de travail et mal répartis sur le territoire.

La seule différence entre vous et moi, si je m'en tiens au programme du parti socialiste, c'est que votre ordonnance serait ruineuse pour le système de santé !

Je crois à l'incitation, car le système libéral repose sur certains piliers. Cassez l'un des piliers, vous déséquilibrez le système de santé et vous mettez en faillite le système de santé des Français ! Voilà ce que je ne veux pas faire. (*Vifs applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

M. le président. Personne ne demande plus la parole dans la discussion générale ?...

La discussion générale est close.

Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux ; ils seront repris à 9 heures 30, et se poursuivront à 14 heures 30, le soir et, éventuellement, la nuit pour la suite de la deuxième lecture de la proposition de loi modifiant certaines dispositions de la loi portant réforme de l'hôpital.

La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à zéro heure trente, est reprise à neuf heures trente, sous la présidence de Mme Catherine Tasca.*)

PRÉSIDENCE DE MME CATHERINE TASCA
vice-présidente

Mme la présidente. La séance est reprise.

3

PROCÈS-VERBAL

Mme la présidente. Le compte rendu analytique de la précédente séance a été distribué.

Il n'y a pas d'observation ?...

Le procès-verbal est adopté sous les réserves d'usage.

4

RÉFORME DE L'HÔPITAL

SUITE DE LA DISCUSSION EN DEUXIÈME LECTURE D'UNE PROPOSITION DE LOI DANS LE TEXTE DE LA COMMISSION

Mme la présidente. Nous reprenons la discussion en deuxième lecture de la proposition de loi, modifiée par l'Assemblée nationale, modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (proposition n° 543, texte de la commission n° 668, rapport n° 667).

Nous en sommes parvenus à la discussion des articles.

Je rappelle que, aux termes de la nouvelle rédaction de l'article 48, alinéa 5, du règlement, à partir de la deuxième lecture au Sénat des projets et propositions de loi, la discussion des articles est limitée à ceux pour lesquels les deux assemblées du Parlement n'ont pas encore adopté un texte identique.

En conséquence, sont irrecevables les amendements remettant en cause les « conformes » ou les articles additionnels qui sont sans relation directe avec les dispositions restant en discussion.

Article 1^{er}

- ① Le livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par un titre IV ainsi rédigé :
- ② « TITRE IV
- ③ « LES SOCIÉTÉS INTERPROFESSIONNELLES DE SOINS AMBULATOIRES
- ④ « Chapitre I^{er}
- ⑤ « Constitution de la société
- ⑥ « Art. L. 4041-1. – Des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires peuvent être constituées entre des personnes physiques exerçant une profession médicale, d'auxiliaire médical ou de pharmacien.
- ⑦ « Les professionnels médicaux, auxiliaires médicaux et pharmaciens associés d'une société civile professionnelle ou d'une société d'exercice libéral peuvent également être associés d'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires, nonobstant toute disposition législative ou réglementaire contraire.
- ⑧ « Les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires sont des sociétés civiles régies par les chapitres I^{er} et II du titre IX du livre III du code civil et par le présent titre.

- ⑨ « Art. L. 4041-2. – La société interprofessionnelle de soins ambulatoires a pour objet :
- ⑩ « 1° La mise en commun de moyens pour faciliter l'exercice de l'activité professionnelle de chacun de ses associés ;
- ⑪ « 2° L'exercice en commun, par ses associés, d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre les professionnels de santé.
- ⑫ « Les activités mentionnées au 2° sont précisées par décret en Conseil d'État.
- ⑬ « Art. L. 4041-3. – Peuvent seules être associés d'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires des personnes remplissant toutes les conditions exigées par les lois et règlements en vigueur pour exercer une profession médicale, d'auxiliaire médical ou de pharmacien et qui sont inscrites, le cas échéant, au tableau de l'ordre dont elles relèvent.
- ⑭ « Les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires ne sont pas soumises aux formalités préalables exigées des personnes candidates à l'exercice individuel des professions médicales, d'auxiliaire médical ou de pharmacien.
- ⑮ « Art. L. 4041-4 à L. 4041-6. – (*Non modifiés*)
- ⑯ « Art. L. 4041-7. – (*Non modifié*) Les statuts de la société interprofessionnelle de soins ambulatoires ainsi que les avenants à ces statuts sont transmis, un mois au moins avant leur enregistrement, aux ordres professionnels aux tableaux desquels sont inscrits les associés ainsi qu'à l'agence régionale de santé.
- ⑰ « *Chapitre II*
- ⑱ « **Fonctionnement de la société**
- ⑲ « Art. L. 4042-1. – (*Non modifié*)
- ⑳ « Art. L. 4042-2. – Chaque associé répond sur l'ensemble de son patrimoine des actes professionnels qu'il accomplit dans le cadre des activités prévues par les statuts de la société.
- ㉑ « La société est solidairement responsable avec lui des conséquences dommageables de ces actes.
- ㉒ « La société et les associés contractent une assurance de responsabilité civile professionnelle.
- ㉓ « Art. L. 4042-3. – (*Non modifié*)
- ㉔ « *Chapitre III*
- ㉕ « **Dispositions diverses**
- ㉖ « Art. L. 4043-1. – Les activités exercées en commun conformément aux statuts de la société ne sont pas soumises à l'interdiction de partage d'honoraires au sens du présent code.
- ㉗ « Art. L. 4043-2. – Sauf dispositions contraires des statuts, la société interprofessionnelle de soins ambulatoires n'est pas dissoute par le décès, l'incapacité ou le retrait de la société d'un associé pour toute autre cause. Elle n'est pas non plus dissoute lorsqu'un des associés est frappé de l'interdiction définitive d'exercer sa profession.
- ㉘ « L'associé frappé d'une interdiction définitive d'exercer la profession perd, au jour de cette interdiction, la qualité d'associé. Ses parts dans le capital sont alors rachetées dans un délai de six mois par un associé ou, à défaut, par la société selon les modalités prévues par les statuts. »

Mme la présidente. L'amendement n° 24 rectifié, présenté par MM. Barbier, Milhau et Vall, Mme Laborde, M. Marsin, Mme Escoffier et M. Mézard, est ainsi libellé :

Alinéa 6

Après les mots :

personnes physiques

insérer les mots :

et des personnes morales

La parole est à M. Daniel Marsin.

M. Daniel Marsin. L'article 1^{er} de la proposition de loi tend à créer une nouvelle forme de société, la société interprofessionnelle de soins ambulatoires, ou SISA, permettant l'exercice en commun de certaines activités par des professionnels de santé relevant de professions différentes.

L'intérêt est de résoudre le problème du versement et de la répartition des rémunérations perçues dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération.

Cet article présente, dans sa rédaction actuelle, de nombreuses incertitudes qui font douter de son interprétation. Les trois amendements que nous présentons – les amendements n°s 24 rectifié, 25 rectifié et 26 rectifié – visent à les lever.

L'amendement n° 24 rectifié tend à inclure les personnes morales dans ces structures. Alors que l'auteur de la proposition de loi l'avait prévu, la commission a souhaité les réserver aux seules personnes physiques. Quelle est la justification de l'une ou de l'autre de ces positions ?

L'absence de mention des personnes morales posera problème, en particulier pour les milliers de médecins ayant fait le choix d'exercer en société civile professionnelle, ou SCP, ou en société d'exercice libéral, ou SEL, en particulier en SEL à associé unique.

Certes, ces médecins pourront également être associés d'une SISA mais seulement à titre individuel, ce qui laisse supposer pour eux une complexité administrative, comptable et fiscale.

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

M. Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales. L'Assemblée nationale a, comme le Sénat, écarté la possibilité que des personnes morales puissent être associées d'une SISA, ce qui pourrait créer des situations d'une certaine complexité.

Toutefois, elle a admis que des associés d'une SCP ou d'une SEL puissent être individuellement associés d'une SISA. Cela posera aussi des problèmes pratiques, comme le souligne le rapport écrit de la commission.

En particulier, la complexité sera la même, qu'une SEL unipersonnelle puisse être l'associée d'une SISA, ou que ce soit son associée unique.

Il ne semble donc pas possible de prévoir de réintroduire, à ce stade, les personnes morales, et il est tout à fait impossible que la SISA puisse être constituée à la fois par des personnes physiques, des associés d'autres sociétés et des sociétés.

La commission demande donc le retrait de l'amendement. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

Mme Nora Berra, *secrétaire d'État auprès du ministre du travail, de l'emploi et de la santé, chargée de la santé*. Pour les raisons évoquées par M. le rapporteur, le Gouvernement émet un avis défavorable.

Mme la présidente. Monsieur Marsin, l'amendement n° 24 rectifié est-il maintenu ?

M. Daniel Marsin. Je le retire, madame la présidente, et j'indique d'ores et déjà que je retire également les amendements n°s 25 rectifié et 26 rectifié.

Mme la présidente. L'amendement n° 24 rectifié est retiré.

L'amendement n° 37, présenté par MM. Le Menn, Daudigny et Godefroy, Mmes Le Texier, Jarraud-Vergnolle et Demontès, MM. Cazeau, Desessard et Michel, Mmes Ghali, Alquier et Campion, MM. Gillot, Jeannerot, Kerdraon et S. Larcher, Mmes Printz, San Vicente-Baudrin et Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

I. - Alinéa 11

Après les mots :

d'activités

insérer les mots :

de prévention,

II. – Alinéa 12

Supprimer cet alinéa.

La parole est à M. Jacky Le Menn.

M. Jacky Le Menn. L'article 1^{er} de cette proposition de loi pose les modalités de création des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires. Les SISA ont pour objet la mise en commun de moyens entre différents professionnels de santé dans le but de faciliter l'exercice de leur activité médicale.

L'alinéa 11 précise les types d'activités professionnelles pouvant être pratiqués par les associés au sein des SISA, tels que les activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique et de coopération entre les professionnels de santé. Ces activités relèvent des professions respectives de chacun des associés.

Cependant, nous souhaitons que soit incluse la prévention comme activité exercée par les SISA.

Quant à l'alinéa 12, il prévoit que ces activités, exercées en commun par les associés des SISA, sont précisées par décret en Conseil d'État. Or, en l'état, elles sont suffisamment définies ; il ne nous semble donc pas nécessaire de renvoyer à un décret en Conseil d'État et d'alourdir ainsi la procédure, d'où nos amendements.

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

M. Alain Milon, *rapporteur*. Le texte adopté par l'Assemblée nationale détaille – et c'est un progrès – les activités qu'exerceront en commun les associés d'une des SISA, en reprenant l'énoncé des « modules » retenus pour l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération, dont le troisième, me semble-t-il, n'est pas encore pratiqué.

C'est la raison pour laquelle la prévention n'est pas explicitement mentionnée, même si elle a naturellement vocation à faire partie, par exemple, de l'éducation thérapeutique.

Le décret pourra sans doute le préciser, et c'est pourquoi il paraît utile de le prévoir.

Les deux modifications proposées ne semblent pas améliorer le texte. La commission demande donc le retrait de l'amendement. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

Mme Nora Berra, *secrétaire d'État*. Le Gouvernement émet un avis défavorable. Les SISA, il est vrai, ont la possibilité de facturer la coordination, l'éducation thérapeutique et la coopération avec l'assurance maladie. Mais la prévention relève des objectifs de la coordination, et il n'est pas prévu de rémunération spécifique.

En outre, j'ajoute que la prévention est intégrée dans la pratique médicale et, à ce titre, elle relève du paiement des professionnels et non pas de la structure elle-même.

Mme la présidente. La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote.

M. Guy Fischer. Pour notre part, nous voterons l'amendement n° 37, défendu par Jacky Le Menn.

On nous dit toujours que la prévention est intégrée. Madame la secrétaire d'État, vous venez de faire référence à la pratique des professionnels en matière de prévention, et, de toute évidence, chacun peut en faire l'expérience avec son médecin traitant.

Mais l'instauration d'une véritable politique de prévention doit être une préoccupation majeure dans notre pays s'agissant par exemple des grands quartiers populaires comme les Minguettes, que vous connaissez bien, madame la secrétaire d'État.

Les moyens accordés à la prévention sont en effet très faibles. Dans ma commune, c'est la municipalité qui a mis en place une véritable médecine scolaire en vue de prendre en compte les différents problèmes dès la maternelle. Il y a donc aujourd'hui, me semble-t-il, de grands efforts à faire en termes de prévention.

Ce sont en effet non pas les catégories les plus favorisées, comme les nôtres, qui pâtissent du manque de prévention, mais, en général, nos concitoyens les plus pauvres, ceux qui appartiennent aux catégories les plus défavorisées.

On y a fait allusion hier s'agissant des amendements relatifs au tarif opposable ; pour les populations les plus défavorisées, l'accès aux spécialistes reste un véritable problème que nous devons traiter. En outre, il faut, me semble-t-il, améliorer cette relation pour permettre la véritable mise en place d'une politique de prévention.

Nous espérons pouvoir aborder ces problèmes à l'occasion de la discussion du projet de loi sur la santé publique. Mais, madame la secrétaire d'État, on ne peut se satisfaire de la situation actuelle.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 37.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 25 rectifié, présenté par M. Barbier, Mme Laborde, MM. Marsin, Mézard et Milhau, Mme Escoffier et M. Vall, est ainsi libellé :

Alinéa 14

Supprimer cet alinéa.

Cet amendement a été précédemment retiré par son auteur.

L'amendement n° 38, présenté par MM. Le Menn, Daudigny et Godefroy, Mmes Le Texier, Jarraud-Vergnolle et Demontès, MM. Cazeau, Desessard et Michel,

Mmes Ghali, Alquier et Campion, MM. Gillot, Jeannerot, Kerdraon et S. Larcher, Mmes Printz, San Vicente-Baudrin et Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Alinéa 15

À la seconde phrase de la rédaction proposée pour l'article L. 4041-5, supprimer les mots :

en Conseil d'État

La parole est à M. Jacky Le Menn.

M. Jacky Le Menn. Il est défendu.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 38.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 26 rectifié, présenté par MM. Barbier, Marsin, Mézard, Milhau et Vall et Mmes Laborde et Escoffier, est ainsi libellé :

Alinéa 26

Supprimer cet alinéa.

Cet amendement a été précédemment retiré par son auteur.

L'amendement n° 105, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 26

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les associés d'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires ne sont pas réputés pratiquer le compéage du seul fait de leur appartenance à la société et de l'exercice en commun d'activités conformément aux statuts.

La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Cet amendement vise à écarter le risque d'une assimilation entre un exercice coordonné et des pratiques contraires à la déontologie, relevant du compéage.

Les SISA doivent être attractives pour les professionnels de santé. Elles ne le seront pas si elles placent le professionnel sous la suspicion de compéage.

Cet amendement clarifie donc la situation en écartant la présomption systématique du compéage.

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

M. Alain Milon, rapporteur. En première lecture, la commission des affaires sociales puis le Sénat avaient supprimé cet article relatif au compéage.

En deuxième lecture, la commission l'a également supprimé, ce qui a conduit le Gouvernement à déposer un amendement visant à le rétablir. La commission a décidé hier soir de s'en remettre à la sagesse du Sénat.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 105.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Fourcade, pour explication de vote sur l'article.

M. Jean-Pierre Fourcade. Madame la présidente, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, je me félicite du débat sur cet article 1^{er} qui, contrairement à ce qui a été dit ce matin, est un élément fondamental de regroupement des profession-

nels de santé à la disposition d'un certain nombre de nos patients, que ces derniers soient démunis, pauvres ou riches. C'est un des moyens de lutte contre la désertification médicale, dont on a longuement parlé.

Par ailleurs, monsieur Fischer, j'ai constaté sur le terrain que la prévention se met en place au niveau des Unions régionales des professionnels de santé, les URPS. C'est en effet à ce niveau que peuvent être engagées des actions en profondeur relatives à la mise en œuvre de la prévention en liaison avec les hôpitaux publics et la médecine de ville.

M. Guy Fischer. Il y a encore beaucoup à faire !

M. Jean-Pierre Fourcade. L'article 1^{er} est essentiel, et ce n'est pas pour faire plaisir aux médecins que je l'ai introduit dans ma proposition de loi. Je souhaite qu'il soit approuvé de la manière la plus large possible.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 1^{er}, modifié.

(L'article 1^{er} est adopté.)

Article 2

① I. – L'article L. 6323-3 du même code est ainsi rédigé :

② « Art. L. 6323-3. – La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

③ « Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.

④ « Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. »

⑤ II. – *(Supprimé)*

⑥ III. – *(Suppression maintenue)*

⑦ IV. – *(Supprimé)*

Mme la présidente. L'amendement n° 87, présenté par M. Fischer, Mmes David et Pasquet, M. Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Après les mots :

auxiliaires médicaux

insérer les mots :

, médico-sociaux

La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. Les maisons de santé pourraient être, à notre avis, un mode d'exercice intéressant pour les professionnels de santé, notamment les jeunes, qui, à chaque fois qu'ils sont interrogés, font part de leur volonté de trouver un mode d'exercice susceptible de rompre l'isolement qui peut être le leur.

Nous l'avons dit lors de la discussion générale, si nous souhaitons que de telles maisons se développent, y compris avec des aides publiques, encore faut-il que cela ne se fasse pas sans contrepartie : il faut prévoir un « donnant-donnant ».

Ainsi – et c'est un point essentiel –, nous voulons que ces structures respectent les tarifs opposables. Il n'est en effet pas opportun de lutter contre les déserts médicaux si c'est pour accroître les inégalités sociales en termes de santé.

Par ailleurs, nous voulons que ces structures pratiquent le tiers payant, afin que l'avance de frais ne constitue pas un obstacle pour nos concitoyens les plus modestes.

Enfin, nous voulons que ces maisons soient véritablement pluridisciplinaires : elles doivent, certes, permettre à des professionnels différents d'exercer ensemble, mais elles doivent surtout servir pleinement aux personnes qui y sont soignées. C'est d'ailleurs tout l'enjeu du projet de santé, dont le projet professionnel est la traduction technique et organisationnelle en ce qu'il précise l'organisation professionnelle pluridisciplinaire pour atteindre les objectifs du projet de santé.

Ces structures ne pourront à notre avis être efficaces tant territorialement que médicalement que si elles apportent une plus-value en termes de qualité d'exercice et de vie des professionnels, ainsi, surtout, qu'en termes de qualité de prise en charge des patients.

Nous ne pouvons en effet nous satisfaire d'un simple exercice groupé, qui pourrait d'ailleurs prendre la forme d'une société d'exercice libéral. La pluridisciplinarité doit être une chance pour tous. Ces structures doivent être articulées avec les autres professionnels de santé, comme les radiologues ou les pharmaciens, tout comme avec les établissements de santé du secteur concerné.

Si ces maisons de santé, contrairement à d'autres structures, tels les centres de santé, ne peuvent pas assurer une prise en charge globale du patient, c'est cependant un objectif vers lequel on doit tendre. Je pense tout particulièrement ici au domaine social et médico-social, et c'est précisément l'objet de cet amendement.

Nous proposons que ces maisons de santé, si les membres en sont d'accord, puissent accueillir des personnels sociaux ou médico-sociaux. C'est d'ailleurs l'une des recommandations formulées conjointement par l'Union régionale des caisses d'assurance maladie de Franche-Comté et la Fédération des maisons de santé comtoise dans leur rapport intitulé « Recommandations : concevoir et faire vivre une maison de santé », qui prévoit de développer la complémentarité entre le sanitaire et le social au sein même des maisons de santé.

Permettez-moi, mes chers collègues, de vous donner lecture de cette recommandation : « L'ouverture des maisons de santé aux intervenants médico-sociaux est une manière de favoriser une offre plus adaptée et plus complète, mais aussi d'éviter les cloisonnements sanitaire/social. Dans cette perspective, des vacations d'assistantes sociales ou de services médico-sociaux sont à envisager. » Croyez-moi, dans les grands quartiers populaires, cela favoriserait pleinement l'accès aux soins des plus défavorisés notamment.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission estime qu'une maison de santé devrait essentiellement regrouper des médecins et des personnels médicaux et avoir pour objet de faciliter à la fois leur installation et l'exercice de leur profession.

Il ne lui a donc pas semblé opportun d'introduire un « flou » supplémentaire en prévoyant la participation éventuelle de personnels médico-sociaux.

M. Guy Fischer. Un flou ?

M. Alain Milon, rapporteur. Aussi la commission invite-t-elle notre collègue à bien vouloir retirer son amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

M. Guy Fischer. Il n'est pas question que je le retire !

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Monsieur Fischer, si je vous ai bien entendu, vous proposez que les professionnels médico-sociaux puissent intervenir et travailler en collaboration avec le personnel médical,...

M. Guy Fischer. Oui !

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. ... dans le cadre éventuellement de vacations. Mais ces professionnels peuvent être des salariés de la SISA, la société interprofessionnelle de soins ambulatoires ?...

M. Guy Fischer. Oui !

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Votre demande n'est donc pas en contradiction avec ce qui est proposé ; cette complémentarité est tout à fait possible. C'est pourquoi je considère votre amendement comme satisfait.

Pour les autres possibilités de collaboration, la SISA n'a pas la vocation d'associer des personnels médico-sociaux salariés d'autres structures.

Dans le cas où vous considèreriez que ma réponse ne répond pas à vos attentes, j'émettrais un avis défavorable.

Mme la présidente. La parole est à Mme Annie David, pour explication de vote.

Mme Annie David. Actuellement, le code de la santé publique prévoit que les maisons de santé peuvent associer des personnels médico-sociaux. Or nous regrettons vivement que cette possibilité soit supprimée dans la nouvelle rédaction. (*Mme la secrétaire d'État fait un signe de dénégation.*) La référence aux personnels médico-sociaux n'est plus citée dans l'article tel qu'il nous est ici proposé.

C'est la raison pour laquelle nous avons déposé cet amendement : nous ne le retirerons pas, car nous estimons, comme l'a souligné Guy Fischer, que la suppression de la référence aux personnels médico-sociaux constitue un recul pour le fonctionnement de ces maisons de santé.

M. Guy Fischer. Très bien !

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 87. (*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 114, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 5

Rétablir le II dans la rédaction suivante :

II. – Après le troisième alinéa de l'article L. 1110-4 du même code, sont insérés quatre alinéas ainsi rédigés :

« Les informations concernant une personne prise en charge par un professionnel de santé au sein d'une maison ou d'un centre de santé sont réputées confiées par la personne aux autres professionnels de santé de la structure qui la prennent en charge, sous réserve :

« 1° d'une part, du recueil de son consentement exprès, par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée. Ce consentement est valable tant qu'il n'a pas été retiré selon les mêmes formes ;

« 2° d'autre part, de l'adhésion des professionnels concernés au projet de santé mentionné aux articles L.6323-1 et L.6323-3.

« La personne, dûment informée, peut refuser que soient communiquées des informations la concernant à un ou plusieurs professionnels de santé. »

II. – Alinéa 7

Rétablir le IV dans la rédaction suivante :

IV. – Au premier alinéa de l'article L. 1511-5, au a du 2) de l'article L. 1521-1, au deuxième alinéa de l'article L. 1531-2 et au b du I de l'article L. 1541-2 du même code, le mot « quatrième » est remplacé par le mot « huitième ».

La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Cet amendement vise à rétablir la version adoptée en première lecture.

L'exercice coordonné au sein d'une maison de santé ne peut exister que si les professionnels peuvent partager des informations médicales de façon fluide ; à défaut, les notions d'« équipe de soins » et de « projet de santé » n'ont pas de sens, et les maisons de santé ne seront au mieux que des cabinets de groupes à peine améliorés.

Les dispositions de droit commun sont trop complexes à mettre en œuvre pour favoriser cette nécessaire fluidité. Le texte proposé est très respectueux des droits des malades et de la protection de leur vie privée. Le partage ne peut se faire qu'avec leur consentement ; ils peuvent le retirer à tout moment et ils peuvent demander que certaines informations ne soient pas communiquées à certains professionnels.

Pour être plus claire encore, je crois que les professionnels intervenant dans le cadre des maisons de santé doivent pouvoir accéder à toutes les informations relatives au patient : en cas d'absence de l'un d'entre eux, le professionnel de santé doit être en mesure de disposer de toutes les informations utiles à la prise de décision médicale.

Mme la présidente. L'amendement n° 27 rectifié, présenté par M. Barbier, Mmes Escoffier et Laborde et MM. Marsin, Mézard, Milhau, Tropeano et Vall, est ainsi libellé :

Alinéa 5

Rétablir le II dans la rédaction suivante :

II. - Le troisième alinéa de l'article L. 1110-4 du même code est ainsi rédigé :

« Toutefois, lorsque la personne est prise en charge par deux ou plusieurs professionnels de santé, elle est dûment avertie que les informations la concernant pourront être, sauf opposition de sa part, partagées entre ceux des professionnels de santé qui participent à sa prise en

charge, à la continuité et à la coordination des soins, dans la limite de ce qui est nécessaire à l'exercice de la mission de chacun. »

La parole est à M. Daniel Marsin.

M. Daniel Marsin. Le texte initial de la proposition de loi prévoyait des règles spécifiques aux maisons et centres de santé en matière de respect du secret médical et de partage des données. Supprimées par le Sénat, celles-ci ont été réintroduites par l'Assemblée nationale, qui pose notamment le principe d'un « consentement présumé sous conditions ».

La commission a estimé qu'il n'y avait aucune raison, ni juridique ni médicale, que les droits des patients relatifs à l'accès des professionnels de santé aux informations nominatives les concernant soient définis différemment selon le cadre d'exercice du professionnel de santé auquel il s'adresse.

Les centres et maisons de santé doivent veiller à respecter le principe du libre choix du patient, et le patient d'un professionnel de santé ne saurait être incité à s'adresser aux autres professionnels exerçant au sein de la même structure. Le partage d'informations non justifié par la continuité des soins ou la détermination de la meilleure prise en charge possible du malade ne présente aucun intérêt thérapeutique pour le patient et aucune garantie d'efficacité de l'intervention des professionnels de santé ni de qualité des soins dispensés.

Cela étant, le secret médical fait aujourd'hui l'objet de régimes différents. C'est pourquoi cet amendement prévoit de retenir la même règle pour toutes les situations, que le médecin exerce en cabinet de ville, en établissement de santé public ou privé, ou en maison ou centre de santé.

Ainsi, lorsque la personne est prise en charge par deux ou plusieurs professionnels de santé, elle est dûment avertie que les informations la concernant pourront être, sauf opposition de sa part, partagées entre les professionnels de santé qui participent à sa prise en charge, à la continuité et à la coordination des soins, dans la limite de ce qui est nécessaire à l'exercice de la mission de chacun.

L'informatique permet de structurer, dans le dossier médical, les informations par niveau d'accès, en lecture et en écriture, selon la qualité du professionnel de santé concerné, et donc de mieux protéger les droits du patient au secret médical.

Tel est l'objet de cet amendement.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Concernant l'amendement n° 114, la commission puis le Sénat ont considéré, en première lecture, qu'il n'y avait aucune raison à ce que le partage des informations obéisse à des règles particulières dans les maisons et centres de santé, ou d'ailleurs dans tout autre mode d'exercice en groupe ou pluridisciplinaire, comme les réseaux ou pôles de santé.

J'ai déjà eu l'occasion de le dire et j'aurai sans doute encore l'occasion de le répéter, le secret médical appartient au patient, et les règles en vigueur sont tout à fait suffisantes pour permettre, avec l'accord de ce dernier, les échanges entre les professionnels nécessaires à la continuité des soins et à la détermination de la meilleure prise en charge possible. J'ajoute d'ailleurs que le patient devra sans doute fréquemment s'adresser à des professionnels n'exerçant pas dans la maison ou le centre de santé.

En outre, je comprends mal la référence à l'adhésion au projet de santé. Le projet de santé peut engager les professionnels de santé, mais les patients, qui n'ont aucune obligation de bénéficiaire des « nouveaux services » offerts dans ce cadre, n'auront même pas, dans bien des cas, de motifs d'y recourir.

L'adhésion des professionnels au projet de santé ne doit donc constituer ni une justification ni une condition du partage des informations concernant un patient. Ce partage, je le redis, n'est légitime que s'il est nécessaire, si le patient en a été averti et s'il ne s'y est pas opposé.

Les maisons ou centres de santé sont, comme les professionnels de santé exerçant individuellement, au service du patient, et non le contraire. C'est au patient de faire librement le choix de s'adresser à tel ou tel professionnel de santé.

Quant à l'argument parfois avancé selon lequel le « tri » des informations qui doivent ou non être partagées représenterait une charge de travail considérable pour les professionnels, il ne nous semble pas sérieux, et ce pour trois raisons.

Tout d'abord, l'informatique permet parfaitement d'organiser, dans un dossier médical, les informations par niveau d'accès, en lecture ou en écriture.

Ensuite, c'est plutôt le partage d'informations non justifié qui est source de perte de temps pour les professionnels, et ce sans présenter le moindre intérêt pour le malade.

Enfin, concernant le compérage, que nous avons évoqué tout à l'heure, il faut être conscient du fait que, au-delà de ce qui sera ou non écrit dans la loi, les professionnels exerçant dans les maisons de santé devront être attentifs à éviter tout reproche en la matière et devront donc porter une attention toute particulière au respect du libre choix des patients et à leurs droits. Commençons donc par ne pas leur donner l'impression qu'ils ne sont pas soumis, à cet égard, aux mêmes règles que les autres !

C'est pourquoi la commission a émis un avis défavorable sur cet amendement, sauf à espérer que le Gouvernement accepte de le retirer...

Concernant l'amendement n° 27 rectifié, qui est à l'opposé de l'amendement gouvernemental, la position défendue ici par notre collègue Daniel Marsin rejoint celle de la commission pour ce qui est des soins ambulatoires.

Toutefois, il faut admettre que, en cas d'hospitalisation, des raisons purement pratiques peuvent justifier que le dossier du patient soit accessible à tous les membres de l'équipe qui auront vocation à prendre en charge ce dernier à un moment ou à un autre ou pour telle ou telle autre catégorie de soins. De plus, l'urgence peut aussi primer.

Nous ne pouvons donc vous suivre totalement, mon cher collègue, même si, à l'hôpital comme ailleurs, il faut respecter le principe selon lequel le secret médical appartient au patient.

C'est pourquoi la commission vous invite à bien vouloir retirer votre amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Le Gouvernement est défavorable à cet amendement, qui va à l'encontre de son propre amendement.

Nous avons affaire à deux cas de figure dans lesquels le mode d'exercice n'est pas le même : en mode libéral, les professionnels exercent indépendamment les uns des autres,

alors que, au sein des maisons de santé, ils font un travail en équipe. Il n'est pas opportun d'amalgamer, en quelque sorte, ces deux modes d'exercice.

Mme la présidente. La parole est à M. Jacky Le Menn, pour explication de vote.

M. Jacky Le Menn. S'agissant de l'amendement du Gouvernement, je suis tout à fait sur la même longueur d'onde que M. le rapporteur.

Selon moi, le secret médical est un bloc d'informations que l'on ne peut pas divulguer, même si, comme je l'ai entendu bien souvent, le médecin, dans l'exercice de son travail, peut-être amené à partager ce qui relève de sa propre interprétation. Je considère – et à cet égard, je suis tout à fait en phase avec M. le rapporteur – que le secret médical appartient complètement à la personne qui fait l'objet de soins. Même au sein d'une équipe, la moindre transgression peut poser des problèmes. En effet, compte tenu des différentes spécialisations au sein des maisons de santé ou d'autres structures d'ailleurs, le secret médical peut très rapidement devenir un secret de Polichinelle !

Ceux qui ont travaillé dans de telles structures le savent, même si les acteurs de santé font preuve d'une grande conscience professionnelle, on y entend bien souvent des informations qui ont été échangées à l'occasion du dialogue singulier entre le malade et son médecin et qui n'auraient jamais dû sortir de ce cadre. Pour ne pas prendre de risques, il faut absolument bétonner les dispositions relatives au secret médical !

Par conséquent, je voterai contre l'amendement n° 114 du Gouvernement, mon groupe se ralliant à la position du rapporteur.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Fourcade, pour explication de vote.

M. Jean-Pierre Fourcade. Notre objectif est bien de développer à la fois les sociétés interprofessionnelles et les maisons de santé,...

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Absolument !

M. Jean-Pierre Fourcade. ... afin de passer d'un exercice très individuel de la médecine à un exercice beaucoup plus collectif au sein d'un système regroupant à la fois des kinésithérapeutes, des infirmières, des orthoptistes, des orthophonistes, etc., et de répondre aussi au problème de la désertification médicale dans un certain nombre de régions.

Or, je crains que, en mettant en place un mécanisme spécifique de protection du secret médical dans les maisons de santé, nous ne nuisions à l'essor de ces dernières.

De plus, il existe déjà, dans chaque profession, que ce soient les pharmaciens, les médecins, les infirmiers, etc., des règles déontologiques qui s'appliquent et protègent les patients.

Par conséquent, madame la secrétaire d'État, je suis navré, mais je me rallierai à la position de la commission et je ne voterai pas l'amendement du Gouvernement.

Mme la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Je vous ai entendu, les uns et les autres, mettre en avant, et à juste titre, le respect du droit des patients. Il est vrai que ce droit doit primer.

Mais en quoi ce droit serait-il bafoué par un partage des informations ?

En quoi ce droit serait-il bafoué si l'on demande au patient son accord pour que les informations relatives à son état de santé soient partagées ?

En quoi ce droit serait-il bafoué si ce partage n'a lieu qu'avec son consentement exprès ?

En quoi ce droit serait-il bafoué si on lui demande de sélectionner lui-même les informations qu'il a envie de voir partagées ?

Ce n'est pas une divulgation en bloc, puisque le malade conserve l'entière liberté de consentir au partage d'une information, de plusieurs ou de la totalité des informations le concernant, ou, au contraire, de s'opposer tout bonnement à un tel partage.

Personnellement, je n'ai aucune crainte et je considère que ce droit fondamental des patients n'est nullement menacé.

Mais, puisque c'est votre argument majeur, permettez-moi d'établir des comparaisons avec d'autres groupements de professionnels.

Au sein des structures hospitalières, les dossiers médicaux sont accessibles aux professionnels. Considérez-vous le droit du patient bafoué par le partage des informations entre ces professionnels ?

Nous parlons d'un exercice de la médecine bien circonscrit : celui des maisons de santé, qui regroupent une pluridisciplinarité de professionnels. Et c'est là tout le côté novateur de cet exercice. Voilà ce qui fait la différence avec un groupement de professionnels indépendants libéraux ou de professionnels hospitaliers. La maison de santé n'a pas vocation à promouvoir un exercice hospitalier de structure. Nous sommes donc bien là entre deux modes d'exercice.

À mes yeux, la valeur ajoutée de l'exercice en maison de santé est justement la fluidité et le partage des informations, qui sont une chance pour le patient ! En aucun cas le droit du patient n'y est bafoué, pour les raisons que j'ai indiquées.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 114.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Monsieur Marsin, maintenez-vous l'amendement n° 27 rectifié ?

M. Daniel Marsin. Oui, madame la présidente.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 27 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 2.

(L'article 2 est adopté.)

Article 3 (Non modifié)

- ① L'article L. 1434-8 du même code est ainsi modifié :
- ② 1° Le troisième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ③ « Le contrat santé solidarité est conforme à un contrat-type défini par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives pour l'ensemble du territoire de médecins libéraux. » ;
- ④ 2° L'avant-dernier alinéa est supprimé.

Mme la présidente. L'amendement n° 88, présenté par M. Fischer, Mmes David et Pasquet, M. Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Alinéa 4

Supprimer cet alinéa.

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Le quatrième alinéa de l'article 3 supprime l'avant-dernier alinéa de l'article L.1434-8 du code de la santé publique, qui instaure les contrats santé solidarité. Il s'agissait pourtant de l'une des rares mesures destinées à lutter contre les déserts médicaux.

M. Guy Fischer. C'est vrai !

Mme Annie David. Nous n'y avons pas véritablement cru et, visiblement, le Gouvernement non plus, mais sans doute pas pour les mêmes raisons. C'est donc en deux temps, madame la secrétaire d'État, que le Gouvernement s'est attelé à réduire à néant la portée de ces contrats.

Tout d'abord, contre la volonté exprimée par les représentants de la nation, le Gouvernement a fait le choix de ne pas agir. Vous vous êtes donc abstenus de prendre les décrets nécessaires, vous exonérant ainsi des choix retenus par le législateur.

Puis, seconde étape, Mme Bachelot a annoncé, devant le congrès des médecins généralistes, la suppression de ces mesures, et cette annonce a été suivie d'un amendement déposé par des parlementaires de la majorité.

Voilà, mes chers collègues, comment nous en sommes arrivés à cet article 3, sur lequel Olivier Auguste est très clair, quand il écrit dans *Le Figaro* : « Mais, depuis, Nicolas Sarkozy s'est lancé dans une opération de rabiboilage avec les médecins et répète sa conviction que "la coercition ne marche pas" ». ».

Nous sommes choqués, et nous ne sommes d'ailleurs pas les seuls ! Souvenez-vous-en, mes chers collègues, Hervé Maurey, sénateur du Nouveau centre, déclarait ici même, lors de l'examen en première lecture, que l'on décide de ne pas contrarier les médecins au détriment de l'intérêt général. Autant vous dire que nous partageons ce constat !

Madame la secrétaire d'État, qu'entendez-vous faire pour lutter concrètement contre les déserts médicaux ? On sait depuis des années que les mesures incitatives ne marchent pas. Nicolas Sarkozy prétend que les mesures coercitives ne marchent pas non plus. C'est du moins le constat qu'il formule et une vérité qu'il assène, mais celle-ci n'a jamais été vérifiée !

Aujourd'hui, vos seules réponses résident dans des mesures d'accompagnement, comme les maisons de santé. Or, on le sait, si les professionnels reconnaissent à ces dernières une certaine utilité, ils les jugent malgré tout insuffisantes. Ils sont d'ailleurs de plus en plus nombreux à prôner un mode d'exercice ancien et ô combien moderne finalement : l'exercice au sein des centres de santé.

Pour en revenir à notre amendement n° 88, dans l'attente que d'autres mesures soient prises pour lutter efficacement contre les déserts médicaux, nous vous proposons, au sein de l'article L. 1434-8 du code de la santé publique, qui prévoit la création des contrats santé solidarité, de maintenir l'avant-

dernier alinéa relatif aux sanctions contre les médecins qui ne respecteraient pas ces contrats santé solidarité, afin que ces sanctions demeurent inscrites dans la loi.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission est défavorable à cet amendement, qui est contraire à ce qu'elle a adopté en première, comme en seconde lecture.

Il lui a semblé préférable de renvoyer le contrat santé solidarité à un contrat-type négocié par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et pouvant prévoir des sanctions, plutôt que d'inscrire celles-ci *a priori* dans la loi.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Le Gouvernement est défavorable à cet amendement.

Tout d'abord, on l'a constaté, ce contrat santé solidarité ne recueille pas l'adhésion des médecins et, de ce fait, on se heurte à de vraies difficultés pour le mettre en œuvre.

Ensuite, le côté coercitif de ce dispositif s'oppose au principe de la liberté d'installation.

Enfin, le dispositif doit être appliqué non pas de façon autoritaire, mais, comme l'a dit M. le rapporteur, en concertation avec les professionnels de santé. En effet, le Gouvernement croit plus à l'incitation qu'à la coercition et décide de faire plutôt confiance aux professionnels de santé.

Mme la présidente. La parole est à Mme Annie David, pour explication de vote.

Mme Annie David. Selon vous, monsieur le rapporteur, la disposition que nous proposons est contraire à celle qui a été retenue par la commission en première comme en deuxième lecture.

Je vous entends bien concernant le texte présenté aujourd'hui par M. Jean-Pierre Fourcade.

Toutefois, concernant le texte originel, si je puis dire, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, dont vous étiez rapporteur, permettez-moi de vous rappeler qu'en juillet 2009 – ce n'est pas si vieux ! – nous avons adopté une mesure coercitive semblable, la seule figurant dans la loi : « Les médecins qui refusent de signer un tel contrat, ou qui ne respectent pas les obligations qu'il comporte pour eux, s'acquittent d'une contribution forfaitaire annuelle, au plus égale au plafond mensuel de la sécurité sociale. »

Il ne s'agit donc pas d'une contribution extraordinaire ! Ce n'est pas non plus une mesure coercitive épouvantable à l'égard des médecins.

Je vous rappelle encore que ces contrats santé solidarité avaient été créés pour lutter contre les déserts médicaux, car, on le sait très bien, si des actions fortes ne sont pas menées pour maintenir des médecins dans certains de nos territoires, nous n'y verrons bientôt plus de médecins de premier recours !

La seule mesure un tant soit peu coercitive à l'égard des médecins figure dans un article qui a été adopté par le Parlement en juillet 2009, mais qui n'a jamais été appliqué, car le Gouvernement n'a jamais pris les décrets nécessaires ! Par conséquent, on ne peut pas savoir si une telle mesure aurait eu ou non une incidence forte sur les médecins.

Vous dites que cette disposition ne recueille pas l'accord des médecins. Évidemment, puisque c'est la seule qui puisse un tant soit peu les contraindre à s'installer là où ils n'en ont pas forcément envie !

Voilà en tout cas la mesure qui avait été adoptée en matière de démographie médicale, et ce dans l'intérêt général.

En juillet 2009, au moment de la création des contrats santé solidarité – je le rappelle avant que M. le rapporteur ne le fasse –, nous étions très sceptiques, justement en raison de cette disposition. Nous étions cependant favorables à l'adoption de cette dernière et à son application afin de voir quel serait le résultat.

Or voilà que cette mesure est supprimée avant même la publication des décrets nécessaires à sa mise en œuvre !

Je pense que, dans la foulée de cette suppression, un décret d'application sera enfin publié ; mais la seule mesure coercitive – toute petite ! – qui avait été instaurée à l'égard des médecins n'y figurera pas.

Je trouve extrêmement regrettable que, à peine deux ans après son adoption – c'était en juillet 2009 et nous sommes le 1^{er} juillet 2011... – et avant même d'avoir été appliquée, cette mesure soit aujourd'hui supprimée.

Mme la présidente. La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote.

M. Guy Fischer. Annie David a dit l'essentiel. Par la suppression du contrat santé solidarité, vous cherchez – c'est très clair – à satisfaire les médecins libéraux.

Le Président de la République, entré en campagne électorale, a donné mission au Gouvernement de lever tous les obstacles susceptibles d'entraver sa course vers l'élection présidentielle...

Mme Annie David. Et comment !

M. Guy Fischer. Ces obstacles étaient de trois sortes : il y avait le monde agricole qui, les années précédentes, s'était clairement manifesté ; il y avait aussi le monde médical ; il y avait enfin le monde des artisans et des petits patrons.

Pour ce qui nous concerne, nous vivons dans des villes où, sans parler de « déserts médicaux » – ce ne serait pas tout à fait exact –, il est de plus en plus difficile d'accéder à un médecin spécialiste.

Certes, il existe le tarif opposable ; mais le problème de l'accès aux soins et à de véritables spécialistes devient de plus en plus aigu, notamment pour certaines populations vivant dans les quartiers populaires.

Aujourd'hui, vous levez un obstacle pourtant très léger et qui, selon nous, aurait été très rapidement franchissable.

Cette mesure n'a jamais été mise en place ; à présent vous allez jusqu'au bout, pour satisfaire les demandes exprimées lors du congrès des médecins libéraux à Nice. Ces derniers vont pouvoir poursuivre leur exercice libéral – je serais presque tenté de dire « ultralibéral » – de la médecine.

La suppression de cette disposition nous mécontente vraiment. En effet dans nos villes et agglomérations, dans ces grands ensembles qui font parfois la une des médias, des inégalités se creusent, des populations immigrées ou d'origine immigrée se concentrent avec les populations les plus pauvres ; ne doutez pas que vous serez, un jour ou l'autre, confrontés à cette situation !

Donner la possibilité à des médecins d'exercer leur profession en toute connaissance de cause, c'est pour nous une chose très importante.

Mme la présidente. La parole est à M. Jacky Le Menn, pour explication de vote.

M. Jacky Le Menn. Madame la secrétaire d'État, nous avons déjà longuement discuté de l'ensemble de ces questions lors de l'examen de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, et nous n'allons pas aujourd'hui refaire le monde. Les différentes positions avaient été bien affirmées. Après une longue discussion, un consensus s'était dégagé pour essayer de mettre en place des moyens de lutte contre la désertification médicale, les pénalisations géographiques et les pénalisations financières; toutes choses qui rendaient nos concitoyens très amers à l'égard de l'organisation des soins de premier recours.

Les dispositions dont nous parlons ont été votées dans le cadre de la loi HPST. Les décrets d'application nécessaires à leur mise en œuvre n'ont pas été pris, mais ces dispositions étaient à nos yeux positives; même si nous avions un certain nombre de doutes, le groupe socialiste et le groupe CRC-SPG les avaient votées, faisant pour ainsi dire confiance au Gouvernement.

C'est que nous étions conscients de l'impossibilité de s'en remettre aux seules mesures dites incitatives. En 2007 déjà, l'assurance maladie avait bien tenté d'accorder des aides financières aux médecins qui s'installaient dans les zones désertifiées: cela n'a pas marché, et pratiquement aucun résultat n'a été obtenu. Du reste, il ne s'agit pas nécessairement d'une question d'argent; d'autres facteurs sont vraisemblablement en cause.

Toujours est-il que, comme l'a indiqué le professeur Vigneron dans une déclaration que j'ai citée hier au cours de la discussion générale, une mortalité prématurée peut être liée à la non-rapidité d'intervention des médecins de premier recours dans 61 % des cantons.

Cette situation pose problème à nos concitoyens. De plus en plus de cantons n'ont plus de médecin, parfois dans un rayon de plusieurs kilomètres! Des arrondissements entiers, des départements entiers, des régions entières connaissent des difficultés sur ce plan.

Aussi s'agit-il non pas d'une petite bataille, mais d'une convergence de propositions. Les contrats santé solidarité, assortis d'une pénalité relativement modeste destinée à inciter et – en effet – à contraindre un peu les médecins, visaient à satisfaire les demandes de nos concitoyens.

Le sondage que j'ai évoqué, conduit les 18 et 19 février par le collectif interassociatif sur la santé qui regroupe plus de trente associations, montre bien ce que ces derniers attendent: à 65 %, ils considèrent qu'il faut faire cesser les désertifications qui les pénalisent.

Nous nous sommes dotés d'un outil pour le faire. Sans doute, il dérange! Votre prédécesseur, Mme Bachelot, n'avait d'ailleurs pas été invitée au congrès de la confédération des syndicats médicaux français; c'est le nouveau ministre, M. Xavier Bertrand, qui avait été convié.

Mais, au nom de l'intérêt général, il faut savoir écorner un peu les corporatismes! Pour cette raison, je crois qu'il faut maintenir l'article L. 1434-8 du code de la santé publique dans son intégralité – tout à l'heure, je reviendrai sur une autre mesure que vous proposez de supprimer.

Aujourd'hui, nous ne pouvons plus attendre! Les Français ne veulent plus attendre!

Je crois donc qu'il faut s'en tenir fermement au dispositif que le Sénat avait adopté à l'issue d'une longue discussion. Je ne comprends pas pourquoi, sous prétexte qu'un *lobbying* syndical issu d'une partie du corps médical fait le *forcing* pour défendre le *statu quo*, cette question est de nouveau ouverte.

Parlementaires, nous devons défendre nos concitoyens de façon générale!

Mme Annie David. C'est vrai: nous défendons l'intérêt général!

M. Jacky Le Menn. Si, aujourd'hui, nous revenons en arrière, nous aurons travaillé pour rien lors de l'examen de la loi HPST!

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Fourcade, pour explication de vote.

M. Jean-Pierre Fourcade. C'est à un combat entre des principes et la réalité que nous assistons.

L'offre de soins n'est pas viable sans les médecins libéraux. Vous avez beau faire, invoquer les corporatismes:...

M. Jacky Le Menn. C'est pourtant bien de cela qu'il s'agit!

M. Jean-Pierre Fourcade. ... mais lorsqu'il n'y a pas de médecins libéraux pour répondre aux besoins de soins, le système ne peut pas fonctionner!

Je veux apporter deux rectifications. D'abord, je n'accepte pas la justification politique avancée par mon ami le président Fischer. À ce moment-là, tout relève de la politique!

M. Guy Fischer. Et pourtant...

M. Jean-Pierre Fourcade. Ensuite, M. Fischer s'est trompé lorsqu'il a prétendu que nous supprimions le contrat santé solidarité. Pas du tout! Nous ne faisons que le replacer dans un cadre contractuel. Nous considérons en effet que des contrats avec les médecins, conclus à l'échelle régionale ou nationale, sont préférables à de vagues sanctions qui ne riment pas à grand-chose.

L'Assemblée nationale nous a suivis. Le système actuel permet, grâce à l'article 1^{er} et à l'article 2 que nous venons de voter, d'apporter des solutions constructives au problème de la désertification médicale. D'autres solutions seront apportées dans le cadre de cette proposition de loi.

Sortons donc de l'idéologie et acceptons ce que l'Assemblée nationale comme le Sénat ont adopté!

M. Guy Fischer. Non! Nous, nous faisons de l'idéologie!

M. Jacky Le Menn. « Idéologie »... C'est toujours le même argument!

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 88. (*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 3. (*L'article 3 est adopté.*)

Article 3 bis AA (Non modifié)

- ① L'article L. 1434-7 du même code est ainsi modifié:
- ② 1° À la première phrase du deuxième alinéa, après le mot: « précise », sont insérés les mots: « , dans le respect du principe de liberté d'installation des professionnels de santé, »;

③ 2° Le quatrième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

④ « Les dispositions qu'il comporte à cet égard ne sont pas opposables aux professionnels de santé libéraux. »

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements identiques.

L'amendement n° 39 est présenté par MM. Le Menn, Daudigny et Godefroy, Mmes Le Texier, Jarraud-Vergnolle et Demontès, MM. Cazeau, Desessard et Michel, Mmes Ghali, Alquier et Campion, MM. Gillot, Jeannerot, Kerdraon et S. Larcher, Mmes Printz, San Vicente-Baudrin et Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés.

L'amendement n° 77 rectifié est présenté par M. Collin, Mmes Escoffier et Laborde et MM. Marsin, Mézard, Tropeano et Vall.

L'amendement n° 89 est présenté par M. Fischer, Mmes David et Pasquet, M. Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Jacky Le Menn, pour présenter l'amendement n° 39.

M. Jacky Le Menn. Introduit en commission à l'Assemblée nationale, l'article 3 *bis* AA vise à retirer au schéma régional d'organisation des soins, ou SROS, sa valeur opposable aux professionnels de santé libéraux.

Alors que la proposition de loi initiale poursuivait l'objectif d'un rééquilibrage territorial de l'offre médicale, cet article nouveau lui ôte sa dynamique.

À quoi servirait en effet un SROS qui ne serait pas opposable et auquel il serait possible de déroger pour s'installer ailleurs ?

Cette mesure pose un véritable problème. En rendant le SROS purement indicatif au nom du respect de la liberté d'installation des professionnels de santé libéraux, c'est l'esprit même de la loi HPST que vous ruinez ! Ces professionnels n'auront en effet aucune obligation de s'installer dans les zones délaissées, de sorte que les déserts médicaux vont durer et s'élargir.

M. Guy Fischer. Et voilà !

M. Jacky Le Menn. Vous connaissez bien ce problème, pour y être confrontés dans vos départements : certains territoires accueillent de nombreux cabinets médicaux, alors que d'autres en sont totalement dépourvus.

Dans les grandes villes, des quartiers sont entièrement délaissés. En effet la désaffection des médecins, si elle concerne de façon particulière les zones rurales, touche aussi de nombreux quartiers urbains sensibles.

M. Guy Fischer. Populaires !

M. Jacky Le Menn. Le préambule de la Constitution garantit pourtant à chacun, où qu'il se trouve, la « protection de la santé ».

Il apparaît urgent de corriger la répartition pernicieuse des professionnels de santé, afin que l'égalité d'accès aux soins ne relève pas du mythe, mais de la réalité.

Pour rééquilibrer l'offre médicale, le SROS doit être contraignant – n'ayons pas peur de ce mot – pour les professionnels de santé.

Plafonner et soumettre à l'autorisation de l'agence régionale de santé l'installation des médecins dans les zones où le SROS a établi que l'offre était trop dense est une mesure concrète, qui permettrait de lutter contre la surpopulation des médecins dans les zones prisées et de les orienter vers les zones où ils font défaut

Le SROS ne doit pas seulement préciser les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations entre les différents établissements de santé et les cabinets médicaux. Il ne doit pas non plus se borner à indiquer, pour chaque territoire de santé, les besoins d'implantation pour l'exercice des soins de premier recours et des soins spécialisés de second recours.

Pour garantir l'égalité de tous les citoyens dans l'accès aux soins, le SROS doit avoir une plus grande force : sa portée doit être obligatoire. Je le redis, n'ayons pas peur du mot : le SROS doit pouvoir contraindre les médecins à s'installer dans les territoires où les citoyens ont besoin d'eux, mais où l'offre de soins demeure insuffisante.

Le sondage dont je viens de parler est sans ambiguïté : 65 % de nos concitoyens approuvent la mise en place d'une contrainte minimale à l'égard des médecins, afin de pouvoir être soignés. Et plus ils sont âgés, plus le problème est aigu !

Mme la présidente. La parole est à M. Daniel Marsin, pour présenter l'amendement n° 77 rectifié.

M. Daniel Marsin. Comme je l'ai dit au cours de la discussion générale, la recherche d'un parcours de soins plus cohérent du point de vue médical, au sein d'une offre de soins mieux coordonnée, est au menu de nos débats depuis plus de quinze ans.

Les avancées scientifiques et technologiques ont certes rendu la médecine plus fiable, mais les problèmes d'organisation des soins et de démographie médicale privent un grand nombre de Français du bénéfice de ces performances.

Dans certains territoires, en particulier ruraux, la permanence des soins est très approximative, les délais d'accès en cas d'urgence sont incompatibles avec l'efficacité des soins, les files d'attente pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste s'allongent. En bref, le désert médical s'installe et gagne du terrain !

Les origines de ce problème sont évidemment diverses : manque d'attractivité ou enclavement des territoires, disparition des services publics, dévalorisation de la médecine générale et désintérêt pour certaines spécialités.

À cela s'ajoutent pour les patients des difficultés financières liées aux déremboursements, aux franchises, au coût des transports et, plus encore, aux dépassements d'honoraires.

La loi HPST entendait apporter une réponse à ce problème, avec, notamment, la création des ARS, chargées d'établir un schéma régional d'organisation sanitaire, ou SROS, indiquant les besoins en implantations de chaque territoire.

C'est sur la base de ce document que les ARS pouvaient, à partir de 2013 et en cas d'échec des mesures incitatives, proposer, dans le cadre du contrat santé solidarité, aux médecins des zones surdotées de prêter main forte à leurs confrères installés en zones déficitaires en offres de soins.

Aujourd'hui, on nous propose de supprimer la pénalité qui s'attachait à ce contrat, en nous expliquant que, pour ce qui concerne le secteur ambulatoire, le SROS n'est pas opposable. Bien que je sois attaché à la liberté d'installation des médecins, je me demande aujourd'hui quel était l'intérêt de créer des agences régionales de santé regroupant tout à la fois les secteurs hospitalier, médico-social et ambulatoire.

Convenez, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, que l'article 3 bis AA prive de toute légitimité ces schémas, qui doivent organiser, en concertation avec les acteurs concernés, l'accès aux soins pour tous.

Mme la présidente. La parole est à M. Guy Fischer, pour présenter l'amendement n° 89.

M. Guy Fischer. L'article 3 bis AA, qui résulte de l'adoption par l'Assemblée nationale d'un amendement déposé par un député de la majorité, introduit une précision importante destinée à rassurer, une fois de plus, les médecins libéraux : les SROS ne seront pas opposables.

M. Alain Milon, rapporteur. Ils ne l'ont jamais été !

M. Guy Fischer. Ainsi, c'est encore au nom du principe de la liberté d'installation que vous supprimez toutes les contraintes pesant sur les professionnels de santé. J'ai d'ailleurs été étonné de la manière dont l'un des syndicats des médecins libéraux s'est réjoui de l'adoption de cette disposition. On pouvait ainsi lire sur le site internet de ce syndicat : « La semaine dernière, nous avons fait inscrire dans la loi Fourcade le principe de la non-opposabilité des SROS ambulatoires, afin de protéger la liberté d'installation. » Si cette formulation n'engage que ceux qui l'écrivent, elle demeure étonnante, en particulier si on la confronte à l'analyse du journaliste Olivier Auguste, qui officie au *Figaro économie*, lequel tire la conclusion suivante des mesures prises par le Gouvernement : « Nicolas Sarkozy s'est lancé dans une opération de rabibochage avec les médecins et répète sa conviction que "la coercition ne marche pas" ». (*M. Jean-Pierre Fourcade s'exclame.*)

Or, si la coercition « ne marche pas », que dire des mesures incitatives prises depuis de nombreuses années et qui se sont toutes soldées par un échec ? J'en veux pour preuve le fiasco de la mesure prise en 2006 visant à majorer de 20 % la rémunération des jeunes médecins décidant de s'installer dans une zone sous-densifiée. Selon une étude menée conjointement par le CISS, la FNATH, la Fédération nationale des accidentés du travail et handicapés, et l'UNAF, l'Union nationale des associations familiales, sur 100 caisses primaires, seules 28 ont mis en œuvre les dispositions prévues par cet avenant. Et dans 17 de ces 28 caisses, l'application de ce dispositif s'est tout de même traduite par une baisse de la densité médicale, alors que l'incitation financière qui y est associée est de l'ordre de 25 000 à 28 000 euros par an et par médecin, soit un complément de rémunération non négligeable.

Par ailleurs, comment le Président de la République peut-il annoncer que les mesures contraignantes sont inefficaces ? Ces dernières, en effet, n'ont tout simplement jamais été testées, même à titre expérimental. Certains pays, dont les gouvernements ne peuvent être soupçonnés de dirigisme, ont d'ores et déjà pris des mesures limitant la liberté d'installation des médecins. La Belgique, par exemple, restreint le nombre annuel des nouveaux médecins conventionnés dans les zones surdenses. En Allemagne, où nous nous sommes rendus, une commission paritaire siégeant dans chaque land et rassemblant des représentants des médecins et des caisses de sécurité sociale délivre les autorisations d'installation, qui sont

attribuées en fonction des directives d'une instance fédérale, paritaire elle aussi. Ces directives définissent des quotas de médecins pour quelque 400 territoires et une quinzaine de spécialités médicales soumises à restriction. Dans un territoire donné, l'installation n'est possible que si le nombre de médecins de la spécialité considérée ne dépasse pas 110 % du quota.

Vous le voyez, d'autres mesures, bien éloignées des incitations inefficaces que vous prônez, sont possibles ! Si vous avez à cœur de défendre la liberté d'installation des médecins, nous sommes pour notre part convaincus que cette liberté doit connaître une limite : celle du droit de nos concitoyens à pouvoir accéder aux soins.

M. Jacky Le Menn. Très bien !

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

M. Alain Milon, rapporteur. L'article 3 bis AA ne fait qu'expliciter ce qui était déjà prévu par la loi HPST, à savoir le caractère non opposable du SROS ambulatoire.

Cette précision ne vient donc pas limiter la portée juridique du SROS ambulatoire ni sa légitimité pour adapter au mieux l'offre de soins aux besoins exprimés sur les territoires.

Aussi, la commission est défavorable à ces trois amendements identiques.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Le Gouvernement émet également un avis défavorable sur ces trois amendements.

L'article 3 bis AA ne vise en fait qu'à introduire un rappel, puisqu'il a toujours été clair que le SROS ambulatoire n'était qu'indicatif.

En outre, je suis persuadée que, pour convaincre les professionnels libéraux, notamment les médecins, il convient d'insérer dans la loi une telle précision. Selon moi, une stratégie gagnante est avant tout fondée sur la concertation, l'incitation et la coopération.

Mme la présidente. La parole est à Mme Annie David, pour explication de vote.

Mme Annie David. Je me souviendrai, madame la secrétaire d'État, de votre argumentation ! Vous nous dites en effet que, le SROS ambulatoire n'étant pas opposable, cet article vise simplement à préciser les choses. Or, très souvent, nous vous proposons d'inscrire dans la loi des précisions qui nous semblent utiles et que vous repoussez, sous prétexte que les dispositions visées sont d'ores et déjà prévues. Je saurai donc vous rappeler votre argumentation la prochaine fois que nous présenterons un amendement visant à apporter des précisions ! En effet, pourquoi celles-ci seraient-elles utiles dans certains cas et inutiles dans d'autres ?

M. Guy Fischer. C'est quand ça les arrange !

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n° 39, 77 rectifié et 89.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

M. Guy Fischer. La matinée commence mal ! *(Sourires.)*

Mme la présidente. L'amendement n° 117, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - Le directeur général de l'agence régionale de santé peut, sans attendre la publication du premier schéma régional mentionné à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, arrêter les zones mentionnées au

cinquième alinéa du même article, pour la mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé, en se fondant sur les dispositions prévues au même alinéa et en suivant la procédure prévue à l'article L. 1434-3 du code de la santé publique.

Le premier schéma régional d'organisation des soins intègre les zones définies en application de l'alinéa précédent.

La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Par cet amendement, il s'agit de prendre une disposition transitoire permettant une adoption sans retard, alors même que le plan stratégique régional de santé et le schéma régional d'organisation sanitaire n'auraient pas encore été adoptés, du zonage nécessaire pour l'attribution d'aides à l'installation des professionnels de santé libéraux.

Les négociations conventionnelles en cours entre l'UNCAM, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, et les syndicats représentatifs des médecins portent notamment sur cet objectif. Par ailleurs, l'UNCAM et les syndicats représentatifs des infirmiers viennent de conclure un accord visant à conforter et pérenniser les mesures mises en œuvre depuis 2009, qui prévoient des aides incitatives dans les zones sous-dotées et une régulation des conventionnements dans les zones surdotées.

Or il devrait y avoir un décalage dans le temps entre la mise en place des mesures conventionnelles et l'adoption des futurs SROS, qui devront comprendre les zonages.

Il est souhaitable que les professionnels puissent bénéficier des mesures conventionnelles dès leur entrée en vigueur.

C'est pourquoi il est proposé de permettre aux ARS d'arrêter un zonage provisoire, qui serait applicable avant même l'adoption des SROS. Les premiers SROS intégreront ensuite les zonages définis en application du présent amendement.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement vise à autoriser les ARS à arrêter les zonages devant être définis par les SROS, sans attendre l'adoption définitive de la première génération de SROS, mais tout en respectant une procédure de concertation identique à celle qui est prévue par la loi HPST pour les PRS, les projets régionaux de santé.

Il s'agit d'assurer au plus tôt – et on le comprend – une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire et d'accompagner les négociations en cours entre ceux-ci et l'UNCAM.

L'amendement prévoit cependant que la première génération de SROS sera entièrement liée par le zonage qui aura été effectué antérieurement. Ne serait-il pas nécessaire de prévoir davantage de souplesse au moment de l'adoption définitive des SROS ?

La commission a donc émis un avis favorable sur le premier alinéa du texte proposé par l'amendement et un avis défavorable sur son second alinéa.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Fourcade, pour explication de vote.

M. Jean-Pierre Fourcade. Selon moi, l'amendement déposé par le Gouvernement témoigne de l'écart existant entre, d'une part, l'affirmation des principes et, d'autre part, la contractualisation sur le terrain.

Pour ma part, j'ai constaté qu'un certain nombre de SROS ne pourront pas être mis en œuvre rapidement. Face au problème de la désertification médicale, qui préoccupe tout le monde, cet amendement me paraît tout à fait raisonnable. Je vous engage donc, mes chers collègues, à le voter.

M. le rapporteur a émis des avis différents sur le premier et le second alinéa de cet amendement. Adopter des mesures de souplesse tout en refusant de voter le second alinéa serait, à mes yeux, une erreur. Il faut en effet indiquer une volonté d'affirmer, dans les différentes régions, un zonage assez précis.

J'ai constaté, lors de ma tournée des régions françaises, que, en matière de territoires de soins, de territorialisation, on rencontre tout et son contraire. J'ai vu une région dans laquelle le territoire de soins c'était la région ; j'ai vu une région voisine dans laquelle il y avait 123 territoires de soins. Par conséquent, tout est possible.

Aussi, pour ce qui me concerne, je voterai l'amendement du Gouvernement dans sa totalité.

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Le zonage défini, qui sera intégré dans le SROS, sera bien le fruit d'une concertation avec l'ensemble des professionnels. Bien évidemment, les éventuelles modifications, en marge, seront prises en compte dans le cadre du SROS définitif.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 117.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 3 bis AA, modifié.

(L'article 3 bis AA est adopté.)

Article 3 bis AB

① Après l'article L. 4111-1 du même code, il est inséré un article L. 4111-1-1 ainsi rédigé :

② « Art. L. 4111-1-1. – Par dérogation au 1° de l'article L. 4111-1, peuvent exercer la profession de médecin les personnes inscrites en troisième cycle des études de médecine en France et remplissant des conditions déterminées par décret en Conseil d'État pris après avis du Conseil de l'ordre des médecins et de la Conférence des doyens des facultés de médecine et portant sur la durée, les conditions et les lieux d'exercice ainsi que sur les enseignements théoriques et pratiques devant être validés.

③ « 1° et 2° (*Suppressions maintenues*) »

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 3 bis AB.

(L'article 3 bis AB est adopté.)

Article 3 bis AC

① Après le quatrième alinéa de l'article L. 4131-2 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

② « Lors du remplacement d'un médecin salarié, le directeur de l'établissement de santé respecte les obligations liées à la formation universitaire ainsi qu'à la formation pratique et théorique du remplaçant. » – (*Adopté.*)

Article 3 bis AD (Suppression maintenue)**Article 3 bis A**

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 6161-5-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ③ « Sont présumés ne pas être liés par un contrat de travail avec l'établissement les auxiliaires médicaux intervenant dans les conditions prévues au présent article. » ;
- ④ 2° L'article L. 6161-9 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑤ « Ils sont présumés ne pas être liés par un contrat de travail avec l'établissement qui a recours à eux dans les conditions prévues au présent article. »
- ⑥ II. – (*Suppression maintenue*)
- ⑦ III. – L'article L. 314-12 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑧ « Sont présumés ne pas être liés par un contrat de travail avec l'établissement les professionnels intervenant dans les conditions prévues au présent article. »
- ⑨ IV. – (*Suppression maintenue*)
- ⑩ V. – Au 5° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, après le mot : « honoraires », sont insérés les mots : « ou de leurs revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut leur rémunération ».

Mme la présidente. L'amendement n° 28 rectifié, présenté par MM. Barbier et Marsin, Mme Escoffier et M. Milhau, est ainsi libellé :

Alinéas 7 et 8

Rédiger ainsi ces alinéas :

III. - Le dernier alinéa de l'article L. 314-12 est ainsi rédigé :

« Les médecins sont tenus de respecter le règlement intérieur de l'établissement portant sur les conditions d'exercice. »

La parole est à M. Daniel Marsin.

M. Daniel Marsin. L'article 3 bis A vise à poser une présomption de non-salariat pour les intervenants libéraux dans les EHPAD dans le seul but de protéger les gestionnaires d'établissement, mais sans tenir compte des modalités d'exercice.

L'ordre des médecins s'est déjà prononcé à plusieurs reprises sur les difficultés de prise en charge des personnes âgées que suscite un environnement juridique de plus en plus hostile non seulement au libre choix des résidents, mais aussi à la pratique libérale au sein d'établissements qui constituent le domicile des résidents.

Un nombre très faible de médecins a signé le contrat type établi par l'administration et les médecins libéraux sont en train de se désengager des EHPAD.

Par cet amendement, nous proposons donc de supprimer l'obligation de signer un contrat type et de lui substituer l'engagement de respecter le règlement intérieur de l'établissement.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Les auteurs de cet amendement posent le problème très réel des conditions dans lesquelles les résidents des EHPAD peuvent librement choisir leur médecin traitant, et les conditions dans lesquelles ces derniers peuvent les visiter dans des établissements qui sont pourtant considérés comme leur domicile.

Le décret du 30 décembre 2010, qui impose à ces praticiens de signer un contrat type avec les établissements, soulève en effet de nombreux problèmes en termes de conditions d'exercice et de respect du libre choix du patient et décourage beaucoup de médecins de continuer à suivre leurs patients en EHPAD.

Il est exact que l'article 3 bis A ne règle pas ce problème. Pour autant, il n'est pas certain que la mesure proposée par les auteurs de cet amendement y parvienne, car rien n'empêcherait le règlement intérieur des établissements de poser des conditions tout aussi peu favorables à l'exercice de ces praticiens, par exemple en termes de fixation des heures de visite.

La commission serait donc heureuse d'avoir des éclaircissements sur les mesures que le Gouvernement compte prendre pour que les médecins libéraux ne soient plus découragés de suivre leurs patients en EHPAD.

Toujours est-il que la commission demande le retrait de cet amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Le Gouvernement émet un avis défavorable, et ce pour deux raisons.

Premièrement, – et c'est la raison principale – ce contrat type est le fruit d'un groupe de travail avec les professionnels eux-mêmes. Il était indispensable d'encadrer l'intervention des médecins libéraux dans les EHPAD non pas pour limiter leur accès dans ces établissements, mais au contraire pour définir de bonnes pratiques, et ce pour le plus grand bénéfice des personnes âgées y résidant.

Bien entendu, ce contrat type ne remet nullement en question la faculté pour la personne âgée résidant dans un EHPAD de choisir librement son médecin ; simplement, aux termes du décret précité, celui-ci devra signer un contrat type avec l'établissement afin d'assurer une bonne coordination entre les professionnels libéraux exerçant à l'extérieur et le médecin coordonnateur de l'établissement.

Tout cela est vertueux et bénéfique pour le résident.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 28 rectifié.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 3 bis A.

(*L'article 3 bis A est adopté.*)

Article 3 ter

L'article L. 6161-9 du code de la santé publique ne s'applique aux contrats d'exercice libéral conclus par les établissements relevant des *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale avant la promulgation de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires qu'à compter du 1^{er} janvier 2012. – (*Adopté.*)

Article 4 (Non modifié)

La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 6315-1 du code de la santé publique est supprimée. – (Adopté.)

Article 4 bis

- ① I. – L'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 161-35. – (Non modifié) I. – Les professionnels de santé et centres de santé mentionnés aux articles L. 162-14-1, L. 162-16-1 et L. 162-32-1 sont tenus d'assurer, pour les bénéficiaires de l'assurance maladie, la transmission électronique des documents visés à l'article L. 161-33 et servant à la prise en charge des soins, produits ou prestations remboursables par l'assurance maladie.
- ③ « II. – Sans préjudice des dispositions de l'article L. 161-33, le non-respect de l'obligation de transmission électronique par les professionnels et centres de santé donne lieu à l'application d'une sanction conventionnelle.
- ④ « III. – Les conventions mentionnées aux articles L. 162-14-1, L. 162-16-1 et L. 162-32-1 déterminent le mode de mise en œuvre de cette sanction conventionnelle ainsi que les conditions de sa modulation en fonction notamment des conditions d'activité des professionnels, de réalisation de la prestation et du taux de transmission électronique des documents concernés. Elles précisent également les modalités de la procédure applicable, notamment les conditions dans lesquelles les professionnels et centres concernés peuvent faire valoir leurs observations.
- ⑤ « IV. – À défaut de dispositions conventionnelles applicables au titre du présent article, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie fixe les dispositions mentionnées au III. »
- ⑥ II. – Si les parties conventionnelles n'ont pas conclu avant le 30 septembre 2011 un accord pour la mise en œuvre du présent article, le IV de l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale s'applique à compter de cette date.

Mme la présidente. L'amendement n° 90, présenté par M. Fischer, Mmes David et Pasquet, M. Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du parti de gauche, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Remplacer les mots :

et L. 162-32-1

par les mots :

, L. 162-32-1 et L. 6323-3 du code de la santé publique

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Avec cet amendement, nous proposons d'étendre aux maisons de santé l'obligation de télétransmission des feuilles des soins, obligation que cet article fait supporter aux médecins libéraux et aux centres de santé.

Le passage des feuilles de soins aux transmissions électroniques est une avancée notable pour les bénéficiaires, lesquels profitent ainsi du tiers payant, de l'avance de frais et, le cas échéant, de remboursements plus rapides.

Par ailleurs, si la télétransmission présente des avantages pour les professionnels de santé, elle en présente également pour les comptes publics. Selon la dernière mise à jour du site internet de l'assurance maladie, qui date d'avril 2011, « la télétransmission représente une source d'économie non négligeable : le coût moyen de gestion d'une feuille de soins électronique est de 0,27 euro contre 1,74 euro pour une feuille de soins papier ».

L'article 4 bis prévoit notamment que le non-respect de l'obligation de transmission électronique donne lieu à l'application d'une sanction.

Notre amendement n'a pas vocation à remettre en cause ce dispositif ; tout au contraire, il vise à le compléter en soumettant les maisons de santé à cette même obligation.

La logique voudrait en effet que tous les professionnels de santé, indépendamment du mode d'exercice choisi, soient soumis à cette obligation, qui est positive pour les patients en même temps qu'elle permet d'importantes économies pour les comptes sociaux.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Cet article concerne la télétransmission des feuilles de soins.

Par cet amendement, ses auteurs souhaitent en étendre l'obligation aux maisons de santé. Or, dans ces structures, ce sont non pas les maisons en elles-mêmes qui transmettent les feuilles de soins, mais les professionnels de santé libéraux qui y exercent.

De fait, elles sont déjà couvertes par l'obligation de transmission par voie électronique et cet amendement est donc satisfait.

Pour cette raison, la commission demande à son auteur de bien vouloir le retirer ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Cet amendement étant effectivement satisfait, le Gouvernement demande à son auteur de bien vouloir le retirer.

Mme la présidente. Madame David, l'amendement n° 90 est-il maintenu ?

Mme Annie David. Madame la secrétaire d'État, monsieur le rapporteur, je ne suis pas une spécialiste de cette question. Néanmoins, lorsque vous me dites que cet amendement est satisfait, j'éprouve quelque difficulté à comprendre comment les professionnels de santé exerçant en maisons de santé pourront télétransmettre les feuilles de soins de leurs patients si le matériel se trouve dans leur cabinet ! C'est pourquoi nous demandons qu'ils disposent sur place des moyens matériels nécessaires à cette opération, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

Mme la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Madame David, la maison de santé est le lieu d'exercice du professionnel qui y travaille. Il s'y équiperait en matériel de télétransmission, comme il le ferait dans un cabinet quelconque.

Mme Annie David. Nous retirons notre amendement, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 90 est retiré.

M. Guy Fischer. Vous le voyez, nous ne sommes pas bornés ! (Sourires.)

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Personne ne l'a jamais prétendu, monsieur Fischer!

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 4 bis.

(L'article 4 bis est adopté.)

Article 5 A (Suppression maintenue)

Article 5 (Non modifié)

- ① I. – Les contrats de bonne pratique conclus en application de l'article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale et les contrats de santé publique conclus en application de l'article L. 162-12-20 du même code continuent à produire leurs effets, pour les droits et obligations nés des adhésions individuelles, jusqu'à la date du 31 décembre 2012.
- ② II. – Les parties aux conventions et à l'accord national mentionnés aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-32-1 et L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale peuvent déterminer les conditions dans lesquelles les contrats de bonne pratique et les contrats de santé publique mentionnés au I du présent article peuvent donner lieu à de nouvelles adhésions individuelles avant la date du 31 décembre 2012.

M. le président. L'amendement n° 91, présenté par M. Fischer, Mmes David et Pasquet, M. Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du parti de gauche, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - Dans la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale, après les mots : « en contrepartie du respect des engagements qu'il prévoit », sont insérés les mots : « et du respect des tarifs opposables ».

La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. Nous proposons, au travers de cet amendement, de compléter l'article 5 de cette proposition de loi par un paragraphe précisant que seuls les professionnels de santé ou les structures qui respectent les tarifs opposables peuvent bénéficier des aides publiques. Notre souci est que l'argent public soit employé le plus utilement possible.

En effet, cet article vise à rétablir temporairement les contrats de bonne pratique et les contrats de santé publique, supprimés par l'ordonnance de coordination de la loi HPST.

Comme vous le savez, nous plaçons depuis des années pour l'instauration d'un nouveau mode de rémunération des médecins généralistes, considérant que le paiement à l'acte n'est pas nécessairement le mieux adapté à une médecine de ville ambitieuse.

Avec le contrat d'amélioration des pratiques individuelles, le CAPI, le généraliste s'engage à atteindre certaines « cibles » en matière de dépistage et de prévention, de suivi des pathologies chroniques – personnes âgées, notamment –, d'efficacité des prescriptions – génériques, certaines classes médicamenteuses. L'objectif est de valoriser et d'optimiser les pratiques pour permettre à notre système de protection sociale de réaliser des économies.

En échange, le médecin généraliste bénéficie d'une rémunération à la performance versée par l'assurance maladie. À une certaine époque, elle était de 40 euros ; je suppose qu'elle a depuis lors quelque peu augmenté.

Ce mode de rémunération ne nous satisfait pas, car, même s'il sous-tend la volonté de proposer un mode différent de la rémunération à l'acte, il fait de la performance des médecins un élément essentiel.

Pour notre part, nous considérons qu'il est donc important de trouver des solutions alternatives, qui, par ailleurs, doivent favoriser le mode d'exercice regroupé.

Pour autant, cet amendement a une portée bien plus modeste. En effet, ceux qui soutiennent les CAPI et les contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins, les CAQCS, affirment que, pour que ceux-ci soient efficaces, il faut que tout le monde soit gagnant : l'assurance maladie, le médecin généraliste et le patient.

Or si l'assurance maladie réalise quelques économies – M. Van Roekeghem nous le rappelle régulièrement –, si le médecin peut bénéficier de majorations de rémunération – pour que nous ayons une idée de ces majorations, il faudrait, madame la secrétaire d'État, que vous nous donniez les chiffres exacts –, les patients, eux, n'y trouvent qu'un avantage limité.

C'est la raison pour laquelle nous entendons ajouter une condition supplémentaire à la réalisation de ces contrats, une condition qui est, en réalité, la première préoccupation des patients : le respect des tarifs opposables.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement vise à modifier une phrase d'un article du code de la santé publique qui a été abrogé par l'ordonnance de coordination de la loi HPST. Il est donc sans objet.

Pour cette raison, la commission demande à son auteur de bien vouloir le retirer ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Le Gouvernement émet un avis défavorable.

Nous sommes en présence de deux logiques tout à fait différentes : d'une part, celle du contrat de bonne pratique, qui a pour objet d'améliorer la pratique des médecins en contrepartie d'un supplément de rémunération ; d'autre part, celle du professionnel lui-même, qui choisit le tarif qu'il entend pratiquer dans son exercice et donc son mode de rémunération.

Ces deux logiques ne sont pas conditionnées l'une à l'autre : la valorisation des bonnes pratiques, quel que soit le mode d'exercice, est une chose ; le choix du secteur, qui relève de la liberté du professionnel, en est une autre.

M. Guy Fischer. Alors c'est bingo ! C'est « plus » et « plus » !

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Pas du tout ! Ce sont deux choses indépendantes.

Mme la présidente. La parole est à Mme Annie David, pour explication de vote.

Mme Annie David. Monsieur le rapporteur, certes, l'article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale a été abrogé par l'ordonnance de coordination de la loi HPST, mais nos collègues de l'Assemblée nationale l'ont réintroduit. De fait, son abrogation est caduque.

Vous n'écrivez pas autre chose dans votre rapport : « Plutôt que de rétablir les contrats de bonne pratique et les contrats de santé publique, l'Assemblée nationale a préféré proroger, jusqu'au 31 décembre 2012, leurs effets pour les droits et obligations nés des adhésions individuelles.

M. Guy Fischer. Voilà !

Mme Annie David. En outre, les parties aux conventions nationales pourront définir d'éventuelles modalités de nouvelle adhésion jusqu'à cette même date. »

Je le répète, cet article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale a été réintroduit par l'Assemblée nationale.

M. Alain Milon, rapporteur. Non ! C'est le Sénat qui l'a réintroduit, mais l'Assemblée nationale l'a de nouveau supprimé !

Mme Annie David. J'en veux pour preuve, également, l'explication que nous a fournie Mme la secrétaire d'État, ou même les termes que vous employez pour énoncer, dans votre rapport, l'objet de cet article. Je vous cite : « Cet article vise à rétablir temporairement les contrats de bonne pratique et les contrats de santé publique, supprimés par l'ordonnance de coordination de la loi HPST. »

J'en conclus donc que les contrats de bonne pratique et les contrats de santé publique ne sont plus abrogés ! Quelle situation complexe !

M. Guy Fischer. On n'y comprend plus rien !

Mme Annie David. Vous écrivez plus loin, monsieur le rapporteur, que la commission a adopté sans modification cet article. Aussi, la commission a bien adopté cet article qui vise à réintroduire les contrats de bonne pratique.

Nous demandons simplement que l'ajout que nous proposons soit pris en compte, évidemment pour la durée d'application prévue pour cet article puisqu'il sera finalement abrogé par l'ordonnance de coordination de la loi HPST.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 91. *(L'amendement n'est pas adopté.)*

M. Guy Fischer. Personne ne nous a répondu !

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 5. *(L'article 5 est adopté.)*

Article 6

① Les deuxième et troisième phrases du premier alinéa de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique sont remplacées par six phrases ainsi rédigées :

② « Les professionnels de santé d'exercice libéral ainsi que les professionnels de santé exerçant en centres de santé doivent, avant l'exécution d'un acte, informer le patient de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Lorsque l'acte inclut la fourniture d'un dispositif médical sur mesure, l'information écrite délivrée gratuitement au patient comprend, de manière dissociée, le prix d'achat de l'appareil proposé et le montant des prestations de soins assurées par le praticien. Le professionnel de santé remet au patient les documents garantissant la traçabilité et la sécurité des matériaux utilisés. L'information écrite mentionne le ou les lieux de fabrication du dispositif médical. L'information délivrée au patient est conforme à un devis type défini par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Union nationale des organismes

d'assurance maladie complémentaire et les organisations représentatives des professionnels de santé concernés. À défaut d'accord avant le 1^{er} janvier 2012, un devis type est défini par décret. »

Mme la présidente. Je suis saisie de quatre amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

Les deux premiers sont identiques.

L'amendement n° 23 rectifié est présenté par Mmes Procaccia et Deroche et MM. J. Gautier, Cambon, de Montgolfier et J.P. Fournier.

L'amendement n° 95 rectifié *ter* est présenté par M. Vasselle, Mmes Desmarescaux et Debré, M. Lorrain, Mmes Bout, Deroche et Hermange et MM. Lardeux et Pinton.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 2, deuxième phrase

Rédiger ainsi cette phrase :

Lorsque l'acte inclut la fourniture d'un dispositif médical sur mesure fabriqué spécifiquement suivant une prescription écrite et destiné à n'être utilisé que pour un patient déterminé, l'information écrite délivrée gratuitement au patient comprend, de manière dissociée, le prix de vente de l'appareillage proposé et le prix de toutes les prestations associées, le tarif de responsabilité correspondant et, le cas échéant, le montant des dépassements facturés conformément au dispositif mentionné au deuxième alinéa.

La parole est à Mme Catherine Deroche, pour présenter l'amendement n° 23 rectifié.

Mme Catherine Deroche. Cet amendement vise à revenir au texte voté en première lecture. Il s'agit notamment de rétablir le prix de vente de l'appareillage proposé dans le cadre de la fourniture d'un dispositif sur mesure et de l'information donnée aux patients.

Mme la présidente. La parole est à Mme Marie-Thérèse Hermange, pour présenter l'amendement n° 95 rectifié *ter*.

Mme Marie-Thérèse Hermange. Cet amendement est identique.

Mme la présidente. L'amendement n° 29 rectifié, présenté par M. Barbier, Mme Escoffier et MM. Marsin, Mézard et Milhau, est ainsi libellé :

Alinéa 2, deuxième phrase

Remplacer les mots :

d'achat

par les mots :

de vente

La parole est à M. Daniel Marsin.

M. Daniel Marsin. L'objet de cet amendement est très proche de celui des amendements qui viennent d'être défendus.

L'article 6 concerne le droit à l'information des patients sur le coût et la traçabilité des prothèses et appareillages, notamment dentaires.

Nous avons longuement évoqué cette question lors de la discussion du projet de loi portant réforme de l'hôpital, et relatif aux patients, à la santé et aux territoires. Il faut sans aucun doute une plus grande transparence, car il y a parfois des abus de la part de certains praticiens.

La loi HPST avait imposé un niveau de détail dans l'information inutile pour le patient et simplement impossible à respecter par les professionnels.

L'article 6, tel qu'il a été adopté par la commission des affaires sociales, maintient, tout en la simplifiant, l'obligation imposée aux professionnels de santé de dissocier le prix d'achat de la part réelle proposée et le prix de toutes les prestations associées ainsi que les documents garantissant la traçabilité des matériaux utilisés.

La mention de « prix d'achat » pose plusieurs problèmes. Elle ne prend pas en compte la situation des chirurgiens-dentistes qui emploient des prothésistes et elle peut inciter les praticiens à contourner la règle en négociant avec leur fournisseur des marges arrières ou en constituant, entre professionnels, des sociétés qui permettent de fournir les matériels à un prix de convenance, les bénéficiaires étant remontés du professionnel vers la société.

Afin de pallier ces difficultés, le texte proposé dans l'amendement remplace l'obligation de faire figurer le prix « d'achat » par celle de faire figurer le prix « de vente » des matériels.

Mme la présidente. L'amendement n° 43, présenté par MM. Le Menn, Daudigny et Godefroy, Mmes Le Texier, Jarraud-Vergnolle et Demontès, MM. Cazeau, Desessard et Michel, Mmes Ghali, Alquier et Campion, MM. Gillot, Jeannerot, Kerdraon et S. Larcher, Mmes Printz, San Vicente-Baudrin et Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Alinéa 2, deuxième phrase

Après le mot :

proposé

rédigé ainsi la fin de cette phrase :

, le montant des prestations de soins assurées par le praticien et le tarif de responsabilité correspondant.

La parole est à M. Jacky Le Menn.

M. Jacky Le Menn. L'article 6, tel qu'il est actuellement rédigé, impose au praticien dentaire d'informer son patient de deux éléments : le coût de l'acte médical, d'une part, et les conditions de remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie, d'autre part.

Avant la pose d'une prothèse dentaire, le praticien doit informer le patient, gratuitement et par écrit, du prix d'achat de l'appareil proposé et du montant des prestations de soins qu'il effectue, conformément à un devis type défini par les principaux organismes de sécurité sociale et d'assurance complémentaire.

Cependant, il apparaît essentiel de faire figurer le tarif de responsabilité correspondant au prix d'achat de la prothèse et au montant des prestations de soins.

Cela répond à un souci de transparence quant au prix des soins et au montant que doivent effectivement payer les patients une fois la part de l'assurance maladie versée. Il est indispensable de porter à la connaissance des patients le tarif sur la base duquel le remboursement par l'assurance maladie intervient.

En effet, certains actes, médicaments ou dispositifs médicaux ne sont pas du tout remboursés par l'assurance maladie et d'autres ne le sont que partiellement.

Certains professionnels de santé pratiquent aussi des dépassements d'honoraires par rapport aux tarifs conventionnés. Les consultations ou actes réalisés par ces médecins ne sont donc pas entièrement pris en charge par l'assurance maladie, celle-ci ne remboursant que sur la base du tarif de responsabilité. Le reste du coût doit alors être supporté par le patient ou par son assurance complémentaire, s'il en a une et si elle prend ce surplus en charge, ce qui n'est pas toujours le cas.

Ainsi, faire figurer par écrit le tarif de responsabilité est primordial, car cela permet au patient d'évaluer plus facilement la somme réelle qu'il va devoir déboursier pour le soin, ce qui l'intéresse au premier chef.

De plus, cela facilite ses démarches auprès de sa caisse d'assurance maladie et, le cas échéant, de son assurance complémentaire.

Voilà pourquoi cet amendement reformule le deuxième alinéa de l'article 6 en établissant que l'information écrite délivrée au patient doit indiquer, outre le prix d'achat de l'appareil et le montant des prestations de soins, le tarif de responsabilité correspondant.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Madame la présidente, permettez-moi de vous indiquer dès à présent que la commission demande que l'amendement n° 29 rectifié soit mis aux voix par priorité.

Comme en première lecture, je tiens à rappeler brièvement les raisons pour lesquelles notre commission a tenu, en dépit de pressions qui ont été – c'est le moins qu'on puisse dire – assez vives, à réaffirmer les positions qu'elle avait prises lors de la discussion du projet de loi HPST, pour assurer l'information du patient sur le coût et l'origine des prothèses.

La traçabilité de l'origine des prothèses est devenue, depuis la dernière modification, en 2007, de la directive européenne relative aux dispositifs médicaux et à la matériovigilance, un « secret communautaire ».

Les dispositions relatives à la traçabilité et au lieu de fabrication adoptées à cet article par l'Assemblée nationale ne seront donc sans doute pas appliquées. Elles sont en effet contraires à la directive modifiée, dont la transposition s'est déjà traduite par la suppression, dans l'article L. 1113-3 du code de la santé publique, des dispositions ayant le même objet de la loi HPST.

Restent – pour l'instant – les dispositions relatives à l'information sur le prix d'achat des prothèses.

Par deux fois, à dix ans d'intervalle, en 1999 et en 2009, le Parlement a tenté de mettre un terme au débat récurrent sur le prix des prothèses, qui nuit à la confiance entre patients et praticiens et qui, surtout, occulte les vraies questions : la prise en charge des soins dentaires, y compris prothétiques, la place à leur reconnaître dans la politique de santé publique.

Par deux fois, ces mesures ne sont pas devenues effectives, faute de texte d'application. Et c'est sans doute parce qu'elles étaient devenues directement applicables que l'on propose aujourd'hui de revenir sur celles qui ont été adoptées dans le cadre de la loi HPST.

Les mesures que nous proposons aujourd'hui ne seront sans doute pas adoptées. C'est regrettable, car il serait grand temps de régler ce problème et de s'attaquer enfin à définir la politique globale de santé dentaire, car une telle politique fait aujourd'hui défaut.

Nous avons jugé qu'il était de notre responsabilité de rappeler, comme l'a fait la Cour des comptes, que sur la question des prothèses comme sur bien d'autres, « la situation du secteur des soins dentaires n'est pas satisfaisante ». C'est dans ce domaine, par exemple, que les renoncements aux soins sont les plus importants, et que prospère aussi le « tourisme sanitaire ». Ce sont des signaux inquiétants.

Nous ne serons peut-être pas entendus. Mais la commission a malheureusement l'habitude – ce n'est pas Alain Vasselle qui me démentirait – de n'être pas toujours entendue à temps.

J'ai reçu ces jours derniers, comme nombre d'entre vous, bien sûr, de nombreux messages de chirurgiens-dentistes dans lesquels ils indiquaient qu'ils ne voulaient pas être considérés comme des vendeurs de prothèses. C'est très compréhensible. Ce qui l'est moins, c'est qu'ils reprochaient à la commission de s'opposer au texte de l'Assemblée nationale qui a précisément pour objet de les définir comme tels. J'aurais mieux compris qu'ils suggèrent que la facture du prothésiste soit réglée directement par le patient.

Pour conclure, je voudrais rappeler que l'amendement de la commission tendait, accessoirement, à alléger la rédaction du texte. Il évitait de reproduire la définition réglementaire des dispositifs médicaux sur mesure et de répéter les obligations d'information sur le taux de remboursement et les éventuels dépassements d'honoraires qui sont déjà prévues à l'article L. 1111-3.

L'amendement n° 29 rectifié de Gilbert Barbier a le mérite de ne pas remettre en cause ces simplifications rédactionnelles et c'est pourquoi nous demandons qu'il soit mis aux voix par priorité.

La commission a préféré émettre un avis favorable sur cet amendement n° 29 rectifié, pour les raisons que je viens d'évoquer. Mais c'est en sachant bien que ce sujet reviendra, un jour ou l'autre, peser sur nos débats.

Mme la présidente. Monsieur le rapporteur, j'ai bien noté votre demande de priorité de mise aux voix de l'amendement n° 29 rectifié. Elle sera examinée après que le Gouvernement aura donné son avis sur les quatre amendements en discussion.

Quel est donc l'avis du Gouvernement sur ces amendements ?

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Le Gouvernement est défavorable à l'amendement n° 29 rectifié, parce qu'il vise à rétablir la mention du « prix de vente » de la prothèse à la place de celle de « prix d'achat », mais sans ajouter le tarif de responsabilité et le montant des dépassements réalisés par le praticien.

Le Gouvernement accorde sa préférence aux amendements n° 23 rectifié et 95 rectifié *ter* qui sont plus complets et plus conformes à son souhait de clarifier l'information tarifaire communiquée au patient, comme cela a été voté en première lecture à l'Assemblée nationale.

Pour les mêmes raisons, le Gouvernement est défavorable à l'amendement n° 43, qui rétablit certes la mention du tarif de responsabilité mais sans indiquer le montant des dépassements réalisés par le praticien ni le prix de vente du dispositif médical.

Mme la présidente. Quel est maintenant l'avis du Gouvernement sur la demande de priorité de mise aux voix de l'amendement n° 29 rectifié, formulée par la commission ?

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Favorable.

Mme la présidente. La priorité est de droit.

Je mets donc aux voix, par priorité, l'amendement n° 29 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. En conséquence, les amendements identiques n° 23 rectifié et 95 rectifié *ter* n'ont plus d'objet.

Je mets aux voix l'amendement n° 43.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 6, modifié.

(L'article 6 est adopté.)

Article 6 bis

- ① Le livre III de la quatrième partie du même code est ainsi modifié :
- ② 1° À la fin de l'intitulé, les mots : « et ambulanciers » sont remplacés par les mots : «, ambulanciers et assistants dentaires » ;
- ③ 2° Le titre IX est ainsi modifié :
- ④ a) À la fin de l'intitulé, les mots : « et ambulanciers » sont remplacés par les mots : «, ambulanciers et assistants dentaires » ;
- ⑤ b) Le chapitre IV devient le chapitre V et les articles L. 4394-1 à L. 4394-3 deviennent respectivement les articles L. 4395-1 à L. 4395-3 ;
- ⑥ c) Il est inséré, après le chapitre III, un chapitre IV ainsi rédigé :
- ⑦ « CHAPITRE IV
- ⑧ « Assistants dentaires
- ⑨ « Art. L. 4394-1. – La profession d'assistant dentaire consiste à assister le chirurgien-dentiste ou le médecin exerçant dans le champ de la chirurgie dentaire dans son activité professionnelle, sous sa responsabilité. Dans ce cadre, l'assistant dentaire contribue aux activités de prévention et d'éducation pour la santé dans le domaine bucco-dentaire.
- ⑩ « Art. L. 4394-2. – Peuvent exercer la profession d'assistant dentaire les personnes titulaires du titre de formation français permettant l'exercice de cette profession.
- ⑪ « Les modalités de la formation et notamment les conditions d'accès, le référentiel des compétences ainsi que les modalités de délivrance de ce titre sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis d'une commission consultative comprenant des représentants de l'État, et des partenaires sociaux représentant les chirurgiens-dentistes et les assistants dentaires, dont la composition est fixée par décret.

- ⑫ « *Art. L. 4394-3.* – Peuvent également exercer la profession d'assistant dentaire les personnes titulaires d'un certificat ou d'un titre dont la liste est fixée par un arrêté du ministre chargé de la santé, dès lors que la formation correspondante a débuté avant la date d'entrée en vigueur de l'arrêté mentionné au second alinéa de l'article L. 4394-2.
- ⑬ « *Art. L. 4394-4.* – L'autorité compétente peut, après avis d'une commission composée notamment de professionnels, autoriser individuellement à exercer la profession d'assistant dentaire les ressortissants d'un État membre de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen qui ont suivi, avec succès, un cycle d'études secondaires et qui, sans posséder l'un des diplômes ou certificats mentionnés aux articles L. 4394-2 et L. 4394-3, sont titulaires :
- ⑭ « 1° D'un titre de formation délivré par un État, membre ou partie, et requis par l'autorité compétente d'un État, membre ou partie, qui réglemente l'accès à cette profession ou son exercice, et permettant d'exercer légalement ces fonctions dans cet État ;
- ⑮ « 2° Ou, lorsque les intéressés ont exercé dans un État, membre ou partie, qui ne réglemente pas l'accès à cette profession ou son exercice, d'un titre de formation délivré par un État, membre ou partie, attestant de la préparation à l'exercice de la profession, accompagné d'une attestation justifiant, dans cet État, de son exercice à temps plein pendant deux ans au cours des dix dernières années ou à temps partiel pendant une durée correspondante au cours de la même période. Cette condition n'est pas applicable lorsque la formation conduisant à cette profession est réglementée ;
- ⑯ « 3° Ou d'un titre de formation délivré par un État tiers et reconnu dans un État, membre ou partie, autre que la France, permettant d'y exercer légalement la profession.
- ⑰ « Dans ces cas, lorsque l'examen des qualifications professionnelles attestées par l'ensemble des titres de formation et de l'expérience professionnelle pertinente fait apparaître des différences substantielles au regard des qualifications requises pour l'accès et l'exercice de la profession en France, l'autorité compétente exige que l'intéressé se soumette à une mesure de compensation qui consiste, au choix du demandeur, en une épreuve d'aptitude ou en un stage d'adaptation.
- ⑱ « La délivrance de l'autorisation d'exercice permet au bénéficiaire d'exercer la profession dans les mêmes conditions que les personnes titulaires de l'un des diplômes ou certificats mentionnés aux articles L. 4394-2 et L. 4394-3.
- ⑲ « *Art. L. 4394-5.* – L'assistant dentaire peut faire usage de son titre de formation dans la langue de l'État qui le lui a délivré. Il est tenu de faire figurer le lieu et l'établissement où il l'a obtenu.
- ⑳ « Dans le cas où le titre de formation de l'État d'origine, membre ou partie, est susceptible d'être confondu avec un titre exigeant en France une formation complémentaire, l'autorité compétente peut décider que l'assistant dentaire fera état du titre de formation de l'État d'origine, membre ou partie, dans une forme appropriée qu'elle lui indique.
- ㉑ « L'intéressé porte le titre professionnel d'assistant dentaire.
- ㉒ « *Art. L. 4394-6.* – L'assistant dentaire, ressortissant d'un État membre de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, qui est établi et exerce légalement les activités d'assistant dentaire dans un État, membre ou partie, peut exécuter en France des actes professionnels de manière temporaire ou occasionnelle.
- ㉓ « Lorsque l'exercice ou la formation conduisant à la profession n'est pas réglementé dans l'État où il est établi, le prestataire de services doit justifier y avoir exercé pendant deux ans au moins au cours des dix années précédentes. L'exécution de cette activité est subordonnée à une déclaration préalable qui est accompagnée de pièces justificatives dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.
- ㉔ « Le prestataire de services est soumis aux conditions d'exercice de la profession ainsi qu'aux règles professionnelles applicables en France.
- ㉕ « Les qualifications professionnelles du prestataire sont vérifiées par l'autorité compétente, après avis d'une commission composée notamment de professionnels, avant la première prestation de services. En cas de différence substantielle entre les qualifications du prestataire et la formation exigée en France, de nature à nuire à la santé publique, l'autorité compétente demande au prestataire d'apporter la preuve qu'il a acquis les connaissances et compétences manquantes, notamment au moyen de mesures de compensation.
- ㉖ « Le prestataire de services peut faire usage de son titre de formation dans la langue de l'État qui le lui a délivré. Il est tenu de faire figurer le lieu et l'établissement où il l'a obtenu.
- ㉗ « Dans le cas où le titre de formation de l'État d'origine, membre ou partie, est susceptible d'être confondu avec un titre exigeant en France une formation complémentaire, l'autorité compétente peut décider que l'intéressé fera état du titre de formation de l'État d'origine, membre ou partie, dans une forme appropriée qu'elle lui indique.
- ㉘ « La prestation de services est réalisée sous le titre professionnel de l'État d'établissement, de manière à éviter toute confusion avec le titre professionnel français. Toutefois, dans le cas où les qualifications ont été vérifiées, la prestation de services est réalisée sous le titre professionnel français.
- ㉙ « *Art. L. 4394-7.* – L'assistant dentaire, lors de la délivrance de l'autorisation d'exercice ou de la déclaration de prestation de services, doit posséder les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de la profession et celles relatives aux systèmes de poids et mesures utilisés en France.
- ㉚ « *Art. L. 4394-8.* – Sont déterminés par décret en Conseil d'État :
- ㉛ « 1° La composition et le fonctionnement de la commission mentionnée à l'article L. 4394-4 et les conditions dans lesquelles l'intéressé est soumis à une mesure de compensation ;
- ㉜ « 2° Les modalités de vérification des qualifications professionnelles mentionnées à l'article L. 4394-6. » ;

- ③③ d) Le chapitre V du même titre IX est complété par un article L. 4395-4 ainsi rédigé :
- ③④ « Art. L. 4395-4. – L'usage sans droit de la qualité d'assistant dentaire ou d'un diplôme, certificat, ou autre titre légalement requis pour l'exercice de cette profession est puni comme le délit d'usurpation de titre prévu à l'article 433-17 du code pénal.
- ③⑤ « Les personnes morales peuvent être déclarées pénalement responsables de ce délit dans les conditions prévues par l'article 121-2 du même code. Elles encourent les peines prévues pour le délit d'usurpation de titre aux articles 433-17 et 433-25 dudit code. » – (*Adopté.*)

Article 6 ter
(*Suppression maintenue*)

.....

Article 7 bis

- ① I. – Après l'article L. 132-3-2 du code des juridictions financières, il est inséré un article L. 132-3-3 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 132-3-3. – (*Non modifié*) La Cour des comptes établit chaque année un rapport public présentant le compte rendu des vérifications qu'elle a opérées en vue de certifier, dans les conditions prévues à l'article L. 6145-16 du code de la santé publique, la régularité, la sincérité et la fidélité des comptes des établissements publics de santé mentionnés à l'article L. 6141-2 du même code dont le total des produits du compte de résultat principal, constaté dans le compte financier mentionné à l'article L. 6143-1 dudit code, pour l'année 2009 est supérieur à 700 millions d'euros.
- ③ « Il comprend également une synthèse des rapports de certification des comptes des autres établissements publics de santé prévus par l'article L. 6145-16 du même code. Ces rapports lui sont obligatoirement transmis dans des conditions fixées par un décret en Conseil d'État.
- ④ « Sur la base des rapports mentionnés au premier alinéa et à la seconde phrase du deuxième alinéa du présent article, la Cour des comptes émet un avis sur la qualité de l'ensemble des comptes des établissements publics de santé soumis à certification. Cet avis est présenté dans le rapport mentionné à l'article L. O. 132-3 du présent code.
- ⑤ « À compter de l'exercice 2010, le total des produits du compte de résultat principal pris en compte pour l'application du présent article est réévalué tous les cinq ans en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la consommation hors tabac. »
- ⑥ II. – (*Non modifié*)
- ⑦ III. – (*Supprimé*)
- ⑧ IV. – (*Supprimé*)

Mme la présidente. L'amendement n° 116, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 7

Rétablir le III dans la rédaction suivante :

III. – L'article L. 132-3-3 du code des juridictions financières s'applique au plus tard sur les comptes de l'exercice 2016.

II. – Alinéa 8

Rétablir le IV dans la rédaction suivante :

IV. – Après le mot : « comptes », la fin du II de l'article 17 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires est ainsi rédigée : « de l'exercice 2016 ».

La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Cet amendement vise à introduire un report de l'échéance sur les comptes de l'exercice 2016, initialement prévue à 2014, pour tenir compte de l'ampleur, de la complexité et du coût du chantier relatif à la certification des établissements de santé.

Il est nécessaire de décider ce report dès aujourd'hui, afin de donner de la visibilité aux établissements, qui mènent parallèlement deux lourds travaux de modernisation : la facturation individuelle des séjours à l'assurance maladie ; la gestion du patrimoine, la gestion des achats, la comptabilité analytique, l'évolution des systèmes d'information.

En tout état de cause, il s'agit d'une date limite et la possibilité reste ouverte aux établissements de faire certifier leurs comptes avant 2016.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La loi HPST – adoptée en 2009, je le rappelle – a prévu la certification des comptes de certains hôpitaux à partir de 2015 sur leurs comptes de 2014. Plus de quatre années étaient donc programmées pour préparer ce processus.

Madame la secrétaire d'État, vous nous demandez dès aujourd'hui de décaler l'entrée en vigueur de la mesure de deux ans, car, dites-vous, le travail est très important et nous ne serons pas prêts. Parallèlement, vous indiquez que cette date est un butoir et que vous irez peut-être plus vite. Il y a une légère contradiction dans les arguments.

Qui plus est, le Gouvernement n'a toujours pas publié, comme cela était prévu par la loi HPST, la liste des établissements concernés. Comment peuvent-ils se préparer si cette liste n'est pas publiée ?

Notre commission soutient fermement le processus de la certification qui constitue l'un des éléments de l'amélioration de l'efficacité des établissements.

Nous ne sommes qu'en 2011, si bien que décaler dès aujourd'hui l'entrée en vigueur de cette mesure ne pourra qu'être un signal très négatif envoyé aux différents acteurs concernés.

Alain Vasselle, rapporteur général de la commission des affaires sociales, est malheureusement absent, mais il pourrait vous faire la longue liste des dispositions sur lesquels nous avons connu des attermolements de même nature : la convergence tarifaire et les études sectorielles, la facturation individuelle par les hôpitaux à l'assurance maladie, ou encore le répertoire des professionnels de santé.

La commission a considéré qu'un tel amendement n'était pas acceptable et c'est pourquoi elle a émis un avis défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Fourcade, pour explication de vote.

M. Jean-Pierre Fourcade. Je comprends très bien la position de M. le rapporteur, mais, là encore, elle s'attache trop aux principes et néglige quelque peu la réalité. En effet, il ne s'agit pas seulement des établissements hospitaliers, qui ont l'obligation de mettre en place une comptabilité analytique, de vérifier leurs comptes, de faire une comptabilité patrimoniale car Dieu sait tous les terrains, tous les immeubles et toutes les annexes que possèdent nos établissements.

La Cour des comptes elle-même n'est pas en mesure de vérifier et de certifier ces comptes. L'ordre des experts-comptables, qui va travailler pour tous les établissements dont le chiffre d'affaires est inférieur à 700 millions d'euros, a besoin de directives.

Par conséquent, – peut-être le Gouvernement exagère-t-il en demandant un report de deux ans –, je considère que prolonger le délai d'un an serait une bonne formule. En effet, cela montrerait le souci de parvenir à la certification des comptes. Deux ans, ce serait trop, madame la secrétaire d'État.

Toutefois, une prolongation est nécessaire car ni les magistrats de la Cour des comptes ni les experts-comptables ne sont aujourd'hui en mesure de répondre à cette obligation. Mieux vaut repousser un peu cette échéance et avoir la certitude que la certification sera effective, plutôt que de maintenir un principe dont nous serons obligés de nous écarter lorsque l'obstacle se présentera.

M. Gérard Dériot. Très bien !

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

M. Alain Milon, rapporteur. J'ai bien entendu les propos de M. Fourcade. Je voudrais simplement lui rappeler que, dans le cas de la loi HPST, dont j'étais le rapporteur au Sénat, c'est nous, commission des affaires sociales, qui avons proposé que les experts-comptables puissent également assurer l'expertise comptable des hôpitaux, et ce contre l'avis de la Cour des comptes qui affirmait à l'époque qu'elle serait capable de tout faire.

Nous lui attribuons des effectifs supplémentaires et à présent elle nous dit que l'échéance de 2014 risque d'être impossible à tenir. Nous ne sommes qu'en 2011, nous avons encore trois ans devant nous et nous pourrions revenir sur le sujet s'il n'est véritablement pas possible d'achever le travail d'ici à 2014.

Mme Raymonde Le Texier. Très bien !

M. Alain Milon, rapporteur. Je comprends que la tâche paraisse considérable *a priori*. Néanmoins, si on commence par dire en 2011 : « Vous ne pourrez pas l'accomplir pour 2014, ce sera donc pour 2016 », en 2014 on nous dira : « 2016 c'est impossible, remettez cela à 2018 ».

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Non !

M. Alain Milon, rapporteur. Je préférerais que l'on maintienne 2014 comme échéance, tout en sachant que le travail est considérable et qu'il ne sera probablement pas achevé d'ici là : nous y reviendrons par la suite, mais il est inutile de prévoir un report trois ans à l'avance !

Mme la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. J'ai bien entendu les arguments de M. le rapporteur et je suis sensible à la proposition de M. Fourcade. Par compromis, je modifie donc mon amendement, en proposant l'échéance de 2015.

Mme la présidente. Je suis donc saisie d'un amendement n° 116 rectifié, présenté par le Gouvernement et ainsi libellé :

I. – Alinéa 7

Rétablir le III dans la rédaction suivante :

III. – L'article L. 132-3-3 du code des juridictions financières s'applique au plus tard sur les comptes de l'exercice 2015.

II. – Alinéa 8

Rétablir le IV dans la rédaction suivante :

IV. – Après le mot : « comptes », la fin du II de l'article 17 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires est ainsi rédigée : « de l'exercice 2015 ».

Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Vous coupez la poire en deux, madame la secrétaire d'État, et vous démontrez ainsi que, quoi qu'il en soit, l'échéance 2015 ne sera pas tenue. Sagesse, à la rigueur...

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 116 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 7 *bis*, modifié.

(L'article 7 bis est adopté.)

Article 7 *ter* A (Supprimé)

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 44 rectifié, présenté par MM. Daudigny, Le Menn et Godefroy, Mmes Le Texier, Jarraud-Vergnolle et Demontès, MM. Cazeau, Desessard et Michel, Mmes Ghali, Alquier et Campion, MM. Gillot, Jeannerot, Kerdraon et S. Larcher, Mmes Printz, San Vicente-Baudrin et Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

I. – Un rapport est remis chaque année, par le Gouvernement, au Parlement, sur les efforts engagés par les agences régionales de santé en matière de recomposition de l'offre hospitalière. Il rend compte, pour chaque région, des coopérations qui ont pu être mises en œuvre, des regroupements réalisés entre services ou entre établissements et des reconversions de lits vers le secteur médico-social.

II. – Après le cinquième alinéa de l'article L. 6133-1 du code de la santé publique, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« 4° Réaliser, gérer, pour le compte de ses membres, une ou plusieurs activités de soins au sens de l'article L. 6122-1, dont la ou les autorisations sanitaires sont détenues par un ou plusieurs de ses membres.

« Cette ou ces autorisations peuvent être exploitées, dans le cadre du groupement, par ses membres ou par le groupement lui-même, dans les conditions définies par la convention constitutive. Quel que soit le mode d'exploitation, au sein du groupement de coopération sanitaire, d'une autorisation d'activité de soins, le

membre du groupement initialement autorisé demeure titulaire de cette autorisation sanitaire et seul responsable de son exploitation. »

La parole est à Mme Raymonde Le Texier.

Mme Raymonde Le Texier. Cet amendement porte sur deux points.

Premièrement, il vise à rétablir l'article 7 *ter* A, ajouté par l'Assemblée nationale et supprimé par la commission des affaires sociales du Sénat. Cet article établit qu'un rapport annuel doit être remis, par le Gouvernement, au Parlement, sur les efforts engagés par les agences régionales de santé en matière de recomposition de l'offre hospitalière.

Ce rapport rend compte pour chaque région des coopérations mises en œuvre, des regroupements réalisés entre services ou entre établissements et des reconversions de lits vers le secteur médico-social.

Ce document nous paraît donc essentiel pour évaluer l'évolution de l'offre hospitalière, étudier les régions où les coopérations entre les établissements sont les plus efficaces et cibler celles qui semblent avoir le plus besoin d'aide.

Deuxièmement, cet amendement ajoute une disposition à l'article L. 6133-1 du code de la santé publique sur les groupements de coopération sanitaire, les GCS. Des établissements de santé publics et privés peuvent mutualiser leurs moyens techniques, médico-techniques et humains pour élargir leur offre de soins. Ainsi, des établissements titulaires d'autorisations sanitaires différentes peuvent utiliser les autorisations des autres membres du GCS. De plus, les GCS peuvent réaliser et gérer pour le compte de leurs membres des activités de soins dont les autorisations sanitaires sont détenues par un ou plusieurs de leurs membres.

Cet amendement permet de relancer la dynamique de coopération hospitalière entre les établissements publics et privés. C'est là une nécessité, car la loi HPST a stoppé les initiatives des groupements de coopération sanitaire. En outre, certaines agences de l'hospitalisation s'étaient opposées à la constitution de GCS de moyens. Or ces derniers favorisent la mutualisation des ressources et des moyens et permettent donc d'élargir l'offre de soins à un plus grand nombre de patients. Il est donc important de faciliter la constitution de GCS.

Afin d'éviter d'éventuelles dérives, une attention particulière doit être portée au cadre juridique de ces GCS. En précisant que les membres du GCS initialement autorisés pour une activité de soins demeurent titulaires de leur autorisation et seuls responsables de son exploitation, cet amendement permet aux établissements de santé de mutualiser leurs moyens humains et matériels tout en sécurisant le régime juridique des GCS, car la responsabilité engagée est celle du détenteur de l'autorisation.

Ainsi, cet amendement vise, d'une part, à favoriser l'évaluation de la recomposition de l'offre hospitalière par l'élaboration d'un rapport annuel et, d'autre part, à stimuler les GCS afin d'élargir l'offre de soins.

Mme la présidente. L'amendement n° 16 rectifié, présenté par M. Revet, Mme Rozier, M. Darniche, Mme Desmarescaux, MM. Lorrain et Beaumont et Mmes Deroche, Bruguière, Hermange et Giudicelli, est ainsi libellé :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

L'article L. 6133-1 du code de la santé publique est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« 4° Réaliser, gérer, pour le compte de ses membres, une ou plusieurs activités de soins au sens de l'article L. 6122-1, dont la ou les autorisations sanitaires sont détenues par un ou plusieurs de ses membres.

« Cette ou ces autorisations peuvent être exploitées, dans le cadre du groupement, par ses membres ou par le groupement lui-même dans les conditions définies par la convention constitutive. Quel que soit le mode d'exploitation, au sein du groupement de coopération sanitaire, d'une autorisation d'activité de soins, le membre du groupement initialement autorisé demeure titulaire de cette autorisation sanitaire et seul responsable de son exploitation. »

La parole est à Mme Catherine Deroche.

Mme Catherine Deroche. Cet amendement concerne également les GCS de moyens. Il vise à clarifier le rôle et la place de ces groupements afin de rétablir la dynamique de coopération entre établissements de santé publics et privés. En effet, l'intervention de la loi HPST et l'émergence des GCS détenteurs d'autorisations érigés en établissements de santé ont stoppé les initiatives en la matière.

Mme la présidente. L'amendement n° 81 rectifié, présenté par M. Collin, Mmes Escoffier et Laborde et MM. Marsin et Tropeano, est ainsi libellé :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Un rapport est remis chaque année par le Gouvernement au Parlement sur les efforts engagés par les agences régionales de santé en matière de recomposition de l'offre hospitalière. Il rend compte, pour chaque région, des coopérations qui ont pu être mises en œuvre, des regroupements réalisés entre services ou entre établissements et des reconversions de lits vers le secteur médico-social.

La parole est à M. Daniel Marsin.

M. Daniel Marsin. Cet amendement rejoint la première partie de l'amendement n° 44 rectifié. Il vise en effet à rétablir le rapport adopté par l'Assemblée nationale et supprimé par la commission. À ce titre, je rejoins ma collègue Raymonde Le Texier : l'évolution du paysage hospitalier est un enjeu fondamental pour nos concitoyens et pour les élus que nous sommes.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Concernant l'amendement n° 44 rectifié, le I proposé pour l'article 7 *ter* A rétablit le texte adopté par l'Assemblée nationale, que la commission des affaires sociales a supprimé. Le II reprend un amendement qui a déjà été déposé plusieurs fois, sur différents textes. Il tente d'opérer une synthèse entre le GCS de moyens et le GCS établissements de santé, en prévoyant que des GCS exercent des activités de soins dont les autorisations sont détenues par un ou plusieurs de leurs membres. Cette solution ne me semble pas plus viable que le GCS établissements. Elle ne clarifie pas non plus le régime juridique du GCS, ce qui reste pourtant nécessaire.

Aussi, la commission demande à ses auteurs de retirer cet amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

L'amendement n° 16 rectifié de M. Revet prévoit d'inscrire à l'article 7 *ter* A des nouvelles dispositions relatives aux GCS identiques à celles qui figurent dans l'amendement n° 44

rectifié présenté par Mme Le Texier. La commission demande donc également à ces auteurs de retirer cet amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

Enfin, l'amendement n° 81 rectifié vise à rétablir le rapport annuel remis au Parlement, par le Gouvernement, sur la recomposition de l'offre hospitalière. La commission n'estime pas nécessaire d'ajouter ce rapport à la longue liste des rapports existants. En effet, les informations demandées sont déjà largement disponibles. En outre, le Gouvernement a engagé la création d'un observatoire consacré à ce sujet, ce qui est encore mieux qu'un rapport. Aussi, la commission émet un avis défavorable sur cet amendement.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Pour les raisons indiquées par M. le rapporteur, le Gouvernement émet un avis défavorable sur ces trois amendements.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 44 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Madame Deroche, l'amendement n° 16 rectifié est-il maintenu ?

Mme Catherine Deroche. Je le maintiens, madame la présidente.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 16 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. En conséquence, l'article 7 *ter* A est rétabli dans cette rédaction, et l'amendement n° 81 rectifié n'a plus d'objet.

La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. L'amendement de M. Collin étant devenu sans objet, on m'a coupé l'herbe sous le pied.

À notre avis, il est important que les efforts engagés par les agences régionales de santé en matière de recomposition de l'offre hospitalière fassent l'objet d'un rapport. En effet, comme le soulignent les travaux de M. Fourcade, la recomposition de l'offre hospitalière est un sujet majeur qui touche l'ensemble de nos collectivités territoriales et qui soulève des enjeux fondamentaux pour nos concitoyens.

Pour le Gouvernement, la recomposition de l'offre hospitalière est toujours synonyme de fermeture d'établissements de proximité et de privatisation de pans entiers de leurs missions. D'ailleurs, la loi HPST a innové en la matière en permettant que se multiplient les partenariats public-privé dans le domaine sanitaire et social, autour des groupements de coopération sanitaire.

Sont ainsi apparues des structures hybrides susceptibles de générer des confusions pour les patients, qui ne savent plus si l'établissement auquel ils ont affaire est public ou privé.

À nos yeux, la recomposition hospitalière qui est à l'œuvre depuis des années et qui s'accélère avec la loi HPST répond moins aux besoins de santé des populations qu'à des règles comptables : il s'agit de réduire les déficits budgétaires. C'est sans doute pour cela que la recomposition hospitalière a commencé au sein des établissements privés lucratifs qui trouvaient en elle le moyen de réduire les dépenses inutiles ou de supprimer des services considérés comme générant trop peu de profits.

Selon une étude remise par Dexia à la fin de l'année 2009, le nombre d'établissements « MCO » – médecine, chirurgie, obstétrique – est passé entre 1995 et 2005 de 2 067 à 1 522, les plus touchés étant les services de maternité, avec la fermeture de 127 d'entre eux et le regroupement d'une quarantaine d'autres.

Cette étude révèle par ailleurs un autre élément intéressant, à savoir que ces restructurations vont maintenant toucher principalement le secteur public. C'est en tout cas l'analyse d'Emmanuel Vigneron, professeur de géographie et d'aménagement. Selon lui, « les restructurations sont désordonnées, sans vision d'ensemble au niveau national » et « il manque une stratégie claire pour dessiner la carte hospitalière à trente ans ». Pour nous, les choses sont claires : la seule stratégie à l'œuvre est celle de la RGPP !

Aussi, bien qu'il puisse être intéressant de disposer d'un rapport sur le sujet, nous regrettons que celui-ci laisse accroire dans sa formulation que la recomposition hospitalière doit être un objectif en soi. Nous aurions préféré que cette demande de rapport aborde notamment la question des conséquences des recompositions en termes d'accès aux soins pour les populations. D'après l'étude, seuls quatorze cantons sont à plus de soixante kilomètres d'un bloc chirurgical dans un établissement public.

L'un des grands points d'interrogation de la restructuration des établissements publics hospitaliers est de savoir combien de lits seront fermés. Le chiffre de 20 000, que j'ai avancé, est contesté par le Gouvernement, mais, d'une manière ou d'une autre, 350 à 400 structures ou établissements de proximité sont voués à disparaître. Ce sujet mérite toute notre attention, car il touche la vie quotidienne des Françaises et des Français.

Nous sommes très attachés à l'hôpital public. Or, dans l'agglomération lyonnaise, nous voyons fleurir les établissements privés.

Mme Muguette Dini, présidente de la commission des affaires sociales. Ils sont très bien !

M. Guy Fischer. Cela ne me surprend pas !

Mme Muguette Dini, présidente de la commission des affaires sociales. Vous l'avez cherché !

M. Guy Fischer. Vous me provoquez ! La droite vient de reconnaître que seuls les établissements privés ont droit de cité...

Mme Marie-Thérèse Hermange. Quel incroyable raccourci !

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Fourcade.

M. Jean-Pierre Fourcade. Je ne répondrai pas à M. Fischer, car nous aurons d'autres occasions d'échanger nos points de vue au cours de la journée.

En revanche, je demande au Sénat de rejeter l'article 7 *ter* A.

En premier lieu, je ne souscris pas aux propositions du professeur Vigneron, qui plaide pour l'établissement d'une carte nationale du système hospitalier. Si les ARS ont été créées, c'est précisément pour permettre d'apprécier localement, au plus proche du terrain, les besoins en matière d'offre de soins. Il serait donc absurde de vouloir renationaliser cette question.

En second lieu, après avoir suivi un an durant la mise en place des ARS, j'ai pu constater que celles-ci avaient reçu 300 circulaires d'application lors de leur première année de fonctionnement, et qu'elles devaient gérer des personnels relevant de sept statuts différents. Voter aujourd'hui la

remise d'un nouveau rapport ne ferait qu'aggraver leurs difficultés, à l'heure où elles doivent déjà œuvrer à la création des schémas régionaux de l'offre de soins, au regroupement des établissements, à la coopération interhospitalière ainsi qu'à la mise en place des maisons de santé et des autres structures prévues par la loi. Nous devons plutôt leur permettre de travailler sur le terrain avec les élus, les professionnels et les responsables d'établissements.

C'est pourquoi je vous demande, mes chers collègues, comme le propose la commission, de voter contre l'article 7 *ter* A.

Mme la présidente. Je ne le mettrai pas aux voix : la question a été close par l'adoption de l'amendement n° 16 rectifié. On ne pourra y revenir que dans la navette.

J'ai accepté que vous preniez la parole pour préciser votre pensée, mais sur ce point nous en sommes à l'étape suivante.

M. Jean-Pierre Fourcade. Je le déplore, madame la présidente !

Articles 7 *ter* et 7 *quater* (Suppressions maintenues)

.....

Article 9 A (Non modifié)

Au onzième alinéa de l'article L. 6143-5 du code de la santé publique, après le mot : « sociale », sont insérés les mots : « ou son représentant ». – (Adopté.)

Article 9 B

- ① I. – L'article 3 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est ainsi modifié :
- ② 1° Au premier alinéa, les mots : « et à l'article L. 6143-7-2 du code de la santé publique » sont supprimés ;
- ③ 2° À la fin du deuxième alinéa, le mot : « universitaires » est remplacé par le mot : « régionaux ».
- ④ II. – Le quatrième alinéa de l'article L. 6143-7-2 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ⑤ « Si le candidat choisi n'a pas la qualité de fonctionnaire, le directeur est nommé selon la procédure prévue à l'article 3 de la même loi. »

Mme la présidente. L'amendement n° 46, présenté par MM. Le Menn, Daudigny et Godefroy, Mmes Le Texier, Jarraud-Vergnolle et Demontès, MM. Cazeau, Desessard et Michel, Mmes Ghali, Alquier et Campion, MM. Gillot, Jeannerot, Kerdraon et S. Larcher, Mmes Printz, San Vicente-Baudrin et Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

... - Lors de la transformation d'un syndicat interhospitalier en groupement d'intérêt public ou en groupement de coopération sanitaire, en application du III de l'article 23 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, les personnels fonctionnaires qui

exerçaient au sein d'un SIH à la date de ladite transformation, pourront, à titre dérogatoire, être maintenus dans leur statut au sein de la nouvelle structure.

La parole est à M. Jacky Le Menn.

M. Jacky Le Menn. Le présent amendement, qui a trait à la fonction publique hospitalière, comme l'ensemble de l'article 9 B, vise à corriger une anomalie rédactionnelle aux termes de laquelle les personnels fonctionnaires en poste au sein d'un syndicat interhospitalier ne peuvent pas conserver leur statut lors de la transformation, prévue par la loi HPST, de ce syndicat en groupement d'intérêt public ou en groupement de coopération sanitaire.

Cette anomalie aura pour conséquence le départ probable, voire certain, des fonctionnaires exerçant au sein des syndicats interhospitaliers, ce qui présente un risque majeur de déstabilisation des structures nouvellement créées – ce qui serait dommage –, car elle va les priver des compétences sur lesquelles s'appuyaient ces syndicats.

Cet amendement ne se traduira pas par la création ou l'aggravation d'une charge publique, dans la mesure où il se contente de permettre aux seuls fonctionnaires déjà employés au sein des syndicats interhospitaliers de conserver leur statut lors de la transformation du syndicat en groupement d'intérêt public ou en groupement de coopération sanitaire.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement a déjà été présenté à deux reprises, lors de l'examen de la proposition de loi de simplification du droit et à l'occasion de la première lecture de cette proposition de loi.

Il tend à régler la situation des fonctionnaires recrutés directement pour les syndicats interhospitaliers qui doivent être transformés en groupement d'intérêt public ou en groupement de coopération sanitaire avant le 21 juillet 2012.

Tout le monde a reconnu qu'il s'agissait d'un vrai sujet. À deux reprises, le Gouvernement a renvoyé la question à un examen ultérieur, et je souhaite qu'il puisse aujourd'hui nous éclairer sur l'état d'avancement des travaux qu'il mène.

Par cohérence avec la position qu'elle a adoptée en première lecture, la commission est favorable à cet amendement.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Le Gouvernement sollicite le retrait de cet amendement ; à défaut, il émettra un avis défavorable.

Le Gouvernement entend certes répondre à la nécessité d'encadrer la situation des fonctionnaires d'un syndicat interhospitalier à l'issue de la transformation, d'ores et déjà engagée, de l'ensemble de ces syndicats. Mais il a prévu d'intégrer une disposition en ce sens dans le projet de loi relatif à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels dans la fonction publique, à la lutte contre les discriminations et portant diverses dispositions relatives à la fonction publique.

Mme la présidente. Monsieur Le Menn, l'amendement n° 46 est-il maintenu ?

M. Jacky Le Menn. Oui, madame la présidente.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 46.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 9 B.

(L'article 9 B est adopté.)

Article 9

- ① L'article L. 6141-7-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ③ « Les statuts des fondations hospitalières sont approuvés par décret. Ils définissent les conditions dans lesquelles une partie de la dotation peut être affectée à l'activité de la fondation. » ;
- ④ 2° Les deux derniers alinéas sont remplacés par deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑤ « La fondation hospitalière est administrée par un conseil d'administration composé de représentants des établissements publics fondateurs. Les statuts peuvent en outre prévoir la présence de personnalités qualifiées. La fondation est soumise au contrôle du directeur général de l'agence régionale de santé.
- ⑥ « Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application du présent article. »

Mme la présidente. L'amendement n° 93, présenté par M. Fischer, Mmes David et Pasquet, M. Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Comme vous le savez, notre groupe s'est opposé, dès l'examen du projet de loi « hôpital, patients, santé et territoires », aux fondations hospitalières dont il est question dans cet article 9. À l'occasion de la première lecture de cette proposition de loi, le Sénat avait fait le choix de supprimer cet article, qui revient sur les dispositions introduites dans la loi HPST de juillet 2009 avec comme objectif d'accentuer encore un peu plus la dérégulation.

Je note d'ailleurs que M. le rapporteur est lui-même très réservé sur le sujet, si j'en crois cet extrait du rapport : « Votre commission rappelle ce qu'elle a déjà fait valoir en première lecture : une réflexion plus approfondie est indispensable pour clarifier ce que l'on attend réellement de ce nouvel outil juridique, du rôle que l'on souhaite donner aux fondations hospitalières dans le développement – certainement nécessaire – de la recherche médicale au travers des établissements hospitaliers, ainsi que, plus généralement, sur l'organisation de la recherche publique au sein des établissements publics de santé. »

Nous partageons ce constat, monsieur le rapporteur. En revanche, nous n'adhérons pas à vos préconisations. Vous vous êtes en effet prononcé pour le maintien de cet article, certainement à la suite de l'adoption de votre amendement en commission. Sans doute cela justifie-t-il la nouvelle position que vous avez prise.

Il n'en demeure pas moins que les importantes critiques que vous aviez formulées restent pourtant valables.

Ainsi, la composition du conseil d'administration n'est pas modifiée et le fait d'octroyer la majorité des sièges de celui-ci aux fondateurs constitue une entorse très substantielle au droit des fondations.

Par ailleurs, le contrôle de la fondation par le directeur général de l'agence régionale de santé ne sécurise absolument pas l'utilisation des moyens financiers des hôpitaux publics – car c'est bien de cela qu'il s'agit.

Ceux qui croient que l'instauration de telles fondations est de nature à relancer la recherche publique se trompent ! Ce dont la recherche a besoin aujourd'hui, c'est de la mobilisation de fonds publics et de la suppression des mécanismes qui favorisent la recherche privée au détriment de la recherche publique.

C'est pourquoi nous vous proposons de supprimer cet article 9.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement vise à supprimer l'article 9, qui aménage le cadre juridique des fondations hospitalières.

Il est vrai que le Sénat avait supprimé cet article en première lecture. L'Assemblée nationale l'a ensuite rétabli dans la rédaction de la proposition de loi initiale.

Or Jean-Pierre Fourcade lui-même était convenu des imperfections de son texte initial et de la nécessité de l'améliorer et de le sécuriser sur un plan juridique. C'est ce que la commission a fait en utilisant le temps de la navette pour trouver une solution.

Le texte de la commission prévoit donc que les statuts de la fondation hospitalière seront approuvés par décret, que son conseil d'administration sera composé de représentants des établissements publics fondateurs ainsi que, le cas échéant, de personnalités qualifiées, qu'elle sera soumise au contrôle du directeur général de l'ARS et qu'un décret en Conseil d'État viendra déterminer les modalités d'application de cet article.

Cette nouvelle rédaction nous paraît équilibrée. Bien encadrées, les fondations hospitalières pourront sans doute jouer un rôle utile dans le développement de la recherche médicale au travers des établissements hospitaliers.

En conséquence, la commission est défavorable à cet amendement.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. L'avis est également défavorable.

Les fondations hospitalières ont pour objet de répondre aux préconisations du rapport Larcher et poursuivent un triple objectif.

D'abord, promouvoir et favoriser la recherche biomédicale en France au travers des établissements publics de santé, notamment en favorisant le transfert de crédits privés vers la recherche publique.

Ensuite, réduire et mieux contrôler les associations loi 1901 gravitant autour de la recherche publique au sein des établissements publics de santé.

Enfin, proposer aux établissements publics de santé un outil adapté à leur mode de gouvernance et pertinent pour leurs actions de recherche, qui doit leur permettre de concourir, notamment, aux missions de service public en matière de recherche définies par la loi de santé publique.

Les fondations hospitalières, en tant qu'outils de politique publique, sont donc très importantes pour l'avenir de la recherche biomédicale portée par les établissements publics de santé.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Fourcade, pour explication de vote.

M. Jean-Pierre Fourcade. Je remercie M. le rapporteur de s'être finalement rallié à la création des fondations hospitalières.

Contrairement aux affirmations de Mme David, on vient de créer, sur fonds publics, grâce au grand emprunt, six instituts de recherche hospitalo-universitaires, qui vont tenter de porter la recherche médicale française à un niveau d'excellence mondial.

Trois instituts sont implantés en Île-de-France et trois autres en province. En outre, un septième devrait voir le jour dans le domaine de la recherche contre le cancer, comme l'a annoncé le Président de la République.

Comment peut-on faire fonctionner ce genre de recherche à vocation mondiale s'il n'y a pas une fondation qui rassemble des capitaux dépassant ce qui vient d'être accordé dans le cadre du grand emprunt ?

Priver la recherche médicale de ce type de fondation, alors que cela existe en Suisse, en Italie, en Belgique, aux États-Unis et en Grande-Bretagne, serait contradictoire avec l'annonce de la création des instituts hospitalo-universitaires.

Je remercie M. le rapporteur d'avoir fait un pas dans ma direction, puisque, dans ma proposition de loi initiale, – ce que l'on oublie toujours – j'avais prévu la création de ces fondations hospitalières. Elles me semblent d'autant plus essentielles que la mobilisation des capitaux publics atteint 850 millions d'euros – ce qui n'est pas rien –, à diviser entre les six établissements.

Dans ces conditions, vous pouvez, mes chers collègues, tous vous rallier à la proposition de la commission.

Mme Muguette Dini, présidente de la commission des affaires sociales. Très bien !

Mme la présidente. La parole est à Mme Annie David, pour explication de vote.

Mme Annie David. En l'occurrence, il y a une confusion. Nous devrions, les uns et les autres, mieux nous écouter lorsque nous défendons nos amendements.

Monsieur Fourcade, madame la secrétaire d'État, au travers de l'amendement que j'ai présenté, les membres du groupe CRC-SPG et moi-même ne proposons pas de supprimer les fondations hospitalières, sinon nous aurions déposé un amendement de suppression de l'article L. 6141-7-3 du code de la santé publique, qui est relatif à ces fondations. Ce que nous proposons, c'est de supprimer l'article 9 de la proposition de loi qui réaménage les statuts et le fonctionnement des fondations hospitalières.

Que les choses soient bien claires : nous proposons, par le présent amendement, de supprimer non pas les fondations hospitalières, malgré les réserves qu'elles suscitent de notre part – vous les connaissez, je ne les reprendrai pas –, mais cet article 9, qui, loin de clarifier ou d'offrir un meilleur encadrement des fondations, ne fera que rendre encore plus flou leur fonctionnement.

Cet article prévoit pas moins de deux décrets d'application pour fixer les règles de fonctionnement des futures fondations hospitalières, alors que jusqu'à présent les statuts étaient définis par le conseil d'administration.

À l'alinéa 3, il est indiqué que « les statuts des fondations hospitalières sont approuvés par décret », tandis que l'alinéa 6 prévoit qu'un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application de cet article 9. À l'issue du vote dudit article, nous ne saurons donc pas précisément comment seront définis les statuts ni quelles seront les règles de fonctionnement de ces fondations hospitalières.

Je veux bien que l'on dise beaucoup de choses à notre propos, et M. Fourcade a parlé tout à l'heure d'idéologie ; je veux bien que l'on nous accuse de mille maux, mais je ne veux pas que l'on nous fasse passer pour ce que nous ne sommes pas. Par notre amendement, nous ne proposons pas, je le répète, de supprimer les fondations hospitalières.

J'aurais aimé obtenir d'autres explications de la part de Mme la secrétaire d'État, qui a simplement exprimé tout le bien qu'elle pense des fondations. Je ne partage pas complètement sa vision, mais ce n'était pas sur ce point que nous souhaitions prendre position : nous voulions obtenir une nouvelle rédaction de cet article qui, en l'état actuel, introduit encore plus de flou dans le fonctionnement des futures fondations.

J'ai bien entendu les arguments de M. Fourcade relatifs à la recherche publique. Je suis tout à fait ravie que les fondations hospitalières puissent bénéficier de fonds pour la recherche publique. Néanmoins, c'est de d'argent public qu'il s'agit. Aussi, nous aurions aimé que l'article 9 soit plus précis afin que l'on puisse véritablement connaître les apports concrets de ces fondations à la recherche publique.

Je tenais à préciser que notre amendement ne tend pas à supprimer les fondations hospitalières, mais à clarifier leurs statuts et leur fonctionnement, points sur lesquels nous n'avons obtenu aucune information à l'issue de cette discussion.

M. Guy Fischer. Très bien !

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 93.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 9.

(L'article 9 est adopté.)

Article 9 bis A

① Le g du 2° de l'article L. 1431-2 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

② « À ce titre, elles publient un bilan annuel, quantitatif et qualitatif, des séjours et de l'activité des établissements de santé, portant notamment sur les actes et interventions chirurgicales, sur la base des informations mentionnées à l'article L. 6113-8. La personne publique désignée par l'État et mentionnée au premier alinéa de l'article L. 6113-8 en publie, chaque année, une analyse nationale et comparative par région. »

Mme la présidente. L'amendement n° 47, présenté par MM. Le Menn, Daudigny et Godefroy, Mmes Le Texier, Jarraud-Vergnolle et Demontès, MM. Cazeau, Desessard et Michel, Mmes Ghali, Alquier et Campion, MM. Gillot, Jeannerot, Kerdraon et S. Larcher, Mmes Printz, San Vicente-Baudrin et Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Compléter cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

Après le 8° de l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 9°) de publier annuellement un bilan national et comparatif par région, quantitatif et qualitatif, de la prévalence des actes et interventions chirurgicales réalisés par les établissements de santé. La caisse nationale exerce, au titre des attributions énoncées ci-dessus, un pouvoir de contrôle sur les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et primaires d'assurance maladie. »

La parole est à M. Jacky Le Menn.

M. Jacky Le Menn. L'article 9 *bis* A tend à prévoir la publication annuelle par les ARS et par l'assurance maladie d'un bilan, quantitatif et qualitatif, des séjours et de l'activité des établissements de santé. L'analyse doit être nationale et comparative par région.

Notre amendement vise à compléter le bilan précité. La Caisse nationale d'assurance maladie, la CNAM, devrait se concentrer sur la prévalence des actes et interventions chirurgicales réalisés par les établissements de santé. Comme précédemment, il serait question d'effectuer une étude annuelle, nationale et comparative par région.

Cette analyse serait de nature à mettre en exergue les soins les plus adaptés et les pratiques les plus atypiques ; elle permettrait aussi de mettre en valeur les éventuels besoins et carences des territoires afin d'y remédier. Elle serait donc un outil politique primordial en matière de santé.

Cet amendement ajouterait par conséquent une nouvelle mission à la Caisse nationale d'assurance maladie à côté de ses prérogatives traditionnelles, telles que la gestion du financement des assurances maladie et des accidents du travail, la prévention, l'action sanitaire et sociale ou le contrôle médical.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Comme l'a dit Jacky Le Menn, l'article 9 *bis* A prévoit la publication, par les ARS, d'un bilan annuel sur les séjours et les activités des établissements de santé, portant notamment sur les actes et interventions chirurgicales.

Notre commission l'a complété pour prévoir une synthèse nationale et comparative par région. L'amendement n° 47 reviendrait à faire réaliser le même travail par la CNAM, ce qui serait inutilement redondant.

Aussi, l'avis de la commission est défavorable.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Même avis, madame la présidente.

Mme la présidente. La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote.

M. Guy Fischer. L'amendement de nos collègues est très intéressant, d'abord parce qu'il interroge les pratiques de quelques établissements de santé, mais surtout parce qu'il a le mérite de poser clairement la question des risques inhérents à la T2A, la tarification à l'activité.

Depuis l'instauration de la T2A – nous sommes le seul groupe à ne pas l'avoir pas votée –, nous ne cessons de dénoncer un mode de rémunération qui risque d'entraîner des abus, je pense notamment à la réalisation d'actes médicaux non indispensables au traitement ou au diagnostic du patient. Lier la rémunération des établissements au nombre d'actes effectués, c'est prendre nécessairement le risque que certains d'entre eux réalisent des actes non indispensables. Nous

voyons d'ailleurs régulièrement fleurir des scandales, qui sont dénoncés notamment grâce aux enquêtes de l'assurance maladie. Les écarts de pratiques dont il est question dans cet amendement peuvent résulter de cette situation.

Toutefois, nous redoutons que le rapport prévu ne serve demain à établir de nouveaux référentiels qui devraient s'imposer aux professionnels de santé et contribuer à justifier une nouvelle rationalisation des soins au détriment des patients.

Par ailleurs, il serait sans doute intéressant de disposer d'un rapport sur les conséquences de la rémunération à l'activité en médecine de ville. On sait en effet que, contrairement à ce que d'aucuns voudraient laisser accroire, les dépenses hospitalières demeurent stables, alors que les dépenses liées à la médecine de ville ne cessent, quant à elles, de croître.

Enfin, madame la secrétaire d'État, je voudrais vous interroger sur les sanctions qui pèsent sur les établissements de santé ne respectant pas la T2A. En effet, dans un courrier en date du 29 mars dernier qui vous était adressé, les fédérations hospitalières vous ont fait part de leur mécontentement quant à des règles de contrôle et de sanctions parfois ubuesques, consistant par exemple à exiger des établissements qu'ils appliquent en 2009 des normes définies en 2010 !

Faisant suite à ce courrier, vous vous êtes engagée à prendre des mesures pour simplifier la situation. Nous souhaiterions savoir où on en est. Qu'elles soient apportées par Xavier Bertrand ou par vous-même, nous aimerions obtenir des réponses précises sur ce point.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 47.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 9 *bis* A.

(L'article 9 bis A est adopté.)

M. Guy Fischer. Sans qu'il soit répondu à nos questions...

Article 9 *bis* BA (Non modifié)

① L'article L. 1111-3 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

② « Les sites de communication au public en ligne des établissements de santé comportent des informations sur les tarifs et honoraires des professionnels de santé qui y exercent. Le site de communication au public en ligne de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés peut également publier les mêmes informations. »

Mme la présidente. L'amendement n° 48, présenté par MM. Le Menn, Daudigny et Godefroy, Mmes Le Texier, Jarraud-Vergnolle et Demontès, MM. Cazeau, Desessard et Michel, Mmes Ghali, Alquier et Campion, MM. Gillot, Jeannerot, Kerdraon et S. Larcher, Mmes Printz, San Vicente-Baudrin et Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Alinéa 2, seconde phrase

Remplacer les mots :

peut également

les mots :

est tenu de

La parole est à Mme Raymonde Le Texier.

Mme Raymonde Le Texier. L'article 9 bis BA, ajouté par l'Assemblée nationale, oblige les établissements de santé à faire figurer les tarifs et honoraires des professionnels de santé qui y exercent sur leur site internet.

Par ailleurs, cet article dispose que la CNAM peut publier les mêmes informations sur son site internet.

Notre amendement a pour objet de rendre obligatoire la publication par la CNAM, sur son site internet, des honoraires et tarifs des professionnels exerçant dans un établissement de santé.

En effet, le site *ameli.fr* de la CNAM a pour vocation l'information du public. La publication des honoraires et tarifs des professionnels sur ce site est indispensable à la bonne orientation des usagers : ces derniers peuvent alors choisir plus facilement le professionnel de santé qui correspond le mieux à leurs besoins et à leurs moyens.

Rappelons que les renoncements aux soins pour des raisons économiques sont en constante progression. Pour résorber ce problème, il faut que les usagers puissent trouver les informations sur les tarifs pratiqués par les professionnels de santé sur le site internet de la CNAM.

En outre, cette meilleure information des usagers s'inscrit dans un souci de transparence. Si les informations sur les coûts relatifs à la santé doivent être accessibles à tous sur les sites internet de chaque établissement de santé, il faut aussi qu'elles soient regroupées sur le site officiel de la CNAM.

Ainsi, pour ces différentes raisons, nous souhaitons que la CNAM publie, sur son site de communication au public, les informations relatives aux tarifs pratiqués dans les établissements de santé. Je suis sûre que tout le monde, y compris Mme la secrétaire d'État, approuvera cet amendement.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Le 22 juin dernier, Frédéric Van Roekeghem, directeur général de la CNAM, nous a annoncé que la prochaine version du site *ameli-direct.fr* contiendra des informations complètes et précises sur les établissements de santé, notamment sur les tarifs pratiqués. Cette version sera mise en ligne sur Internet courant juillet, c'est-à-dire très prochainement.

Cet amendement est donc, dans les faits, satisfait ; son adoption risquerait plutôt d'apporter de la confusion entre les diverses publications. Il a paru plus raisonnable à la commission de laisser le site *ameli-direct.fr* s'élargir et se perfectionner. Aussi, la commission sollicite le retrait de l'amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Le Gouvernement émet le même avis que M. le rapporteur.

Mme la présidente. La parole est à Mme Annie David, pour explication de vote.

Mme Annie David. S'il est maintenu, nous voterons bien sûr cet amendement, parce qu'il tend à prévoir que le site internet Ameli de la CNAM publie les honoraires et tarifs des professionnels exerçant dans un établissement de santé.

Les médecins libéraux qui exercent en médecine de ville peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires. Si tel est le cas, la législation prévoit que leurs tarifs soient affichés dans leurs cabinets pour permettre une meilleure information des patients.

Or les médecins de ville ne sont pas les seuls à imposer des dépassements d'honoraires à leurs patients : c'est aussi le cas de ceux qui exercent dans les établissements de santé privés. Ainsi, selon l'UFC-Que choisir, 80 % des accouchements, des opérations de la rétine, des problèmes de hanche sont effectués avec un supplément d'honoraires.

Les patients sont souvent mal informés en la matière. Il faut dire que, et nous dénonçons ce fait depuis des années, les tarifs du secteur privé n'affichent pas les honoraires des médecins ni les dépassements, les examens biologiques et d'imageries ou encore les suppléments hôteliers. Nous sommes donc favorables à une plus grande transparence grâce à l'affichage des tarifs et des dépassements d'honoraires sur le site Ameli.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 48.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 9 bis BA.

(L'article 9 bis BA est adopté.)

Article 9 bis B

- ① I. – L'article 50-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 précitée est ainsi rédigé :
- ② « Art. 50-1. – Les personnels de direction et les directeurs des soins des établissements mentionnés à l'article 2 peuvent être placés en recherche d'affectation auprès du Centre national de gestion mentionné à l'article 116 pour une période maximale de deux ans. Pendant cette période, ils sont rémunérés par cet établissement qui exerce à leur égard toutes les prérogatives reconnues à l'autorité investie du pouvoir de nomination.
- ③ « Le Centre national de gestion établit, après consultation du fonctionnaire placé en recherche d'affectation, un projet personnalisé d'évolution professionnelle qui a pour objet de faciliter son affectation dans un établissement public de santé ou son accès à un autre emploi des secteurs public ou privé.
- ④ « Il garantit au fonctionnaire placé en recherche d'affectation un suivi individualisé et régulier ainsi qu'un appui dans ses démarches pour retrouver une affectation ou un emploi.
- ⑤ « À l'initiative du directeur général du Centre national de gestion, la recherche d'affectation prend fin, avant son échéance normale, lorsque le fonctionnaire a refusé successivement trois offres d'emploi public fermes et précises, transmises au Centre national de gestion et correspondant à son grade et à son projet personnalisé d'évolution professionnelle et tenant compte de sa situation de famille et de son lieu de résidence habituel.
- ⑥ « Dans l'hypothèse prévue à l'alinéa précédent ou au plus tard à la fin de la seconde année de recherche d'affectation s'il n'a pas retrouvé d'emploi, le fonctionnaire est placé d'office en position de disponibilité dans les conditions prévues à l'article 62 ou admis à la retraite s'il remplit les conditions nécessaires.
- ⑦ « Le Centre national de gestion verse les allocations mentionnées à l'article L. 5424-1 du code du travail aux fonctionnaires placés d'office en position de disponibilité à l'issue de leur recherche d'affectation, au lieu et place de leur dernier employeur.

- ⑧ « Par dérogation à l'avant-dernier alinéa de l'article 2 de la présente loi, l'alinéa précédent s'applique aux praticiens hospitaliers mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique. »
- ⑨ II. – Le quatrième alinéa de l'article 116 de la même loi est ainsi rédigé :
- ⑩ « Dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, le Centre national de gestion peut également assurer le remboursement des rémunérations, avantages en nature, charges sociales et taxes assises sur les salaires versés par les établissements mentionnés à l'article 2 aux praticiens hospitaliers, aux personnels de direction ou aux directeurs des soins qui y sont affectés en surnombre. »
- ⑪ III. – Des expérimentations relatives à l'annualisation du temps de travail des praticiens des hôpitaux à temps partiel peuvent être prévues dans les établissements publics de santé des départements d'outre-mer, de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin, de Mayotte et de Saint-Pierre-et-Miquelon pour une durée de trois ans à compter de la publication de la présente loi.
- ⑫ Un décret en Conseil d'État précise les modalités de ces expérimentations, les établissements qui en sont chargés, les conditions de leur mise en œuvre et de leur évaluation.
- ⑬ IV. – L'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 précitée est complété par deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑭ « Le Centre national de gestion emploie des agents régis par les lois n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État, n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ou par la présente loi ainsi que des personnels mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique, en position d'activité, de détachement ou de mise à disposition.
- ⑮ « Il emploie également des agents contractuels de droit public, avec lesquels il peut conclure des contrats à durée déterminée ou indéterminée. Le conseil d'administration délibère sur un règlement fixant les conditions de leur gestion administrative et financière. »
- ⑯ V. – Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, les contrats conclus par le Centre national de gestion avant l'entrée en vigueur de la présente loi, en tant qu'ils concernent le recrutement d'agents de niveau de la catégorie B ou de la catégorie C, sont validés par dérogation à l'article 4 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État. – (*Adopté.*)

Article 9 bis

- ① I. – Après l'article L. 4113-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4113-6-1 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 4113-6-1. – Au terme de chaque année civile, les entreprises mentionnées au premier alinéa de l'article L. 4113-6 sont tenues de déclarer tous les avantages directs ou indirects ou les rémunérations dont ont bénéficié de leur part, pendant l'année écoulée, des membres des professions médicales, ainsi que les conventions mentionnées aux deuxième et troisième alinéas du

même article, et toutes conventions entrant dans le champ d'application de l'article L. 4113-9, qui ont été conclues ou appliquées au cours de la même période.

- ③ « Ces informations sont mises à la disposition du public par les conseils nationaux des ordres dont relèvent les professionnels concernés.
- ④ « Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent article. »
- ⑤ I bis A (*nouveau*). – Après l'article L. 4163-10 du même code, il est inséré un article L. 4163-11 ainsi rédigé :
- ⑥ « Art. L. 4163-11. – Le fait, pour toute personne tenue aux obligations de déclaration mentionnées au premier alinéa de l'article L. 4113-6-1, de s'abstenir de ces déclarations ou de faire des déclarations incomplètes ou mensongères, est puni des peines prévues pour le délit défini au premier alinéa de l'article L. 4163-2.
- ⑦ « Les personnes morales déclarées pénalement responsables, dans les conditions prévues par l'article 121-2 du code pénal, de l'infraction définie à l'alinéa précédent encourrent, outre l'amende, suivant les modalités prévues par l'article 131-38 du code pénal, les peines prévues par les 2° à 6°, pour une durée de cinq ans au plus, et la peine prévue au 9° de l'article 131-39 du même code. »
- ⑧ I bis. – À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 4221-17 du même code, la référence : « de l'article L. 4113-6 » est remplacée par les références : « des articles L. 4113-6 et L. 4113-6-1 ».
- ⑨ I ter. – Aux articles L. 4311-28 et L. 4321-19 et au premier alinéa de l'article L. 4322-12 du même code, après la référence : « L. 4113-6 », est insérée la référence : « L. 4113-6-1 ».
- ⑩ I quater. – À la fin du dernier alinéa de l'article L. 4113-6 du même code, les mots : « actions de formation médicale continue » sont remplacés par les mots : « programmes de développement professionnel continu ».
- ⑪ I quinquies. – L'article L. 4343-1 du même code est ainsi modifié :
- ⑫ 1° Au premier alinéa, la référence : « L. 4113-6 » est supprimée ;
- ⑬ 2° Le second alinéa est supprimé.
- ⑭ II. – (*Non modifié*)

Mme la présidente. L'amendement n° 113, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Le Gouvernement sollicite la suppression de l'article 9 bis car, comme vous le savez, des dispositions plus complètes sont appelées à figurer dans le projet de loi relatif au médicament qui fera suite à la fois au rapport de synthèse des Assises du médicament, grande concertation que Xavier Bertrand et moi-même avons lancée il y a quatre mois, et aux rapports établis par l'Inspection générale des affaires sociales, l'IGAS, et par le Parlement, je pense notamment, s'agissant de ce dernier, au rapport de Marie-Thérèse Hermange qui nous a été présenté avant-hier au nom de la mission commune d'information du Sénat sur l'évaluation et le contrôle des médicaments, présidée par M. François Autain.

Je voudrais d'abord saluer l'ampleur du travail des présidents et rapporteurs de ces missions ainsi que la démarche qu'ils ont tous adoptée en consultant très largement l'ensemble des parties prenantes.

Sur la délicate question des liens d'intérêt, tous les rapports qui sont à notre disposition se rejoignent sur un constat : s'il n'y a pas une transparence totale, il n'y aura pas une confiance totale.

C'est la raison pour laquelle le projet de loi relatif au médicament que nous préparons vise à mettre en place un *Sunshine Act* à la française, répondant au souci qu'ont les parlementaires de faire toute la transparence sur les rétributions et les conventions passées entre les laboratoires, les médecins, les experts, la presse spécialisée, les sociétés savantes et les associations de patients. Ces rétributions et conventions seront désormais publiques et consultables, sauf exception.

Les discussions sur cet article 9 *bis* ont été initiées par le rapporteur Alain Milon, que je remercie pour son travail d'anticipation. Elles pourront donc se poursuivre pleinement et utilement dans le cadre plus large du futur projet de loi sur le médicament.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Sagesse.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 113. (*L'amendement est adopté.*)

Mme la présidente. En conséquence, l'article 9 *bis* est supprimé.

Article 9 ter (Suppression maintenue)

Article 9 quater

① Après l'article L. 5121-10-2 du même code, il est inséré un article L. 5121-10-3 ainsi rédigé :

② « Art. L. 5121-10-3. – Le titulaire d'un droit de propriété intellectuelle protégeant l'apparence et la texture des formes pharmaceutiques orales d'une spécialité de référence au sens de l'article L. 5121-1 ne peut interdire que les formes pharmaceutiques orales d'une spécialité générique susceptible d'être substituée à cette spécialité en application de l'article L. 5125-23 présentent une apparence et une texture identiques ou similaires. » – (*Adopté.*)

Article 9 quinquies (Suppression maintenue)

Article 9 sexies (Supprimé)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 49 est présenté par MM. Le Menn, Daudigny et Godefroy, Mmes Le Texier, Jarraud-Vergnolle et Demontès, MM. Cazeau, Desessard et Michel, Mmes Ghali, Alquier et Campion, MM. Gillot, Jeannerot, Kerdraon et S. Larcher, Mmes Printz, San Vicente-Baudrin et Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés.

L'amendement n° 94 rectifié est présenté par M. Fischer, Mmes David et Pasquet, M. Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Après la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Afin de bien déterminer l'amélioration du service médical rendu, l'inscription sur la liste est subordonnée à la réalisation d'essais cliniques versus des stratégies thérapeutiques pour la ou les mêmes pathologies. »

La parole est à M. Jacky Le Menn, pour présenter l'amendement n° 49.

M. Jacky Le Menn. Cet amendement vise à rétablir l'article 9 *sexies*, introduit en deuxième lecture à l'Assemblée nationale et supprimé par la commission des affaires sociales du Sénat.

Il traduit la proposition n° 6 du rapport de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, la MECSS, sur la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments.

Cette préconisation a pour objet de « rendre obligatoire les essais cliniques contre comparateurs, avant l'appréciation de l'amélioration du service médical rendu (l'ASMR) par la Commission de la transparence ».

En effet, l'appréciation de l'ASMR détermine non seulement le niveau de prix du médicament, mais aussi son admission au remboursement. Or, actuellement, l'appréciation de l'ASMR est le plus souvent fondée sur la seule comparaison du médicament avec un placebo et, dans moins de la moitié des cas, sur une confrontation avec des comparateurs.

Par ailleurs, une majorité des médicaments évalués par la Commission de la transparence n'apportent pas d'ASMR : il en était en effet ainsi de 58 % des médicaments en 2005 et de 54 % en 2004.

Notre amendement tend à ce que l'appréciation de l'ASMR soit fondée non plus seulement sur une comparaison avec un placebo, mais également sur des essais cliniques contre comparateurs, afin de mesurer la valeur ajoutée thérapeutique. Il s'agirait d'une avancée majeure, dans une logique de renforcement de la santé publique, à laquelle nous sommes tous très attachés.

Mme la présidente. La parole est à M. Guy Fischer, pour présenter l'amendement n° 94 rectifié.

M. Guy Fischer. Cet amendement a pour objet de subordonner l'inscription sur la liste des médicaments autorisés sur le marché et pouvant bénéficier d'un remboursement par la sécurité sociale à la réalisation d'essais cliniques *versus* des stratégies thérapeutiques pour la ou les mêmes pathologies. L'objectif est très clair : limiter la mise sur le marché et, *a fortiori*, le remboursement de médicaments certes nouveaux mais ne présentant pas d'amélioration thérapeutique par rapport aux médicaments existants. C'est une préoccupation importante du groupe CRC-SPG et notamment de François Autain.

Il me semble d'ailleurs que notre assemblée et la commission des affaires sociales partagent ce point de vue.

En 2008, sur 267 nouveaux médicaments, 239 ont obtenu une ASMR de niveau V et ont donc été commercialisés et inscrits sur la liste des médicaments remboursés. On est en droit de se demander s'il est bien sage, dans le contexte de raréfaction des deniers publics, de continuer à subventionner indirectement les laboratoires pharmaceutiques dès lors que les médicaments qu'ils produisent présentent une amélioration du service médical rendu proche du néant.

En réalité, ces nouveaux médicaments sont très souvent commercialisés peu de temps ou juste avant qu'un médicament déjà commercialisé par la firme ne tombe dans le domaine public. Les laboratoires, qui ne veulent pas perdre le bénéfice d'une rente financière potentiellement importante, sortent alors une « vraie-fausse » innovation thérapeutique. On les comprend !

À cet égard, je prendrai l'exemple du Multaq, à propos duquel *Le Canard Enchaîné* a écrit qu'il était « un médicament pour soigner [la firme qui le commercialise] ». Ce médicament prend la relève du Cordarone, tombé dans le domaine public et ne rapportant plus d'argent au laboratoire puisqu'il se vend sous forme de générique. Or, selon l'article du *Canard Enchaîné*, des tests indiquent que le Multaq, utilisé aux États-Unis depuis 2009, est « moins efficace de 50 % par rapport au générique déjà utilisé, l'amiodarone » au point qu'il recevra en France, en mars 2010, un avis « modéré ».

Au final, la Commission de la transparence décidera tout de même de prévoir un remboursement à 65 %, bien que – et je cite l'avis de ladite commission – il « n'apporte pas d'amélioration du service médical rendu par rapport à l'amiodarone » !

Les pharmaciens présents dans cet hémicycle pourront confirmer mes propos ! N'est-ce pas, monsieur Dériot ?

M. Gérard Dériot. Je ne dirai rien ! (*Sourires.*)

M. Guy Fischer. Afin d'éviter de telles situations et pour que les comptes sociaux fassent des économies, nous proposons de limiter les remboursements opérés par la sécurité sociale aux seuls médicaments assurant un service médical rendu égal ou supérieur au médicament qu'ils sont appelés à remplacer.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Ces amendements visent à rétablir l'article 9 *sexies* qui subordonnait le remboursement d'un médicament à la conduite d'essais comparatifs. Cette mesure est évidemment intéressante, mais, comme je l'ai dit en commission, il convient de l'examiner dans le cadre du projet de loi portant réforme du système de sécurité sanitaire annoncé par M. le ministre, dont nous discuterons sans doute à l'automne.

Je note d'ailleurs que, dans le rapport fait au nom de la mission commune d'information sur le Mediator, il est question d'aller plus loin que les amendements qui nous sont soumis, avec des essais comparatifs dès le stade de l'autorisation de mise sur le marché.

M. Guy Fischer. C'est vrai !

M. Alain Milon, rapporteur. Il me paraîtrait dommage que nous éludions ce débat.

La commission demande donc le retrait des deux amendements ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

M. Xavier Bertrand, ministre du travail, de l'emploi et de la santé. Le Gouvernement est défavorable à ces deux amendements. En effet, le projet de loi relatif au médicament sera soumis au Parlement et nous proposerons des mesures plus larges.

Monsieur Fischer, je reviens sur un point concernant le Multaq. J'ai expliqué les nouvelles règles du jeu que je voulais établir : ce sont les scientifiques qui se prononceront ; le ministre n'aura plus qu'une seule possibilité de s'y opposer par un avis motivé.

La mise en œuvre de ces règles beaucoup plus simples permettra de dépassionner la question des déremboursements.

M. Guy Fischer. Très bien !

M. Xavier Bertrand, ministre. Le texte sur le médicament que nous préparons ne sera pas un élément du PLFSS. Il y sera avant tout question de qualité, et non de régulation des dépenses, car tel n'est pas l'enjeu.

Sur la question du Multaq, j'attends, avant de me prononcer, que les choses m'aient été officiellement notifiées. Je souhaiterais juste soulever une question, dont j'ignore si elle a été précisément examinée : a-t-on vérifié que le sous-groupe de patients qui ne peuvent prendre de Cordarone avait bien été étudié ? Car un déremboursement n'est pas sans conséquences – c'est d'ailleurs son objectif.

Pour le reste, une procédure centralisée d'AMM a été mise en place au niveau européen. La décision doit intervenir à la mi-juillet.

Mais, si l'efficacité permet de se prononcer sur l'opportunité d'un déremboursement, se pose ensuite la question de la dangerosité éventuelle du produit. Sur ce sujet, nous prendrons nos responsabilités, sans aucune hésitation, en nous fondant sur un point de vue strictement médical, et en faisant appel, à chaque décision prise, aux experts et prescripteurs de terrain. La dangerosité fait partie des sujets qui doivent être étudiés. Il nous faut des garanties sur ce point. Quelle attitude adopter à l'égard des personnes sur lesquelles les médicaments contestés produisent des effets positifs ? La question des sous-groupes que j'évoquais à l'instant doit être examinée.

Je répète le principe que j'entends établir : les experts décideront ; l'homme politique n'aura plus qu'une seule possibilité de s'opposer à cette décision par avis motivé. Ce sera mieux ainsi !

Mme la présidente. Monsieur Le Menn, l'amendement n° 49 est-il maintenu ?

M. Jacky Le Menn. Non, madame la présidente, je le retire.

Mme la présidente. L'amendement n° 49 est retiré.

Monsieur Fischer, qu'en est-il de l'amendement n° 94 rectifié ?

M. Guy Fischer. Il s'agissait, pour nous, non pas d'entamer un débat, mais simplement de prolonger, au sein de notre groupe, le travail très approfondi mené par François Autain et Marie-Thérèse Hermange.

Le problème que nous souhaitons évoquer au travers de cet amendement est absolument fondamental. M. le ministre y a répondu, et les éléments qu'il vient de développer participent à la réflexion globale sur le sujet.

Aussi, nous acceptons – pour une fois ! – de retirer notre amendement.

Mme la présidente. L'amendement n° 94 rectifié est retiré.

L'article 9 *sexies* demeure supprimé.

Article 9 *septies* (Supprimé)

Mme la présidente. L'amendement n° 50, présenté par MM. Le Menn, Daudigny et Godefroy, Mmes Le Texier, Jarraud-Vergnolle et Demontès, MM. Cazeau, Desessard et Michel, Mmes Ghali, Alquier et Campion, MM. Gillot, Jeannerot, Kerdraon et S. Larcher, Mmes Printz, San Vicente-Baudrin et Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

L'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La Haute Autorité de santé tient à jour, dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État, une liste des médicaments classés selon le niveau d'amélioration du service médical rendu pour chacune de leurs indications. »

La parole est à M. Jacky Le Menn.

M. Jacky Le Menn. Je serai très bref, car, comme le précédent, cet amendement a trait à l'amélioration du service médical rendu.

Il s'agit de reprendre la proposition n° 7 du rapport de la MECSS sur la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments que j'ai cité tout à l'heure. Cette préconisation a pour objet d'« établir un classement des médicaments par niveau d'ASMR ».

Cet article serait une « aide à la prescription ». En outre, il serait de nature à renforcer la transparence.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement vise à rétablir l'article, supprimé par la commission, qui prévoyait que la Haute Autorité de santé tienne à jour une liste des médicaments classés selon leur ASMR.

Cette question nous semble elle aussi relever davantage du projet de loi réformant la sécurité sanitaire. En outre, les Assises du médicament ont fait sur la liste publique des médicaments une proposition encore plus complète que nous devrions, je pense, également étudier.

Aussi, la commission demande le retrait de l'amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

M. Xavier Bertrand, ministre. Même avis.

Mme la présidente. Monsieur Le Menn, l'amendement n° 50 est-il maintenu ?

M. Jacky Le Menn. Non, madame la présidente, je le retire.

Mme la présidente. L'amendement n° 50 est retiré.

L'article 9 *septies* demeure supprimé.

Article 10 (Non modifié)

① I. – Le titre III du livre I^{er} de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

② A. – Le chapitre I^{er} est ainsi modifié :

③ 1° À la fin de la première phrase de l'article L. 3131-2, les mots : « selon des modalités définies par décret en Conseil d'État » sont supprimés ;

④ 2° À la première phrase de l'article L. 3131-5, les mots : « ou d'alerte épidémique » sont supprimés ;

⑤ 3° L'article L. 3131-6 est abrogé ;

⑥ 4° À l'article L. 3131-10, les mots : « En cas de catastrophe sanitaire, notamment liée à une épidémie de grande ampleur, » sont supprimés et les mots : « au risque » sont remplacés par les mots : « à une catastrophe, une urgence ou une menace sanitaire grave » ;

⑦ 5° L'article L. 3131-11 est ainsi modifié :

⑧ a) Le a est ainsi rédigé :

⑨ « a) Le contenu du plan zonal de mobilisation des moyens pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles ; »

⑩ b) À la fin du b, les mots : « de la zone de défense » sont remplacés par les mots : « du plan zonal de mobilisation » ;

⑪ B. – Le chapitre II est ainsi modifié :

⑫ 1° L'intitulé est ainsi rédigé : « Constitution et organisation de la réserve sanitaire » ;

⑬ 2° L'article L. 3132-1 est ainsi modifié :

⑭ a) À la première phrase du premier alinéa, les mots : « un corps de » sont remplacés par le mot : « une » et, après le mot : « territoriales », sont insérés les mots : «, des agences régionales de santé, des établissements de santé » ;

⑮ b) La seconde phrase du même alinéa est supprimée ;

⑯ c) Les deuxième et troisième alinéas sont supprimés ;

⑰ d) À la première phrase du dernier alinéa, les mots : « d'intervention » sont remplacés par les mots : « sanitaire, conclu entre le réserviste et l'autorité compétente mentionnée à l'article L. 3135-2, » ;

⑱ 3° L'article L. 3132-3 est ainsi modifié :

⑲ a) Le 1° est ainsi rédigé :

⑳ « 1° Les catégories de personnes pouvant entrer dans la réserve sanitaire mentionnée à l'article L. 3132-1 » ;

㉑ b) Au 4°, les mots : « d'intervention et de renfort » sont remplacés par le mot : « sanitaire » ;

㉒ c) Le 5° est complété par les mots : « à servir dans la réserve » ;

㉓ C. – Le chapitre III est ainsi modifié :

㉔ 1° Les deux derniers alinéas de l'article L. 3133-1 sont supprimés ;

㉕ 2° Le 5° de l'article L. 3133-7 est abrogé ;

㉖ D. – Le chapitre IV est ainsi modifié :

㉗ 1° L'article L. 3134-1 est ainsi rédigé :

㉘ « Art. L. 3134-1. – Il est fait appel à la réserve sanitaire par arrêté motivé du ministre chargé de la santé.

㉙ « L'arrêté détermine la durée de mobilisation des réservistes ainsi que le département ou la zone de défense dans lequel ils sont affectés, ou l'autorité auprès de laquelle ils sont affectés dans le cas de missions internationales.

㉚ « Le recours à la réserve sanitaire donne lieu à la remise d'un rapport du ministre chargé de la santé aux commissions parlementaires permanentes compétentes dans les six mois suivant l'arrêté de mobilisation. » ;

㉛ 2° L'article L. 3134-2 est ainsi rédigé :

- ③② « Art. L. 3134-2. – Le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente procède à l'affectation des réservistes auprès des services de l'État ou auprès des personnes morales dont le concours est nécessaire à la lutte contre la menace ou la catastrophe considérée, notamment pour faire face aux situations d'urgence affectant le système sanitaire.
- ③③ « Dans le cas d'un événement sanitaire mentionné au premier alinéa de l'article L. 1435-1, le représentant de l'État dans le département, sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente, procède par arrêté à l'affectation des réservistes selon les modalités définies au premier alinéa du présent article. Cette affectation des réservistes peut être exercée dans les mêmes conditions par le représentant de l'État dans la zone de défense si la situation sanitaire ou l'afflux de patients ou de victimes le justifient. » ;
- ③④ 3° Après l'article L. 3134-2, il est inséré un article L. 3134-2-1 ainsi rédigé :
- ③⑤ « Art. L. 3134-2-1. – Lorsque les ressources de la réserve sanitaire ne sont pas adaptées ou suffisantes pour constituer des équipes de professionnels de santé permettant de répondre aux situations mentionnées à l'article L. 3132-1, l'établissement public mentionné à l'article L. 3135-1 peut, à la demande du ministre chargé de la santé, passer avec un ou plusieurs établissements de santé des conventions de mise à disposition des professionnels de santé nécessaires.
- ③⑥ « Ces professionnels de santé mis à disposition bénéficient des dispositions de l'article L. 3133-6. » ;
- ③⑦ E. – La seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 3135-1 est supprimée.
- ③⑧ II. – (*Suppression maintenue*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 10.

(*L'article 10 est adopté.*)

Article 11 bis

- ① Le chapitre II du titre unique du livre II bis de la troisième partie du même code est complété par un article L. 3232-5 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 3232-5. – Ne peut utiliser le titre de nutritionniste qu'un médecin hospitalo-universitaire ayant été nommé en nutrition, un médecin détenteur d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de nutrition ou un médecin généraliste ou un médecin d'une autre spécialité dont la compétence dans les problématiques de nutrition est validée par une commission dont la composition et le fonctionnement sont fixés par décret. »

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 36 rectifié, présenté par M. Barbier, Mme Escoffier et MM. Mézard, Milhau et Marsin, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Art. L. 3232-5. – Ne peut utiliser le titre de nutritionniste qu'un médecin qualifié compétent ou détenteur d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires ou un médecin dont la compétence dans les problématiques

de nutrition est validée par une commission auprès du Conseil National de l'Ordre des Médecins dont la composition et le fonctionnement sont fixés par décret. »

La parole est à M. Daniel Marsin.

M. Daniel Marsin. L'article 11 bis définit le titre de nutritionniste. L'impératif de la qualité des soins impose que l'activité soit rattachée à une spécialité, et permet notamment pour ce faire la reconnaissance d'un exercice complémentaire déterminé, non couvert ou couvert très partiellement par un diplôme.

Conformément à l'article 79 du code de déontologie, qui reprend les dispositions de l'article R. 4127-79 du code de la santé publique, il appartient au Conseil national de l'ordre des médecins d'autoriser les titres que les médecins peuvent mentionner sur leurs feuilles d'ordonnances.

Les médecins qui peuvent faire état de la nutrition dans leurs titres relèvent de deux catégories.

Il s'agit, premièrement, des médecins inscrits au tableau de l'Ordre, titulaires du diplôme d'études spécialisées complémentaires de médecine du groupe I en nutrition, mis en place par l'arrêté du 26 juillet 1983, qui n'ouvre pas à une qualification de spécialiste ; en effet, la discipline s'exerce dans le cadre de la spécialité, correspondant au diplôme d'études spécialisées, ou DES.

Deuxièmement, sont aussi concernés les médecins inscrits au tableau de l'Ordre, titulaires de la qualification de « compétent en diabète-nutrition » – la compétence était ouverte non seulement aux médecins généralistes, mais aussi aux spécialistes en médecine interne, gastroentérologie et hépatologie – maladies de l'appareil digestif –, endocrinologie, gynécologie médicale.

Dès lors, l'article 11 bis initial de la proposition de loi exclut une grande partie de médecins spécialistes et de généralistes ayant la qualification de « compétent en nutrition ». Depuis la mise en œuvre de la réforme des études médicales et la création de l'internat qualifiant par la loi n° 82-1098 du 23 décembre 1982, les médecins spécialistes issus de ce régime disposent d'une modalité de changement de qualification, par l'intermédiaire des commissions de qualifications.

Ainsi, ces commissions de qualifications ordinales permettraient de faire valoir une formation et une expérience particulières, car ces commissions, composées d'universitaires, de praticiens et des représentants du syndicat de la discipline, sont particulièrement à même d'en juger. Cette modalité est importante, à un moment où la réglementation, pour des raisons parfaitement légitimes, exige des praticiens qu'ils disposent de formations particulières. Le décret n° 2004-252 du 19 mars 2004 relatif aux conditions dans lesquelles les docteurs en médecine peuvent obtenir une qualification de spécialiste pourrait donc parfaitement s'appliquer.

Mme la présidente. L'amendement n° 104, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Remplacer les mots :

hospitalo-universitaire ayant été nommé en nutrition, un médecin détenteur d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de nutrition ou un médecin généraliste ou un médecin d'une autre spécialité dont la compétence

dans les problématiques de nutrition est validée par une commission dont la composition ou le fonctionnement sont fixés par décret

par les mots :

titulaire de diplômes ou titres relatifs à la nutrition

La parole est à M. le ministre.

M. Xavier Bertrand, ministre. L'amendement du Gouvernement tend à encadrer les conditions dans lesquelles les médecins peuvent utiliser le titre de nutritionniste, car ce point paraît important. Faut-il pour autant créer une nouvelle spécialité? Je ne le pense pas.

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

M. Alain Milon, rapporteur. L'amendement n° 36 rectifié tend à confier la validation des compétences en matière de nutrition au conseil de l'Ordre. Or des commissions exercent déjà cette mission, elles sont composées de représentants du Conseil national de l'ordre des médecins, mais aussi des universitaires et des représentants des spécialités médicales concernées. Le système en vigueur a donc paru à la commission plus équilibré et mieux adapté pour permettre la reconnaissance des compétences des médecins non titulaires d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de nutrition.

La commission demande donc le retrait de cet amendement; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

Quant à l'amendement n° 104 du Gouvernement, il renvoie au pouvoir réglementaire la détermination des diplômes ou titres qui seront considérés comme « relatifs à la nutrition » : cette mention n'est guère précise, monsieur le ministre. Par ailleurs, la rédaction actuelle de l'article ne crée ni spécialité ni commission supplémentaire, puisque le DESC et la commission de validation existent déjà.

Aussi, la commission s'en remet à la sagesse de notre assemblée.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 36 rectifié?

M. Xavier Bertrand, ministre. Le Gouvernement demande le retrait de cet amendement. Dans la négative, il émettra un avis défavorable.

Mme la présidente. Monsieur Marsin, l'amendement n° 36 rectifié est-il maintenu?

M. Daniel Marsin. Non, madame la présidente, je le retire.

Mme la présidente. L'amendement n° 36 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 104.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 11 bis, modifié.

(L'article 11 bis est adopté.)

Article 11 ter (Non modifié)

Avant le 15 septembre 2011, le Gouvernement présente au Parlement un rapport évaluant l'intérêt qu'il y aurait à rendre l'article L. 3122-1 du code de la santé publique applicable aux travailleurs français expatriés ayant été contaminés par le virus d'immunodéficience humaine suite à une transfusion de produits sanguins ou une injection de produits dérivés du sang à l'étranger. – *(Adopté.)*

Article 12 (Supprimé)

Article 12 bis (Supprimé)

Article 14 B (Non modifié)

- ① Le premier alinéa de l'article L. 1221-10 du même code est ainsi modifié :
- ② 1° La deuxième phrase est complétée par les mots : « et les groupements de coopération sanitaire mentionnés à l'article L. 6133-1 autorisés selon la même procédure et dans des conditions définies par décret » ;
- ③ 2° Au début de l'avant-dernière phrase, le mot : « Ils » est remplacé par les mots : « Les produits sanguins labiles ». – *(Adopté.)*

Article 14 C

- ① Après l'article L. 6122-14-1 du même code, il est inséré un article L. 6122-14-2 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 6122-14-2.* – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 6122-1, dans un délai de deux ans à compter de la publication de la loi n° ... du ... modifiant certaines dispositions de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, l'agence régionale de santé peut autoriser à titre expérimental la création de plateaux d'imagerie médicale mutualisés, impliquant au moins un établissement de santé, comportant plusieurs équipements matériels lourds d'imagerie diagnostique différents.
- ③ « L'expérimentation a pour objet d'organiser la collaboration entre les professionnels et de favoriser la substitution et la complémentarité entre les techniques d'imagerie médicale. Elle a également pour objectif d'améliorer la pertinence des examens d'imagerie.
- ④ « Les titulaires des autorisations contribuent à la permanence des soins en imagerie en établissement de santé.
- ⑤ « Les autorisations de plateaux d'imagerie médicale mutualisés accordées à titre expérimental par le directeur général de l'agence régionale de santé doivent être compatibles avec les orientations du schéma régional d'organisation des soins prévu aux articles L. 1434-7 et L. 1434-9 en ce qui concerne les implantations des équipements matériels lourds, la complémentarité de l'offre de soins et les coopérations.
- ⑥ « L'autorisation est accordée pour une durée de trois ans, après avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, au vu des résultats d'un appel à projets lancé par l'agence régionale de santé.
- ⑦ « Les titulaires des autorisations remettent à l'agence régionale de santé un rapport d'étape annuel et un rapport final qui comportent une évaluation médicale et économique.
- ⑧ « Au terme de la durée de trois ans, l'autorisation délivrée dans le cadre de l'expérimentation peut être retirée ou prorogée pour la poursuite de l'expérimentation pendant deux ans au plus. À cette issue, les équipements matériels lourds sont alors pleinement régis par les dispositions des articles L. 6122-1 à L. 6122-13.

- ⑨ « L'autorisation peut être suspendue ou retirée dans les conditions prévues à l'article L. 6122-13.
- ⑩ « La décision d'autorisation prévue au présent article vaut autorisation pour les équipements matériels lourds inclus dans les plateaux techniques qui n'ont pas fait l'objet d'une autorisation préalable en vertu de l'article L. 6122-1. Il leur est fait application de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.
- ⑪ « Les conditions de mise en œuvre des dispositions du présent article sont précisées par voie réglementaire. » – (Adopté.)

Article 14 bis (Non modifié)

- ① I. – Par dérogation au 3° du I de l'article 128 et au I de l'article 131 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, les schémas d'organisation sanitaire arrêtés avant la date d'effet de ces dispositions :
- ② 1° Sont prorogés jusqu'à la publication, dans chaque région ou interrégion, du schéma régional d'organisation des soins prévu à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique ou du schéma interrégional d'organisation des soins prévu à l'article L. 1434-10 du même code ;
- ③ 2° Peuvent être, dans le délai résultant du 1°, révisés par le directeur général de l'agence régionale de santé ; l'avis de la commission spécialisée de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie compétente pour le secteur sanitaire prévue par le III de l'article 131 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 précitée est seul requis sur le projet de révision ;
- ④ 3° Sont opposables, dans le même délai, pour l'application du chapitre II du titre II du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique.
- ⑤ Pour l'application du présent I à Mayotte, les références à la région ou à l'interrégion, au schéma régional d'organisation des soins prévu à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique ou au schéma interrégional d'organisation des soins prévu à l'article L. 1434-10 du même code, à l'agence régionale de santé et à la commission spécialisée de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sont respectivement remplacées par les références au schéma d'organisation des soins de La Réunion et de Mayotte prévu à l'article L. 1443-1 dudit code, à l'agence de santé de l'océan Indien et à la conférence de la santé et de l'autonomie de Mayotte.
- ⑥ II. – Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens mentionnés à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique arrivant à échéance avant le 31 mars 2012 peuvent être prorogés par voie d'avenant pour une durée maximale de six mois après la publication du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1 du même code.
- ⑦ La demande de renouvellement des contrats mentionnés au premier alinéa du présent II doit être déposée auprès de l'agence régionale de santé au plus tard six mois avant l'échéance du contrat prorogé. L'agence est tenue de se prononcer sur cette demande dans un délai de quatre mois à compter de sa réception.
- ⑧ III. – (Non modifié)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 14 bis.

(L'article 14 bis est adopté.)

Article 14 ter (Supprimé)

Mme la présidente. L'amendement n° 111, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

L'article L. 1434-3 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 1434-3. – Le projet régional de santé fait l'objet, avant son adoption, d'une publication sous forme électronique. La conférence régionale de la santé et de l'autonomie, le représentant de l'État dans la région et les collectivités territoriales disposent de deux mois, à compter de la publication de l'avis de consultation sur le projet régional de santé au recueil des actes administratifs de la préfecture de région, pour transmettre leur avis à l'agence régionale de santé. »

La parole est à M. le ministre.

M. Xavier Bertrand, ministre. Cet amendement tend à favoriser les possibilités de consultation des projets régionaux de santé avant leur adoption, notamment en les rendant accessibles sur Internet : pas d'accusés de réception et davantage de personnes concernées qui vont nous permettre de réagir plus vite.

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

M. Alain Milon, rapporteur. L'amendement du Gouvernement rectifie le texte adopté par l'Assemblée nationale, qui avait exclu les communes de la consultation sur le projet régional de santé, à deux mois des élections sénatoriales...

La commission avait donc supprimé cet article et le Gouvernement le rétablit dans une nouvelle rédaction, qui prévoit que le projet régional de santé, avant son adoption, fait l'objet d'une publication sous forme électronique, permettant à tous les acteurs concernés d'émettre un avis.

Lors de sa réunion d'hier soir, la commission a pris connaissance de cet amendement. Il se trouve qu'un rapport de M. Fourcade, attendu pour le 12 juillet, devrait aborder cette question dans le cadre d'une réflexion plus large sur l'organisation régionale. À la suite de ce rapport, des propositions pourront intervenir au mois de septembre. Sachant que le projet régional de santé ne relève pas d'une urgence extrême, nous pourrions donc attendre de prendre connaissance du rapport de notre collègue avant de réfléchir à l'organisation de cette consultation.

Aussi, la commission émet un avis défavorable.

M. Xavier Bertrand, ministre. Les PRS sont déjà bien avancés, monsieur le rapporteur !

M. Guy Fischer. Le Gouvernement pourrait retirer son amendement !

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Fourcade, pour explication de vote.

M. Jean-Pierre Fourcade. Puisque M. le rapporteur me met directement en cause...

M. Alain Milon, rapporteur. Je vous ai juste pris à témoin, mon cher collègue ! (Sourires.)

M. Jean-Pierre Fourcade. Dans le cadre de la préparation du projet régional de santé, la consultation des collectivités territoriales pose un problème de nature politique.

Dans son état antérieur, le texte prévoyait la consultation d'un nombre limité d'organismes, dont les départements et les communes étaient exclus. À partir du moment où le Gouvernement propose que ces projets soient mis en ligne et consultables par tous les intéressés, l'ensemble des collectivités territoriales pourront intervenir dans le débat. C'est donc un progrès et il ne me semble pas utile d'attendre.

M. Gérard Dériot. Tout à fait!

M. Jean-Pierre Fourcade. Par conséquent, je suis partisan d'adopter cet amendement du Gouvernement.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 111.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. En conséquence, l'article 14 *ter* est rétabli dans cette rédaction.

Article 15 (*Non modifié*)

- ① Le IV de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :
- ② « IV. – Une section consacrée à la promotion des actions innovantes, à la formation des aidants familiaux, à la formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle retrace :
- ③ « 1° En ressources, une fraction du produit mentionné au 3° de l'article L. 14-10-4, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, qui ne peut être inférieure à 5 % ni supérieure à 12 % de ce produit, d'une part ; une part de la fraction du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° du même article L. 14-10-4 affectée au *a* du 1 du I du présent article, d'autre part. Cette part est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget dans la limite de 12 % de cette fraction ;
- ④ « 2° En charges, le financement de dépenses de modernisation des services ou de professionnalisation des métiers qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées une assistance dans les actes quotidiens de la vie, de dépenses de formation des aidants familiaux, de dépenses de formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 ainsi que de dépenses de formation et de qualification des personnels soignants des établissements et services mentionnés aux 1° et 3° de l'article L. 314-3-1.
- ⑤ « La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut déléguer une partie des crédits de la section aux agences régionales de santé. Les agences régionales de santé rendent compte annuellement de la conformité de l'utilisation de ces crédits, qui leur sont versés en application du 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, aux objectifs assignés à la présente section. » – *(Adopté.)*

Article 16

- ① I. – Le deuxième alinéa de l'article L. 313-1 du même code est supprimé.

- ② Les autorisations d'une durée de trois ans, accordées conformément aux dispositions de cet alinéa à des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues et qui sont en cours de validité à la date de la publication de la présente loi, sont prolongées dans la limite de la durée mentionnée au premier alinéa du même article du code de l'action sociale et des familles.

- ③ II. – (*Non modifié*)

- ④ III. – (*Supprimé*)

Mme la présidente. L'amendement n° 51, présenté par MM. Daudigny, Le Menn et Godefroy, Mmes Le Texier, Jarraud-Vergnolle et Demontès, MM. Cazeau, Desessard et Michel, Mmes Ghali, Alquier et Campion, MM. Gillot, Jeannerot, Kerdraon et S. Larcher, Mmes Printz, San Vicente-Baudrin et Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Avant l'alinéa 1

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... - Après l'article L. 312-8 du même code, il est inséré un article L. 312-8-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 312-8-1. – Les évaluations mentionnées à l'article L. 312-8 peuvent être communes à plusieurs établissements et services gérés par le même organisme gestionnaire, lorsque ces établissements et services sont complémentaires dans le cadre de la prise en charge des usagers ou lorsqu'ils relèvent du même contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens en application des articles L. 313-11 à L. 313-12-2. Les recommandations, voire les injonctions, résultant de ces évaluations sont faites à chacun des établissements et services relevant d'une même évaluation commune. ».

La parole est à Mme Raymonde Le Texier.

Mme Raymonde Le Texier. Si vous n'y voyez pas d'inconvénient, madame la présidente, je présenterai en même temps l'amendement n° 52.

Mme la présidente. J'appelle donc en discussion l'amendement n° 52, présenté par MM. Daudigny, Le Menn et Godefroy, Mmes Le Texier, Jarraud-Vergnolle et Demontès, MM. Cazeau, Desessard et Michel, Mmes Ghali, Alquier et Campion, MM. Gillot, Jeannerot, Kerdraon et S. Larcher, Mmes Printz, San Vicente-Baudrin et Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, et qui est ainsi libellé :

Avant l'alinéa 1

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... - Au premier alinéa de l'article L. 313-1 du même code, les mots : « Sauf pour les établissements et services mentionnés au 4° de l'article L. 312-1 » sont supprimés.

Veuillez poursuivre, ma chère collègue.

Mme Raymonde Le Texier. En ce qui concerne l'amendement n° 51, je souhaite rappeler que 34 000 établissements et services vont devoir procéder à leurs évaluations externes. Le coût d'une telle évaluation par des organismes agréés se situe entre 10 000 euros et 20 000 euros. Notre amendement vise donc à permettre de procéder à l'évaluation commune de plusieurs services complémentaires relevant du même organisme gestionnaire.

À titre d'exemple, pourquoi évaluer en 2011 un institut médico-éducatif, ou IME, et en 2013 son service d'éducation spécialisée et de soins à domicile, ou SESSAD, sachant que chaque évaluation devra s'assurer que l'IME collabore dans le cadre de l'intégration scolaire des jeunes handicapés avec le SESSAD et que le SESSAD collabore bien lui aussi avec les IME, les classes d'intégration scolaire, ou CLIS, et les unités pédagogiques d'intégration, ou UPI ?

Il apparaît pertinent d'évaluer ces institutions complémentaires ensemble et en même temps lorsqu'elles sont gérées par le même organisme gestionnaire, afin d'éviter les doublons et de réaliser des économies.

Il ne s'agit pas, avec cette évaluation commune d'établissements et de services complémentaires, d'arriver à une évaluation moyenne, où un établissement déplorable serait sauvé par plusieurs autres établissements excellents.

D'ailleurs, lorsque l'évaluation porte sur un seul établissement, elle peut ne pas se résumer à un « tout ou rien ». En effet, pour prendre l'exemple d'un établissement et service d'aide par le travail, ou ESAT, l'évaluation des activités professionnelles proposées par l'établissement peut être favorable, parce que celles-ci tiennent bien compte de la nature des handicaps, alors que l'évaluation des activités de soutien est critique.

Rappelons simplement que cet amendement a pour objet d'introduire une mesure de simplification et de mutualisation dont devraient résulter des économies. En effet, ces évaluations représentent un coût qui, s'agissant d'immobilisations incorporelles, est certes amortissable, mais majore les tarifs des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

En ce qui concerne l'amendement n° 52, la restitution des résultats des évaluations externes des établissements sociaux et médico-sociaux est fixée selon le moment de renouvellement de leur autorisation, en application du décret n° 2010-1319 du 3 novembre 2010. Or les autorisations des établissements et services mentionnés au 4° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles sont délivrées pour une durée illimitée. Ils ne sont donc pas concernés par le renouvellement de leur autorisation.

Par conséquent, le dispositif d'évaluation externe ne s'applique qu'en partie aux établissements et services publics et associatifs exclusivement habilités « justice », soit les services d'investigation, de réparation pénale, d'action éducative en milieu ouvert ou de placement pénal.

Dès lors, une seule évaluation externe est exigible pour les établissements et services autorisés depuis la loi du 21 juillet 2009, celle qui doit être « effectuée au plus tard sept ans après la date de l'autorisation », au lieu des deux évaluations exigées sur une durée de quinze ans dans le régime de droit commun. Quant aux services autorisés avant la loi du 21 juillet 2009, ils sont exemptés de cette évaluation, au lieu d'être soumis à une évaluation externe dans le cadre des mesures transitoires.

Dans un souci d'équité, s'agissant de l'accueil et de l'accompagnement de tous les enfants et jeunes de moins de vingt et un ans, nous proposons de soumettre au régime de droit commun, qui prévoit une durée d'autorisation de quinze ans, les établissements et services mentionnés au 4° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, afin qu'ils soient tous soumis à la même obligation d'évaluation externe selon le même calendrier.

La démarche d'évaluation externe porte sur la pertinence, l'impact et la cohérence des actions déployées au regard des missions imparties et des besoins et attentes des bénéficiaires. Il n'est donc pas concevable que ces évaluations ne concernent pas l'ensemble des acteurs de la protection de l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse. D'autant plus que cette démarche, menée par un organisme indépendant, vise également à apprécier les effets des mesures prises pour l'amélioration continue du service rendu.

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

M. Alain Milon, rapporteur. L'amendement n° 51 tend à prévoir la possibilité d'évaluations communes à plusieurs établissements sociaux et médico-sociaux. Madame la sénatrice, un amendement similaire a déjà été rejeté par le Sénat lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

En effet, soit il s'agit d'ouvrir la possibilité de faire évaluer plusieurs établissements par le même prestataire dans le cadre d'un même marché : dans ce cas, il s'agit d'une mesure de bonne gestion, mais sa mise en œuvre est déjà possible en vertu de la législation en vigueur ; soit il s'agit de procéder à une seule évaluation pour les établissements relevant d'un même gestionnaire, afin d'aboutir à une évaluation moyenne de sa gestion. (*Mme Raymonde Le Texier fait un geste de dénégation.*) Dans cette seconde hypothèse, cet amendement s'avérerait dangereux, c'est pourquoi il doit être écarté. Les évaluations sont un élément important dans la procédure d'autorisation d'un établissement et un gestionnaire ne doit pas pouvoir compenser sa gestion défaillante dans certains établissements par une gestion exemplaire dans d'autres.

La commission a donc émis un avis défavorable sur cet amendement. Elle souhaite néanmoins prendre connaissance de l'avis de M. le ministre, car il nous avait indiqué, lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, qu'il rappellerait, par circulaire, la possibilité de faire évaluer plusieurs établissements par un même opérateur dans le cadre d'un même marché.

En ce qui concerne l'amendement n° 52, il tend à soumettre les établissements sociaux et médico-sociaux habilités « justice » au même régime d'agrément que les autres établissements. La commission a décidé de s'en remettre à la sagesse de notre assemblée, en attendant les explications du Gouvernement.

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

M. Xavier Bertrand, ministre. Le Gouvernement émet un avis défavorable sur ces deux amendements.

Pour répondre à M. le rapporteur, je ne suis pas intervenu sur cette question lors de la discussion du dernier projet de loi de financement de la sécurité sociale, puisqu'elle concerne le secteur médico-social...

M. Alain Milon, rapporteur. Veuillez m'excuser, monsieur le ministre.

M. Xavier Bertrand, ministre. Je vous en prie, monsieur le rapporteur, si les ministres changent, il s'agit toujours du même Gouvernement. Je prendrai donc contact avec ma collègue Roselyne Bachelot-Narquin pour lui soumettre votre question, et je m'engage à ce que vous obteniez une réponse.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 51. (*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 52.

(L'amendement n'est pas adopté.)

5

NOMINATION DE MEMBRES D'UNE COMMISSION MIXTE PARITAIRE

Mme la présidente. M. le président du Sénat a reçu de M. le Premier ministre la demande de constitution d'une commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi organique relatif au fonctionnement des institutions de la Polynésie française.

Je rappelle au Sénat que la liste des candidats établie par la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale a été affichée conformément à l'article 12 du règlement.

Je n'ai reçu aucune opposition.

En conséquence, cette liste est ratifiée et je proclame représentants du Sénat à cette commission mixte paritaire :

Titulaires : MM. Jean-Jacques Hyst, Christian Cointat, Jean-Pierre VIAL, Bernard Frimat, Richard Tuheiava, Yves Détraigne et Mme Nicole Borvo Cohen-Seat ;

Suppléants : M. Laurent Bêteille, Mme Anne-Marie Escoffier, MM. Dominique de Legge, Jean-Claude Peyronnet, Simon Sutour, Mme Catherine Troendle et M. François Zocchetto.

Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux ; nous les reprendrons à quatorze heures trente.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à douze heures trente, est reprise à quatorze heures trente.)

Mme la présidente. La séance est reprise.

6

CANDIDATURES À UNE COMMISSION MIXTE PARITAIRE

Mme la présidente. J'informe le Sénat que la commission des affaires sociales m'a fait connaître qu'elle a procédé à la désignation des candidats qu'elle présente à la commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion de la proposition de loi pour le développement de l'alternance et la sécurisation des parcours professionnels.

Cette liste a été affichée et la nomination des membres de cette commission mixte paritaire aura lieu conformément à l'article 12 du règlement.

7

RÉFORME DE L'HÔPITAL

SUITE DE LA DISCUSSION EN DEUXIÈME LECTURE ET ADOPTION D'UNE PROPOSITION DE LOI DANS LE TEXTE DE LA COMMISSION MODIFIÉ

Mme la présidente. Nous reprenons la discussion en deuxième lecture de la proposition de loi, modifiée par l'Assemblée nationale, modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Dans la suite de la discussion des articles, nous poursuivons l'examen des amendements déposés à l'article 16.

Article 16 (suite)

Mme la présidente. L'amendement n° 53, présenté par MM. Daudigny, Le Menn et Godefroy, Mmes Le Texier, Jarraud-Vergnolle et Demontès, MM. Cazeau, Desessard et Michel, Mmes Ghali, Alquier et Campion, MM. Gillot, Jeannerot, Kerdraon et S. Larcher, Mmes Printz, San Vicente-Baudrin et Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 2

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... - Après le deuxième alinéa du même l'article, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les services de prévention spécialisée et ceux mettant en œuvre des mesures d'investigation préalables aux mesures d'assistance éducative visés respectivement au 1° et au 4° du I de l'article L. 312-1 qui, à la date de promulgation de la présente loi, sont titulaires soit d'une habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, soit une habilitation visée à l'article L. 313-10 sont réputés être titulaires de l'autorisation de création visée au présent article. »

La parole est à Mme Raymonde Le Texier.

Mme Raymonde Le Texier. Une ordonnance du 1^{er} décembre 2005 a intégré les équipes de prévention spécialisée et les services mettant en œuvre des mesures d'investigation préalables aux mesures d'assistance éducative dans la liste des établissements et services sociaux et médico-sociaux visés par l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Cette intégration aurait dû amener les autorités administratives, président de conseil général et préfet de département, à délivrer des autorisations de création des services existants antérieurement au 2 décembre 2005 afin de tenir compte de l'intervention de cette ordonnance. Elle aurait dû, également, les amener à délivrer les autorisations pour les services se créant à compter de cette date.

Or, dans un nombre significatif de départements, les services continuent à fonctionner uniquement avec des habilitations à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale ou des habilitations à mettre en œuvre des mesures ordonnées par le juge en vertu du nouveau code de procédure civile ou de l'ordonnance du 2 février 1945.

Certaines autorités administratives refusent d'entrer dans la logique d'autorisation pourtant prévue par les textes et se limitent aux procédures d'habilitation. D'autres administrations, ayant un problème de moyens humains pour traiter les demandes d'autorisation des services concernés, se limitent également aux procédures d'habilitation.

Cette situation met en difficulté les services en question, car elle les expose potentiellement à une sanction pénale pour défaut d'autorisation de création. L'administration, elle-même, pourrait voir sa responsabilité engagée pour avoir fait fonctionner des services en les habilitant sans les autoriser. Cela aboutirait à une situation préjudiciable à l'ensemble des parties prenantes, alors que les services habilités fournissent des prestations de qualité, comme le démontrent le maintien ou les renouvellements d'habilitation.

Pour ces raisons, il est proposé que les services existant antérieurement à la date de promulgation de la future loi modifiant la loi HPST soient considérés comme titulaires de l'autorisation de création prévue à l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles dès lors qu'ils sont déjà titulaires soit d'une habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, soit d'une habilitation « justice ».

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

M. Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales. Cet amendement concerne l'habilitation des équipes de prévention spécialisée et des services mettant en œuvre des mesures d'investigation préalables aux mesures d'assistance éducative.

Il semble que le régime d'autorisation ou d'habilitation de ces services soit aujourd'hui ambigu. La commission, madame la secrétaire d'État, a émis un avis de sagesse dans l'attente des explications du Gouvernement.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État auprès du ministre du travail, de l'emploi et de la santé, chargée de la santé. Cet amendement vise à procéder à une régularisation juridique de l'autorisation pour certains services sociaux. Il s'agit des services d'investigation qui aident à la préparation des décisions du juge des enfants à la suite d'une procédure pénale ou civile, mais aussi de services de prévention spécialisée qui interviennent auprès des jeunes.

Ces services ont été intégrés dans la nomenclature du code de l'action sociale et des familles en 2005. Depuis cette date, ils doivent obtenir une autorisation pour exercer leurs activités. Or certains d'entre eux qui existaient avant 2005 n'ont toujours pas fait la démarche pour obtenir cette autorisation. Malgré le fait que ces services bénéficiaient d'une habilitation, cette régularisation créerait un précédent et ne pourrait être envisagée que si celle-ci pouvait être étendue à l'ensemble du secteur social et médico-social.

L'évaluation de l'impact de cette régularisation de masse n'étant pas disponible, le Gouvernement émet un avis défavorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 53.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 98, présenté par M. Fischer, Mmes David et Pasquet, M. Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du Parti de gauche, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 2

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

... – À la deuxième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles, après les mots : « d'extension inférieure à un seuil », sont insérés les mots : « ou de transformation ».

La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. L'article 16 modifie la procédure de transformation des établissements ou services sociaux et médico-sociaux.

Cette question est très importante et les représentants des départements, qui sont moteurs en la matière, savent combien il est difficile de porter jusqu'au bout de tels projets.

En effet, les transformations d'établissements et services existants sont subordonnées au résultat positif d'un appel à projet pour qu'un nouvel agrément puisse se substituer au précédent. Cette mécanique conduit à des ralentissements de procédure et peut entraîner un blocage total si l'établissement est considéré comme n'apportant pas toutes les garanties et s'il ne remporte pas l'appel à projet.

Face à cette situation, l'Assemblée des départements de France a engagé un recours hiérarchique contre le décret du 26 juillet relatif aux appels à projet, précisément sur cette difficulté. Peu de temps après, le Gouvernement prenait une circulaire qui prévoit, certes, la transformation des places d'instituts médico-éducatifs, IME, pour déficients intellectuels légers en places de SESSAD, services d'éducation spéciale et de soins à domicile, mais ne règle pas toutes les situations.

Ainsi, la transformation des places dans des structures pour jeunes handicapés accueillant des adolescents de plus de seize ans et des jeunes majeurs en maisons d'accueil spécialisées, MAS, ou en foyers d'accueil médicalisé, FAM, n'est toujours pas possible.

Notre amendement vise donc à remédier à cette situation et à permettre que des projets, qui sont actuellement gelés au détriment des publics concernés, puissent rapidement aboutir.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Il s'agit d'exclure l'avis de la commission lors de la sélection d'appels à projet social ou médico-social pour les opérations de transformation d'établissements.

Je rappelle que la proposition de loi exonère de la procédure d'appel à projet les transformations d'établissements sans modification de la catégorie de prise en charge. Il n'est donc pas souhaitable d'aller au-delà.

La commission a émis un avis défavorable.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Le Gouvernement émet également un avis défavorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 98.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 54, présenté par MM. Daudigny, Le Menn et Godefroy, Mmes Le Texier, Jarraud-Vergnolle et Demontès, MM. Cazeau, Desessard et Michel, Mmes Ghali, Alquier et Campion, MM. Gillot, Jeannerot, Kerdraon et S. Larcher, Mmes Printz, San Vicente-Baudrin et Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Alinéa 3

Rédiger ainsi le II de cet article :

II. - La deuxième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 313-1-1 du même code est complétée par les mots : « ou de transformation ».

La parole est à Mme Raymonde Le Texier.

Mme Raymonde Le Texier. Malgré ces avis défavorables et le vote qui vient d'intervenir, nous persistons et nous signons !

Il s'agit d'un amendement de cohérence et de bon sens pour ce qui est de la transformation d'établissements.

L'article 16 prévoit d'exonérer certaines transformations de la procédure d'appel à projet. Mais, de fait, tel qu'il est rédigé, il manque son objectif.

Les transformations d'établissements et services existants sont, en effet, subordonnées au résultat positif d'un appel à projet pour qu'un nouvel agrément puisse se substituer au précédent. Cette procédure va compliquer, précariser et freiner les opérations de redéploiement et de modernisation, déjà délicates, qui les sous-tendent.

Le risque est évidemment qu'il soit recouru à des appels à projet de pure forme pour mener à bien des transformations d'agrément d'établissements existants, gestionnaire et autorité administrative s'accordant par ailleurs pleinement pour faire évoluer la catégorie de population accueillie...

L'Assemblée des départements de France, l'ADF, avait introduit un recours hiérarchique contre le décret du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'autorisation et d'appel à projet, qui n'avait pas, malgré ces propositions, pris en compte cette problématique. Il lui a été répondu que la circulaire d'application lui donnerait satisfaction.

Or la circulaire du 28 décembre 2010 ne règle pas complètement la question. Elle manque de bases légales et l'article 16 tente de pallier la carence.

En effet, cette circulaire crée une réelle insécurité juridique en enfermant la qualification de transformation au sein de chacune des quinze catégories d'établissements et services visées au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Elle permet, certes, comme l'avait demandé l'ADF, de transformer des places d'IME pour déficients intellectuels légers en place de SESSAD ou en une section pour autistes, mais elle exclut la transformation de places dans des structures pour jeunes handicapés accueillant des adolescents de plus de seize ans et des jeunes majeurs relevant de l'amendement « Creton », en place de MAS ou de FAM, puisque les établissements pour jeunes handicapés relèvent du 2° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, tandis que les MAS et les FAM relèvent du 7° de ce même article. Or le II de l'article 16 de la proposition de loi ne le permet toujours pas.

Il est pourtant tout aussi pertinent et légitime de procéder à des transformations de places d'IME en MAS que de places d'IME en instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques, ITEP, ou en centres médico-psycho-pédagogiques, CMPP, relevant juridiquement de la même catégorie.

Il en est de même, dans le domaine de la protection de l'enfance, entre les établissements et services relevant conjointement du 1° et du 4° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et entre des places de MECS,

d'AEMO et d'AED, respectivement maisons d'enfants à caractère social, actions éducatives en milieu ouvert et actions éducatives à domicile.

En revanche, les centres de ressources relevant tous du 11° de l'article L. 312-1 pourraient se transformer sans appel à projet, alors que leurs modes de fonctionnement et leurs missions sont très différents. Il n'y a en effet rien de commun entre un CLIC et une UEROS, c'est-à-dire entre un centre local d'information et de coordination et une unité d'évaluation, de réentrainement et d'orientation sociale et professionnelle.

J'ajoute que la circulaire elle-même se fait l'écho de cette incohérence. Il y est en effet indiqué que « l'évolution d'un institut médico-éducatif ou d'un institut thérapeutique, éducatif et pédagogique en service d'éducation spécialisée et de soins à domicile, qui dépendent tous les trois du 2° du I du même article, ne constitue pas une transformation relevant de la procédure d'appel à projet. Ce cas d'évolution conduit néanmoins à des changements majeurs dans les modalités d'accueil et de prise en charge des publics, qui peuvent être très différents de ceux initialement accueillis. »

L'amendement n° 54 vise donc à prévoir un dispositif de bon sens, qui répond à l'attente des gestionnaires et nombre de décideurs.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Je tiens à saluer la prouesse de nos collègues socialistes, qui ont réussi à présenter le même amendement que celui de nos collègues du groupe CRC-SPG, mais en des termes différents, ce qui leur a permis de le défendre intégralement ! (*Sourires.*)

Cependant, cette similitude n'a pas échappé à la commission, qui, en conséquence, émet, comme sur l'amendement du groupe CRC-SPG, un avis défavorable.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Même avis !

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 54.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 55, présenté par MM. Daudigny, Le Menn et Godefroy, Mmes Le Texier, Jarraud-Vergnolle et Demontès, MM. Cazeau, Desessard et Michel, Mmes Ghali, Alquier et Campion, MM. Gillot, Jeannerot, Kerdraon et S. Larcher, Mmes Printz, San Vicente-Baudrin et Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Compléter cet article par trois paragraphes ainsi rédigés :

... - Après l'article L. 313-6 du même code, il est inséré un article L. 313-6-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 313-6-1. - Sans préjudice des articles L. 7231-1 et L. 7232-1 du code du travail, pour pouvoir prendre en charge des bénéficiaires de l'aide sociale, des allocataires de l'allocation personnalisée d'autonomie ou des bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap, les services d'aide, d'accompagnement et de maintien à domicile non médicalisés doivent obtenir une autorisation du président du conseil général de leur département d'implantation dans les conditions précisées au présent chapitre. »

... - L'article L. 314-1 du même code est complété par un X ainsi rédigé :

« X. - Selon des règles et des modalités fixées par décret, les services d'aide, d'accompagnement et de maintien à domicile mentionnés à l'article L. 313-6-1 sont tarifés par le président du conseil général sous la forme d'un forfait globalisé dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 313-12-3.

« Ce contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens constitue un acte de mandatement au sens de la directive n° 2006/123/CE du Parlement européen et du Conseil du 12 décembre 2006 et il est conclu entre le président du conseil général du département d'implantation du service et l'organisme gestionnaire du service ou la personne morale mentionnée à l'article L. 313-12-1. »

... – Après l'article L. 313-12-2 du même code, il est inséré un article L. 313-12-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 313-12-3. - I. - Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au X de l'article L. 314-1 précise notamment :

« 1° Le nombre annuel d'heures d'interventions directes au domicile des personnes prises en charge, lequel prend en compte les facteurs sociaux et environnementaux et pour les services d'aide à domicile relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 dans la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-3 ;

« 2° Le plafonnement des heures autres que celles mentionnées au 1° ;

« 3° Les objectifs de qualification des personnels prenant en compte les conditions techniques de fonctionnement des services d'aide à domicile définies par décret pris en application du II de l'article L. 312-1, et, le classement pour les services d'aide à domicile relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 dans la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-3 ;

« 4° Les missions d'intérêt général, notamment en matière de prévention de la maltraitance, de prévention de la précarité énergétique, d'éducation et de prévention en matière de santé, de prévention des accidents domestiques, à assurer en lien avec les organismes compétents sur leur territoire d'intervention ;

« 5° La participation en tant qu'opérateur du schéma régional de prévention prévu aux articles L. 1434-5 et L. 1434-6 du code de la santé publique et par conventionnement avec les organismes de protection sociale complémentaire et les fonds d'action sociale facultative des caisses de sécurité sociale aux actions d'aide au retour et au maintien à domicile à la suite d'une hospitalisation.

« II. – Le forfait globalisé mentionné au X de l'article L. 314-1 est évalué au regard des objectifs fixés en application du I du présent article.

« III. – Un arrêté ministériel définit et plafonne les coûts de structure. »

La parole est à M. Jacky Le Menn.

M. Jacky Le Menn. À la fin de l'année 2009, la crise financière des services d'aide à domicile a fait la une des médias. Compte tenu du fait que ces services sont financés à 80 % par les départements, principalement au titre de l'APA, l'allocation personnalisée d'autonomie, et à 20 % par l'assurance maladie, l'Assemblée des départements de France a décidé de prendre les choses en main et de proposer aux fédérations

gestionnaires de services d'aide à domicile prestataires la constitution d'un groupe de travail afin de poser un diagnostic partagé et de dégager des propositions communes.

Ce groupe de travail, qui s'est réuni du mois de février au mois de juin, est arrivé à des conclusions et à des propositions communes, acceptées par tous les partenaires du secteur. Les instances dirigeantes de l'Assemblée des départements de France ont intensément débattu de ces propositions lors de réunions en juillet, en septembre et en octobre. L'ADF les a validées à l'unanimité.

L'objet de l'amendement n° 55 est de mettre en œuvre le volet législatif des orientations et propositions communes des départements et des fédérations gestionnaires.

Ce volet législatif prévoit une véritable refondation de l'aide à domicile prestataire. Nous ne traitons pas de l'aide à domicile relevant des « services agréés dans le cadre du code du travail », qui continuera à prospérer dans le cadre législatif et réglementaire actuel.

Dans le cadre du débat national sur la dépendance, Mme Ratte vient de remettre à Mme Bachelot-Narquin un rapport dans lequel elle souligne qu'il s'agit de la seule proposition crédible. Le Conseil économique, social et environnemental porte la même appréciation dans son rapport.

Nous insistons sur le fait que les services d'aide à domicile prestataires ainsi refondés pourront constituer une pièce maîtresse des politiques de santé publique.

Chaque année, 22 000 chutes à domicile, qui entraînent 7 000 décès, sont comptabilisées. Ces chiffres effrayants, renouvelés chaque année, devraient nous émouvoir autant que les 15 000 morts de la canicule de 2003, dont le souvenir nous hante et qui alimentent nos débats, voire nos polémiques.

Il faut encourager les services d'aide à domicile, car ils permettent de mettre en œuvre des actions de prévention. À ce titre, il faudra que les agences régionales de santé, dans le cadre de leur schéma régional de prévention, intègrent pleinement les services d'aide à domicile prestataires dans la politique régionale de prévention. Les chutes de personnes âgées à leur domicile – 22 000 chaque année, je le rappelle – sont un problème de santé publique. En outre, elles représentent des dépenses évitables pour l'assurance maladie.

Ainsi, le financement de l'intervention d'un ergothérapeute, à titre préventif, devrait permettre un retour sur investissement pour l'assurance maladie. Les services prestataires, dans le cadre d'un forfait global intégrant des missions d'intérêt général – prévention des chutes, retours à domicile plus rapides après une hospitalisation, prise en compte de la précarité énergétique –, doivent pouvoir diversifier leurs financements.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement a déjà été présenté lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. Il tend à renforcer les services d'aide à domicile.

Lors de la discussion du PLFSS, la commission des affaires sociales du Sénat avait estimé préférable d'attendre la discussion des textes sur la réforme de la perte d'autonomie. Alors que les orientations de la réforme seront annoncées dans quelques jours, il n'apparaît pas souhaitable d'inscrire aujourd'hui des dispositions sur les services d'aide à domicile dans la présente proposition de loi consacrée à l'hôpital.

La commission demande donc le retrait de cet amendement. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Cet amendement tend à réserver au seul secteur des services d'aide à la personne autorisés le bénéfice des différentes aides sociales. Cela revient à défavoriser la partie de ce secteur comprenant les services agréés et à rendre inopérant le droit d'option entre l'autorisation et l'agrément existant pour ces services dans le code de l'action sociale et des familles.

Consciente de l'importance de ce secteur pour le maintien des personnes âgées et des personnes handicapées à domicile, j'avais moi-même lancé un groupe de travail l'année dernière afin que soient examinées les difficultés financières des services d'aide à domicile et de lancer une étude sur plusieurs modèles d'allocations de ressources. Une telle étude sera faite dans les mois qui viennent avec l'ensemble des acteurs du secteur.

Ce chantier a été lancé et il a donné lieu à diverses propositions de réforme d'allocations, dont celles qu'ont présentées l'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale des finances dans le rapport qu'elles ont remis au Gouvernement à la fin de l'année 2010. L'Assemblée des départements de France et les principales fédérations du secteur ont également fait des propositions.

Toutes ces propositions devront être discutées et testées pour aboutir à une réforme de l'allocation des ressources, tant pour les services autorisés que pour les services agréés, au sens du code du travail. Ces propositions seront soumises à une importante consultation, en association avec les caisses de sécurité sociale, à la fin de l'année 2011. La mise en œuvre de la réforme est prévue pour le début de 2012.

Pour toutes ces raisons, le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement.

Mme la présidente. La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote.

M. Guy Fischer. Les services d'aide à domicile prestataires sont au cœur des préoccupations des grandes fédérations de services d'aide prestataires ou agréés, mais aussi des conseils généraux. L'Assemblée des départements de France ne s'y est pas trompée, qui y a consacré une réflexion importante.

Vous nous renvoyez au dossier de la perte d'autonomie, monsieur le rapporteur, madame la secrétaire d'État, mais cette question revêt deux aspects.

Tout le monde s'accorde à le dire, le secteur de l'aide à domicile représente un gisement d'emplois important : 200 000 emplois sont en effet en jeu.

Pour ma part, j'ai participé à l'assemblée générale de l'une des grandes associations du Rhône, l'ADMR, l'association pour l'aide à domicile en milieu rural : l'aide à domicile est source de préoccupations financières à la fois pour les acteurs du secteur et pour les familles, pour qui le reste à charge est un problème.

Certes, l'aide à domicile retarde bien souvent – heureusement ! – l'hospitalisation des personnes âgées, mais il manque de places en EHPAD, les établissements hospitaliers pour personnes âgées dépendantes. Il faut donc absolument débattre des aspects tant qualitatifs que quantitatifs de ce problème et, surtout, de ce qui apparaît comme un transfert de charges sur les familles.

Ce sujet, je le répète, est l'une des préoccupations majeures des départements, mais surtout des familles qui ont à leur charge une personne âgée dépendante. Et toutes les familles sont touchées, d'une manière ou d'une autre, par ce problème.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 55.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 56, présenté par MM. Daudigny, Le Menn et Godefroy, Mmes Le Texier, Jarraud-Vergnolle et Demontès, MM. Cazeau, Desessard et Michel, Mmes Ghali, Alquier et Campion, MM. Gillot, Jeannerot, Kerdraon et S. Larcher, Mmes Printz, San Vicente-Baudrin et Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - La première phrase du premier alinéa de l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles est complétée par les mots : « , et sous réserve de leur compatibilité avec les enveloppes limitatives de crédits mentionnées à l'article L. 313-8 et aux articles L. 314-3 à L. 314-5 ».

La parole est à M. Jacky Le Menn.

M. Jacky Le Menn. La masse salariale du secteur associatif œuvrant dans le médico-social n'est pas maîtrisée. Les différents syndicats d'employeurs divergent sur le glissement vieillissement technicité, le GVT. Les coûts des accords sont sous-évalués, mais leurs agréments obligent les autorités de tarification à les financer et/ou à reprendre les déficits.

Il y a une contrariété juridique entre l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles sur l'opposabilité des incidences financières des conventions collectives et les articles L. 313-8 et L. 314-3 à L. 314-5 sur l'opposabilité des enveloppes limitatives de crédits. Il convient donc de mieux articuler ces différentes dispositions.

Cet amendement vise à accorder une primauté aux articles du code de l'action sociale et des familles relatifs aux crédits limitatifs des financeurs publics, dont l'État, afin, d'une part, de mettre fin aux « contrariétés » soulignées par les juridictions de la tarification entre ces derniers articles et l'article L. 314-6 sur la procédure d'agrément des conventions collectives, ce qui entraîne de coûteuses condamnations pour les financeurs, et, d'autre part, de responsabiliser les partenaires sociaux et les organismes gestionnaires.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement concerne les règles relatives aux conventions collectives des établissements sociaux et médico-sociaux. Il vise à prévoir que ces conventions ne prennent effet que sous réserve de leur compatibilité avec les enveloppes limitatives de crédits de ces établissements.

Il s'agit évidemment d'une question importante, dont nous avons déjà débattu à l'occasion de l'examen du projet de loi de finances pour 2011. Le Sénat avait alors prévu la remise d'un rapport sur l'agrément des conventions collectives des établissements médico-sociaux, mais le Conseil constitutionnel a annulé cette disposition.

Je profite aujourd'hui de l'examen de cet amendement pour interroger le Gouvernement sur les mesures qu'il entend prendre pour clarifier les conditions d'agrément des conventions collectives des établissements médico-sociaux.

Dans l'attente de ces réponses, mes chers collègues, au nom de la commission des affaires sociales, je me propose de m'en remettre à la sagesse du Sénat sur cet amendement.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Les charges de personnels représentent une part prépondérante des budgets des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Selon les estimations de la CNSA, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, elles représentent entre 75 % et 85 % de leurs budgets, en fonction du secteur de prise en charge, personnes âgées ou personnes handicapées. Dans le cadre de la tarification de ces établissements, ces charges sont naturellement opposables aux financeurs – assurance maladie, collectivités, État.

L'impact financier des conventions collectives et les accords collectifs signés par les partenaires sociaux, dans ce contexte, sont des sujets déterminants, la progression des dépenses de personnels en découlant étant très largement supportée, *in fine*, par le contribuable ou l'assuré social.

Aussi, un dispositif de maîtrise de cet impact a été aménagé : un agrément ministériel des conventions collectives du secteur a été créé. Cette procédure doit notamment permettre de contrôler la compatibilité desdits accords avec le cadre de gestion de l'année et la progression des enveloppes sociales et médico-sociales telles qu'elles ont été arrêtées en loi de financement de la sécurité sociale ou en loi de finances pour l'année.

Concrètement, les conventions collectives, conventions d'entreprise ou d'établissement et accords de retraite applicables aux salariés des établissements et services sociaux et médico-sociaux à but non lucratif doivent, pour prendre effet et être opposables aux autorités de tarification, avoir été agréés par le ministre des affaires sociales, après avis de la commission nationale d'agrément, où sont représentés les acteurs amenés à se prononcer sur le montant des ressources à affecter au secteur, c'est-à-dire l'État, les caisses de sécurité sociale, les conseils généraux.

En outre, l'article R. 314-199 du code de l'action sociale et des familles précise que les paramètres d'évolution de la masse salariale, également arrêtés par les ministres en application de l'article L. 314-6, sont fixés dans la limite du montant des dotations limitatives mentionné au premier alinéa de l'article L. 314-4 et compte tenu de l'objectif de dépenses d'assurance maladie fixé par le loi de financement de la sécurité sociale et des objectifs mentionnés à l'article L. 313-8.

Ces paramètres doivent prendre également en compte les orientations nationales ou locales en matière de prise en charge des personnes, les mesures législatives ou réglementaires qui ont une incidence sur la masse salariale des établissements et des services, l'évolution prévisionnelle des rémunérations des personnels compte tenu de leur ancienneté ou de leur qualification.

La soutenabilité des accords et des conventions au regard des financements disponibles est aujourd'hui très étroitement contrôlée. L'amendement est donc satisfait par le droit existant.

Pour ces raisons, le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 56.
(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 57, présenté par MM. Daudigny, Le Menn et Godefroy, Mmes Le Texier, Jarraud-Vergnolle et Demontès, MM. Cazeau, Desessard et Michel, Mmes Ghali, Alquier et Campion, MM. Gillot, Jeannerot, Kerdraon et S. Larcher, Mmes Printz, San Vicente-Baudrin et Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – L'article L. 315-2 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'article L. 313-1-1 ne s'applique pas aux établissements et services non personnalisés des départements et aux établissements publics départementaux lorsqu'ils sont créés sur leur ressort territorial et qu'ils sont financés par le budget départemental. »

La parole est à M. Jacky Le Menn.

M. Jacky Le Menn. Du fait du principe de libre administration des collectivités territoriales, les départements doivent pouvoir continuer à créer, gérer et financer en régie ou en budgets annexes des établissements sociaux et médico-sociaux relevant de leur compétence.

La procédure d'appel à projet ne peut donc pas s'appliquer aux départements gestionnaires, puisqu'ils ne peuvent pas être à la fois promoteurs d'un projet et décideurs.

Une dérogation en ce sens a été accordée s'agissant des établissements et services gérés pour la protection judiciaire de la jeunesse. Elle doit, par conséquent, être étendue aux départements.

En l'absence de cette disposition, le secteur associatif aurait le monopole de la gestion d'établissements et services dans le domaine de la protection de l'enfance, et ce à des coûts plus élevés, puisque le taux de charges sociales et fiscales sur les rémunérations est de 56 % dans le secteur associatif et de 44 % dans le secteur public.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement vise à exonérer de la procédure d'appel à projet les établissements sociaux et médico-sociaux gérés directement par les départements.

Il convient, selon la commission, d'attendre davantage de retours d'expérience pour modifier cette procédure d'appel à projet qui est, je vous le rappelle, l'une des grandes innovations de la loi HPST.

Cet amendement, en outre, a déjà été écarté en première lecture.

La commission émet donc un avis défavorable.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Même avis, madame la présidente.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 57.
(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Jacky Le Menn, pour explication de vote sur l'article 16.

M. Jacky Le Menn. Nous avons présenté un autre amendement à cet article 16, mais il a été frappé d'irrecevabilité au titre de l'article 40 de la Constitution.

Il nous avait pourtant semblé tout à fait opportun de compléter l'article 16 par une disposition permettant un développement sécurisé et pérenne des actions d'accompagne-

ment prévues par la loi HPST à l'article L. 1161-3 du code de la santé publique, parallèlement aux programmes thérapeutiques de l'article L. 1161-2 et aux programmes d'apprentissage de l'article L. 1161-5. Ces actions d'accompagnement n'ont pas fait l'objet, elles, des textes d'application nécessaires pour en préciser le régime, et ce malgré un rapport demandé par la ministre chargée de la santé de l'époque et remis le 24 juin 2010.

Entre temps, les premiers bilans des programmes d'éducation thérapeutique autorisés par les agences régionales de santé révèlent que leurs promoteurs se situent pour l'essentiel dans la sphère hospitalière et les réseaux de soins.

Malgré l'existence d'un nouveau mode de rémunération des professionnels de santé en ville s'engageant dans les programmes d'éducation thérapeutique, la part des programmes promus en ambulatoire reste résiduelle. La part des programmes portés par des associations de patients reste également exceptionnelle, dans l'attente d'une réglementation propre au régime des actions d'accompagnement, compte tenu de la lourdeur de la procédure d'autorisation et de l'absence de financement.

Les associations qui ne sont pas des fournisseurs d'actions d'accompagnement engagées contractuellement avec un bénéficiaire sont finalement les seules opératrices à n'avoir pas de régime juridique pour garantir la qualité de leurs actions d'accompagnement et rechercher un financement public, dès lors qu'elles n'ont pas de modèle économique autonome.

Il est donc nécessaire, selon nous, de prévoir ce régime, tout en conservant une appréciation large de la notion d'accompagnement qui permet d'impliquer l'entourage du patient et de favoriser son suivi.

Le cadre qui était proposé par l'amendement tombé sous le coup de l'article 40 de la Constitution s'inspirait du mécanisme créé en 2004 pour les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue, les CAARUD. Il était assorti d'un document national de référence publié par décret et financé dans le cadre de la gestion du risque par l'assurance maladie, plutôt que sur crédits d'intervention de l'État.

Le régime de l'anonymat, adopté pour les actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue, pouvait être mentionné et laissé à la faculté du bénéficiaire de l'action.

Compte tenu de l'irrecevabilité financière qui a été opposée à l'amendement, je dois me contenter, à cet instant, d'évoquer ce problème, en espérant toutefois retenir votre attention, madame la secrétaire d'État, pour que nous puissions travailler rapidement, si vous le voulez bien, à la mise en place effective des actions d'accompagnement prévues par la loi.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 16.

(L'article 16 est adopté.)

Article 16 bis A

Au 6° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, après les mots : « lorsque le bénéficiaire est un enfant ou adolescent handicapé », sont insérés les mots : « , ou un enfant ou adolescent accueilli dans un centre médico-psycho-pédagogique ou un centre d'action médico-sociale précoce visé à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ».

Mme la présidente. L'amendement n° 109, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Rédiger ainsi cet article :

L'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 19° Pour les frais de transport liés aux soins ou traitements dans les centres mentionnés au 3° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'annexe 32 du décret n° 63-146 du 18 février 1963 pris en charge dans les conditions prévues au 2° de l'article L. 321-1 et à l'article L. 322-5. »

La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Cet article étend la prise en charge par l'assurance maladie des frais de transport des enfants et adolescents se rendant dans les centres d'action médico-sociale précoce, les CAMSP, et les centres médico-psycho-pédagogiques, les CMPP, pour des soins ou traitements.

Si cette avancée est positive pour les familles concernées, il importe que cette prise en charge pour ces enfants ou adolescents s'organise dans les conditions désormais habituelles applicables aux transports pour des motifs sanitaires.

Il est donc proposé de modifier l'article 16 *bis* A en prévoyant une prise en charge décidée sur la base d'une justification médicale.

De manière générale, il s'agit pour l'assurance maladie d'encourager la prise en charge en fonction du besoin médical de la personne et non pas de reconnaître un droit automatique lié à une catégorie d'assurés.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Il s'agit d'un amendement de réécriture de l'article 16 *bis* A, qui avait été introduit par l'Assemblée nationale et complété par la commission des affaires sociales du Sénat. Cet article vise à aligner sur le droit commun les conditions de prise en charge, par l'assurance maladie, des frais de transport des enfants et adolescents accueillis en CAMSP et en CMPP.

Il est temps que cette question, soulevée chaque année à l'occasion de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, soit enfin réglée ! Depuis plusieurs années déjà, des familles sont confrontées au refus des caisses primaires d'assurance maladie de prendre en charge les frais de transport, au motif que ce dispositif ne reposerait sur aucune base législative. En pratique, cela conduit à des ruptures de prise en charge particulièrement préjudiciables aux enfants et à leurs familles.

Nous ne pouvons que nous féliciter de cette disposition.

La commission émet donc un avis favorable.

M. Guy Fischer. Très bien !

Mme la présidente. La parole est à Mme Bernadette Dupont, pour explication de vote sur l'amendement n° 109.

Mme Bernadette Dupont. Cette disposition me paraît tout à fait pertinente.

Il faut savoir en effet que, la plupart du temps, ce sont des bénévoles – j'ai eu l'occasion de le dire récemment dans cet hémicycle – qui assurent le transport de ces enfants vers les CAMSP.

Or ces bénévoles ne sont pas assurés. Il s'agit en général de femmes à la retraite qui utilisent leur véhicule personnel et paient leur essence elles-mêmes.

Que ces frais de transport soient remboursés me paraîtrait donc une bonne chose.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 109.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. En conséquence, l'article 16 *bis* A est ainsi rédigé.

Article 17 (Suppression maintenue)

Article 17 bis

- ① Le III de l'article L. 5134-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° La seconde phrase du premier alinéa est remplacée par une phrase ainsi rédigée :
- ③ « En cas de situation pathologique, la sage-femme adresse la patiente au médecin traitant. » ;
- ④ 2° Le second alinéa est ainsi modifié :
- ⑤ a) À la première phrase, les mots : « la contraception, et notamment » sont supprimés ;
- ⑥ b) Après la première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :
- ⑦ « Les infirmiers exerçant dans ces services peuvent procéder à la délivrance et l'administration de médicaments ayant pour but la contraception d'urgence. » – *(Adopté.)*

Article 17 ter

- ① Après l'article L. 2212-10 du même code, il est inséré un article L. 2212-10-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 2212-10-1.* – Après consultation des professionnels de santé concernés, une expérimentation est menée, pour une durée de deux ans, dans une région qui connaît un taux important de recours à l'interruption volontaire de grossesse et des difficultés pour organiser leur prise en charge.
- ③ « Initiée par l'agence régionale de santé, cette expérimentation autorise les sages-femmes des établissements de santé publics ou privés à pratiquer sous la responsabilité d'un gynécologue-obstétricien des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse selon les règles d'administration applicables à cette pratique prévues par le présent chapitre.
- ④ « Dans le cadre de cette expérimentation, la sage-femme sollicitée par une femme en vue de l'interruption de sa grossesse procède à la consultation médicale prévue à l'article L. 2212-3 et informe celle-ci, dès sa première visite, des méthodes médicales et chirurgicales d'interruption de grossesse ainsi que des risques et des effets secondaires potentiels. Si la femme renouvelle sa demande d'interruption de grossesse, la sage-femme recueille son consentement dans les conditions prévues à l'article L. 2212-5.

⑤ « Une sage-femme bénéficie de la clause de conscience et n'est jamais tenue de pratiquer une interruption volontaire de grossesse mais elle doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2.

⑥ « Si la sage-femme ne pratique pas elle-même l'interruption de grossesse, elle restitue à la femme sa demande pour que celle-ci soit remise au praticien choisi par elle et lui délivre un certificat attestant qu'elle s'est conformée aux dispositions des articles L. 2212-3 et L. 2212-5.

⑦ « Les modalités d'organisation de la consultation des professionnels de santé prévue au premier alinéa du présent article sont fixées par décret.

⑧ « Avant le 15 septembre de chaque année, le ministre chargé de la santé remet au Parlement un rapport qui présente une évaluation de l'expérimentation ainsi menée. »

Mme la présidente. L'amendement n° 103, présenté par Mme Hermange, M. Retailleau, Mmes Rozier et B. Dupont et M. Darniche, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Bernadette Dupont.

Mme Bernadette Dupont. Cet amendement tend à supprimer l'article 17 *ter*.

L'article 17 *ter* reprend une disposition qui avait déjà été discutée en 2009. Il s'agissait de confier aux sages-femmes la possibilité de procéder à des IVG médicamenteuses.

Il ne semble pas que cet article apporte de véritable solution au problème de fond, puisqu'il s'attaque aux conséquences d'une grossesse non désirée sans agir sur les causes, c'est-à-dire le manque d'éducation à la contraception. *(Exclamations sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.)*

Mme Annie David. On croit rêver !

Mme Bernadette Dupont. En plus de cela, cette mesure est loin de faire l'unanimité chez les professionnels, comme nous l'avons déjà noté en 2009. Un collectif regroupant plus de 900 sages-femmes s'était alors fermement opposé à cette réforme, estimant que la réforme était contraire au métier de sage-femme et, surtout, à un constat établi et partagé par tous : le problème actuel n'est pas la difficulté d'accès à l'IVG...

Mme Annie David. Bien sûr que si, c'est le problème !

Mme Bernadette Dupont. ... mais la persistance d'un nombre d'avortements trop élevé.

Rappelons que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 avait déjà étendu aux centres de planification la possibilité de procéder à des IVG médicamenteuses et que cette disposition est entrée en vigueur il y a seulement vingt et un jours.

Le décret n° 2009-516 du 6 mai 2009 relatif aux interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse a été publié au *Journal officiel* du 8 mai 2009.

Il est donc essentiel de ne pas brûler les étapes. C'est une question de méthode.

Il ne faudra envisager l'expérimentation dont il est question que lorsque deux conditions auront été remplies.

Il faudra au préalable, d'une part, la consultation dont il est fait mention dans le dispositif - ce n'est que parce que la consultation aura débouché sur un éventuel accord avec des modalités précises que le législateur pourra intervenir - d'autre part, une évaluation de l'application de l'extension de compétence donnée en la matière aux centres de planification familiale et aux centres de santé. Cette évaluation permettra alors d'établir s'il y a, ou non, dans certaines régions des problèmes persistants d'accès à l'IVG.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement vise à supprimer l'article 17 *ter*, qui autorise l'expérimentation pendant deux ans, dans les régions connaissant un taux élevé de recours à l'IVG, de la prescription de l'IVG médicamenteuse par des sages-femmes.

L'article 17 *ter* est en fait la reprise d'une mesure adoptée dans le cadre de la loi HPST mais annulée par le Conseil constitutionnel au motif que l'expérimentation prévue ne comportait aucune durée.

Il ne s'agit bien, à ce stade, que d'une expérimentation.

En commission, j'ai proposé un amendement, qui a d'ailleurs été adopté, pour préciser que la prescription de l'IVG médicamenteuse par une sage-femme en établissement de santé n'interviendrait que dans le cadre d'une prise en charge supervisée par un médecin gynécologue-obstétricien.

Mme Bernadette Dupont. Où est-il écrit que la prise en charge sera encadrée par un gynécologue-obstétricien, monsieur le rapporteur ?

M. Alain Milon, rapporteur. Dans ce même article, ma chère collègue.

Le dispositif est bien encadré et l'expérimentation proposée me semble extrêmement utile.

Mme Annie David. Exactement !

M. Alain Milon, rapporteur. La commission émet donc un avis défavorable.

Mme Raymonde Le Texier. Très bien !

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat. (*Protestations sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.*)

Mme Raymonde Le Texier. Mes compliments, madame la secrétaire d'État !

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Dumas, pour explication de vote.

Mme Catherine Dumas. Je tenais à signaler que je suis tout à fait favorable à l'expérimentation proposée à l'article 17 *ter*. Je suis donc hostile à cet amendement de suppression.

Mme la présidente. La parole est à Mme la présidente de la commission.

Mme Muguette Dini, présidente de la commission des affaires sociales. Je voudrais insister sur un point : personne n'est ici favorable à quelque IVG que ce soit.

En revanche, il me semble qu'ouvrir aux sages-femmes la possibilité de prescrire une IVG médicamenteuse sous le contrôle d'un médecin, c'est donner l'occasion à des jeunes filles, en particulier, de rencontrer une femme qui puisse leur parler. C'est donc aussi un moyen de faire de la prévention pour qu'il n'y ait pas d'autres IVG.

Mme Annie David. Exactement !

Mme Muguette Dini, présidente de la commission des affaires sociales. C'est peut-être mal parti pour cette fois-là, mais la sage-femme pourra certainement conseiller ces jeunes femmes et éviter une deuxième ou une troisième IVG.

Je crois donc qu'il faut vraiment ouvrir au maximum de personnes compétentes la possibilité de parler de ces sujets avec les jeunes filles concernées.

M. Guy Fischer et Mme Annie David. Très bien !

Mme Raymonde Le Texier. Voilà !

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 103.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 17 *ter*.

(*L'article 17 *ter* est adopté.*)

Article 18

- ① I. – (*Non modifié*)
 - ② II. – (*Suppression maintenue*)
 - ③ III. – Après l'avant-dernier alinéa de l'article L. 5125-17 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
 - ④ « Il peut être constitué entre personnes physiques ou morales exerçant la profession de pharmacien des sociétés de participations financières ayant pour objet la détention des parts ou d'actions de sociétés mentionnées au premier alinéa de l'article 1^{er} de la loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé et aux sociétés de participations financières de professions libérales. Par dérogation au 4° de l'article 5 de la même loi, les sociétés de participations financières de profession libérale de pharmaciens d'officine ne peuvent être composées que des membres exerçant leur profession au sein de la société d'exercice libéral. »
 - ⑤ IV. – Le 3° de l'article L. 6223-1 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :
 - ⑥ « Les sociétés de participations financières de profession libérale de biologistes médicaux ne peuvent être composées que des membres exerçant leur profession au sein de la société d'exercice libéral. »
- Mme la présidente.** L'amendement n° 15 rectifié *bis*, présenté par MM. Leclerc, Beaumont, Bernard-Reymond, P. Blanc, Doublet, Dulait, Grignon, Laménie, Laurent, Lorrain et Pinton, Mme Sittler et MM. Villiers et Cléach, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Rétablir le II dans la rédaction suivante :

II. – Après le troisième alinéa de l'article L. 5125-16 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Toute opération de restructuration du réseau officinal, réalisée au sein d'une même commune, par un ou plusieurs pharmaciens ou sociétés de pharmaciens par voie d'acquisition de fonds, de clientèle ou d'actifs d'une ou plusieurs officines, doit faire l'objet d'un accord préalable du directeur général de l'agence régionale de santé. La cessation définitive d'activité de l'officine ou des officines ne doit pas avoir pour effet de compromettre

l'approvisionnement nécessaire en médicaments de la population résidente de la commune ou du quartier concerné et est constatée dans les conditions prévues à l'article L. 5125-7. »

La parole est à M. Francis Grignon.

M. Francis Grignon. L'article 18 prévoit des modifications visant à réorganiser le réseau des officines et maintenir un maillage pharmaceutique homogène sur l'ensemble du territoire.

Aussi, lorsqu'il existe au sein d'une même commune un nombre d'officines supérieur aux quotas fixés par les textes régissant l'implantation des officines de pharmacie, il apparaît souhaitable, afin de tendre à la régulation du réseau, de permettre à un ou plusieurs titulaires d'officines dans la même commune de racheter une officine en surnombre, sans qu'il s'agisse pour autant d'un regroupement d'officines.

L'amendement proposé a pour objet d'autoriser les rachats de clientèles ou d'actifs et vise par suite à préciser que la cessation d'activité d'une officine, qui entraîne par ailleurs la caducité de la licence, peut être provoquée par le rachat de l'officine par un ou plusieurs autres pharmaciens installés dans la même commune.

L'approvisionnement nécessaire en médicaments de la population résidente de la commune ou du quartier concerné ne doit pas être compromis et le rachat conduit à la remise immédiate de la licence au directeur de l'agence régionale de santé.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Les auteurs de cet amendement proposent d'inscrire à l'article L. 5125-16 du code de la santé publique des dispositions permettant le rachat d'une officine en surnombre par un ou plusieurs pharmaciens de la même commune, par voie d'acquisition de fonds, de clientèle ou d'actifs.

Une telle opération, qui devrait faire l'objet d'un accord préalable du directeur général de l'ARS, pourrait sans doute présenter de nombreux avantages et faciliter le rachat des officines en surnombre.

La commission émet donc un avis de sagesse sur cet amendement.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement.

Tout d'abord, les conséquences fiscales d'un tel dispositif ne sont pas chiffrées. Or il se pourrait qu'elles soient très importantes.

Par ailleurs, dans le rapport qui vient de nous être remis, l'Inspection générale des affaires sociales est très circonspecte sur ce type de mesures.

Il est donc préférable d'envisager toutes les autres incitations permettant de réduire les zones de surdensité officinale, avant de s'engager sur une solution particulière dont le coût fiscal n'est pas encore maîtrisé.

Les propositions de l'IGAS seraient à analyser avec les services et avec l'ensemble des professionnels, afin d'obtenir le meilleur plan d'action possible.

Mme la présidente. Monsieur Grignon, l'amendement n° 15 rectifié *bis* est-il maintenu ?

M. Francis Grignon. Oui, madame la présidente.

Mme la présidente. La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote.

M. Guy Fischer. Cela ne vous étonnera pas, nous voterons contre cet amendement.

Il s'agit, me semble-t-il, d'un problème sérieux. Malheureusement, il n'y a jamais pu avoir de débat public avec l'ensemble des données économiques et territoriales sur le sujet en raison d'une volonté de la profession de se protéger. Nous voyons donc bien qu'un tel dispositif sert avant tout à satisfaire des clientèles...

Mais c'est à une réflexion plus globale que je vous invite, d'autant que certains ont souvent tendance à faire des comparaisons entre les différents systèmes au sein de l'Union européenne. La France est un pays dont la richesse officinale est très grande, mais, et il faudra avoir le courage d'en débattre un jour, notre pays est aussi à la tête de l'Union européenne en matière de consommation de médicaments, donc de dépenses...

Nous avons d'ailleurs défendu ce matin un amendement visant à encadrer la mise sur le marché de médicaments aux résultats plus que contestables. Notre collègue François Autain connaît très bien le problème.

Le réseau des officines est également une question très sensible. Même si cela constitue une richesse en termes d'aménagement du territoire en zones rurales comme en zones urbaines, il faudra bien se pencher sur les grands phénomènes de concentration d'officines.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 15 rectifié *bis*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 34 rectifié, présenté par MM. Barbier, Marsin et Milhau et Mme Escoffier, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - Le 4° de l'article 5 de la loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé et aux sociétés de participations financières de professions libérales est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les sociétés de participations financières dans les professions de santé ne peuvent être composées que de membres exerçant la profession concernée au sein des sociétés d'exercice libéral ; »

La parole est à M. Daniel Marsin.

M. Daniel Marsin. L'article 32 de la loi du 28 mars 2011 de modernisation des professions judiciaires ou juridiques et certaines professions réglementées a modifié le 4° de l'article 5 de la loi du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé et aux sociétés de participations financières de professions libérales, les SPFPL. La loi visait les professions juridiques et judiciaires, mais elle s'appliquera aux professions de santé.

La participation aux SPFPL de tiers investisseurs serait de nature à mettre en péril l'exercice des professions concernées dans le respect de l'indépendance de leurs membres et de leurs règles déontologiques propres. C'est la raison pour laquelle l'Assemblée nationale a interdit cette faculté dans les SPFPL de biologie médicale et de pharmacien d'officine.

Il serait incohérent de ne pas en tirer les mêmes conséquences pour les autres professions de santé. L'amendement proposé leur offre le cadre adapté à ces regroupements, tout en garantissant aux professionnels de santé la maîtrise de leur outil de travail.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Voilà un amendement qui s'inspire des dispositions du même article concernant les sociétés de participations financières de professions libérales de pharmaciens ou de biologistes médicaux.

Il tend à modifier le 4^e de l'article 5 de la loi du 31 décembre 1990 relative aux sociétés d'exercice libéral, les SEL, pour imposer que les SPFPL des professions de santé ne soient composées que de membres exerçant la profession concernée au sein d'une SEL.

Il traduit, comme les autres dispositions évoquées, l'inquiétude des professions de santé, soucieuses de préserver l'indépendance de leurs membres et le respect de leur déontologie, devant la perspective de création de SPFPL, même si cette création n'est actuellement pas possible dans les professions médicales et de santé.

La commission ne peut pas être favorable à l'adoption de cet amendement, mais souhaite vivement que le débat sur le sujet, qui n'a pas vraiment eu lieu à l'Assemblée nationale, puisse progresser au Sénat.

En attendant, la commission sollicite le retrait de cet amendement. À défaut, l'avis serait défavorable.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement.

La limitation de la détention du capital des SPFPL par des personnes n'exerçant pas dans une SEL issue de la loi du 31 décembre 1990 modifiée garantit suffisamment l'indépendance des biologistes médicaux. À mon sens, il pourrait être préjudiciable à la recomposition de l'offre de biologie médicale d'aller plus loin.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 34 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 18.

(L'article 18 est adopté.)

Articles additionnels après l'article 18

Mme la présidente. L'amendement n° 7 rectifié, présenté par MM. Leclerc, Beaumont, Bernard-Reymond, P. Blanc, Chauveau et Cléach, Mme Deroche, MM. Doublet et Dulait, Mme G. Gautier, M. Grignon, Mme Hummel, MM. Laménie, Laurent et Lorrain, Mme Malovry, M. Pinton, Mme Procaccia et M. Villiers, est ainsi libellé :

Après l'article 18, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article. L. 162-16-1-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-16-1-1. - Des accords conventionnels interprofessionnels intéressant les pharmaciens titulaires d'officine et une ou plusieurs autres professions de santé, relatifs aux pathologies ou aux traitements, peuvent être conclus pour une durée au plus égale à 5 ans entre

l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les organisations représentatives signataires des conventions nationales de chacune de ces professions, après avis des conseils de l'ordre concernés sur leurs dispositions relatives à la déontologie.

« Ces accords peuvent déterminer les objectifs et les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de dispositifs visant à favoriser une meilleure organisation et coordination des professionnels de santé, notamment par la création de réseaux de santé, la promotion du développement professionnel continu ainsi que de dispositifs visant à améliorer la qualité des soins. »

La parole est à M. Francis Grignon.

M. Francis Grignon. Je répondrai tout d'abord à M. Fischer.

Mon cher collègue, il existe des quotas pour limiter le nombre de pharmacies ; le système est donc parfaitement réglementé ! En outre, de plus en plus de médicaments ne sont pas remboursés.

Il est donc préférable et moins coûteux pour la sécurité sociale d'autoriser une personne qui a fait six années d'études à conseiller ses clients plutôt que de les obliger à aller systématiquement consulter un médecin. Et je m'empresse de préciser que je ne suis pas pharmacien... *(Sourires.)*

J'en viens plus précisément à cet amendement.

Les pharmaciens titulaires d'officines n'étant pas prévus dans le cadre de l'article du code de la sécurité sociale autorisant la conclusion avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'UNCAM, d'accords conventionnels interprofessionnels intéressant plusieurs professions de santé relatifs aux pathologies ou aux traitements, il convient de remédier à ce qui peut aujourd'hui apparaître comme une lacune au regard des pharmaciens.

En effet, les organisations et expérimentations de l'offre de soins de ville telles que prévues aux articles 1^{er} et 2 du présent texte incluent les pharmaciens. Les nouvelles missions attribuées aux pharmaciens d'officine par la loi HPST et les coopérations pouvant en découler avec d'autres professionnels de santé font que de tels accords conventionnels peuvent se révéler nécessaires en vue d'améliorer la qualité des soins et l'organisation des officines, telle que modifiée par l'article 18 de ce texte.

C'est pourquoi il est proposé d'en prévoir la possibilité à la section 4 du chapitre 2 du titre 6 du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, en insérant à cette place une disposition spécifique venant à la suite de l'article L. 162-16-1, relatif aux conventions conclues entre les organisations représentatives des pharmaciens titulaires d'officine et l'UNCAM, et transposant pour les pharmaciens les dispositions déjà prévues pour les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages femmes et les auxiliaires médicaux.

Mme la présidente. Le sous-amendement n° 119, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Amendement n° 7 rectifié

Compléter cet amendement par deux alinéas ainsi rédigés :

« Ces accords, lors de leur conclusion ou de leur tacite reconduction, n'entrent en vigueur qu'après approbation par arrêté des ministres chargé de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget.

« Cet arrêté peut, lorsque l'accord comporte des clauses non conformes aux lois et règlements en vigueur, exclure ces clauses de l'approbation. »

La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Le Gouvernement est favorable à l'amendement n° 7 rectifié, sous réserve de l'adoption de ce sous-amendement, qui vient utilement le compléter.

Il apparaît en effet indispensable que les accords conventionnels, lors de leur conclusion ou de leur tacite reconduction, n'entrent en vigueur qu'après approbation par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget.

Cet arrêté peut également, lorsque l'accord comporte des clauses non conformes aux lois et règlements en vigueur, exclure ces clauses de l'approbation.

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

M. Alain Milon, rapporteur. L'amendement n° 7 rectifié, dont le lien direct avec l'article 18 n'apparaît pas clairement (*Sourires*), tend à permettre aux pharmaciens de participer à des accords conventionnels interprofessionnels.

De fait, c'est une idée intéressante, mais le dispositif prévu à cette fin devrait être complété, notamment pour prévoir des procédures d'approbation de tels accords. Or le sous-amendement n° 119, qui a été présenté par le Gouvernement, y pourvoit.

Le récent rapport de l'IGAS, qui avait été demandé par le ministre, permettra de mettre au point les conditions d'application de cet article.

Par conséquent, la commission émet maintenant un avis favorable sur l'amendement n° 7 rectifié sous réserve de l'adoption du sous-amendement n° 119.

Mme la présidente. La parole est à Mme Annie David, pour explication de vote.

Mme Annie David. Monsieur le rapporteur, en commission, nous avons émis un avis de sagesse sur l'amendement n° 7 rectifié.

Or, sous prétexte qu'un sous-amendement du Gouvernement vous semble aller dans le bon sens, vous donnez un autre avis au nom de la commission sans que celle-ci se soit réunie !

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

M. Alain Milon, rapporteur. Il est vrai que la commission ne s'est pas réunie depuis le dépôt du sous-amendement n° 119. Mais, hier, en commission, nous avons émis un avis de sagesse sur l'amendement n° 7 rectifié « sous réserve d'une approbation des différents dispositifs à mettre en place ». Or c'est précisément l'objet du sous-amendement n° 119.

La réserve étant levée, nous ne pouvons plus qu'émettre un avis favorable sur l'amendement n° 7 rectifié ainsi sous-amendé.

Mme Annie David. Je me souviens qu'il était question d'un « avis de sagesse », mais pas d'une « réserve »...

Mme la présidente. Je mets aux voix le sous-amendement n° 119.

(Le sous-amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix, modifié, l'amendement n° 7 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans la proposition de loi, après l'article 18.

L'amendement n° 99, présenté par M. Fischer, Mmes David et Pasquet, M. Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du Parti de gauche, est ainsi libellé :

Après l'article 18

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

« Le 1° de l'article 5 de la loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé et aux sociétés de participations financières de professions libérales est complété par les mots : « sous réserve, s'agissant des personnes morales exerçant une profession de santé, du caractère civil de leur objet social et de la détention majoritaire du capital et des droits de vote par des membres et anciens membres de la profession de santé correspondant à l'objet social, ainsi que leurs ayants droit ; ».

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Monsieur le rapporteur, je me souviens très bien aussi de l'avis de la commission sur cet amendement-ci ! (*Sourires*.)

Nous souhaitons insérer un article additionnel après l'article 18, qui porte modification de la loi du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé et aux sociétés de participations financières de professions libérales.

Cet article additionnel s'impose, non seulement dans l'intérêt de la santé publique, mais aussi dans celui du droit.

En effet, notre amendement permet de redonner tout son sens à l'article 5 de la loi de 1990, article qui a été dévoyé de son objectif initial, à savoir garantir aux professionnels de santé une mainmise sur au moins 75 % du capital des sociétés de professions libérales.

Notre amendement est destiné à assurer le respect de la loi ainsi que celui du droit de l'Union européenne. N'oublions pas qu'un État qui ne respecte pas le droit communautaire peut voir sa responsabilité engagée !

La jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne est pourtant très claire : dans un arrêt du 16 décembre 2010, la Cour conclut que la part du capital d'une société d'analyses médicales détenue par un non-biologiste doit être limitée à 25 %. Cependant, les dispositions de la loi du 31 décembre 1990 n'empêchent plus que les tiers extérieurs aux professions de santé participent indirectement, à hauteur de plus de 25 %, au capital des sociétés d'exercice libéral.

En effet, aux termes des dispositions actuelles de la loi 1990, et en violation avec la jurisprudence communautaire, les tiers extérieurs aux professions de santé pourront continuer à détenir plus de 25 % des sociétés d'exercice libéral en détenant des parts dans des sociétés ayant des activités médicales, lesquelles achèteront à leur tour des actions dans d'autres sociétés d'exercice libéral !

Ce tour de passe-passe permet tout simplement de détourner la jurisprudence européenne, ainsi que la législation française, ce qui aboutit, en définitive, à vider de son sens la loi du 31 décembre 1990, et même à priver ses dispositions de toute effectivité réelle.

Nous profitons donc de la possibilité qui nous est offerte par l'article 18 de cette proposition de loi pour rétablir l'effectivité des dispositions de la loi de 1990.

Il y va de l'indépendance même des professions médicales ! Notre amendement, en plus d'œuvrer dans l'intérêt du droit, vise en effet surtout à garantir réellement l'indépendance des professions médicales, dont on a vu, notamment avec la récente affaire du Mediator, qu'elle pouvait être facilement mise à mal par les groupes d'intérêts et les grands laboratoires pharmaceutiques.

En définitive, ce sont tout simplement les impératifs de santé publique et les expériences du passé qui nous ont amenés à proposer cet amendement.

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

M. Alain Milon, rapporteur. On tourne toujours autour de la question de l'application des SEL au domaine de la santé et aux professionnels de santé.

L'amendement n° 99 répond strictement aux mêmes préoccupations que l'amendement précédent, que nous avons adopté, et au souci des professionnels de santé de ne pas se voir appliquer les dispositions du premier alinéa de l'article 5-1 de la loi de 1990.

Il traduit aussi le souhait d'obtenir des précisions sur l'application de cette loi aux professions libérales de santé.

Techniquement, en l'état, l'amendement ne peut toutefois pas être adopté. L'avis serait donc défavorable, mais la commission souhaite en tout état de cause obtenir des réponses de la part du Gouvernement sur la façon dont il compte appliquer les SEL aux professionnels de santé.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Dans le cas d'une société participant à une société d'exercice libéral, l'amendement vise à exclure de la détention du capital et des droits de vote les personnes morales dont le capital social ne serait pas détenu majoritairement par des membres ou anciens membres de la profession de santé correspondant à l'objet social de la SEL.

L'amendement tend ainsi à aller plus loin que l'article 6 de la loi du 31 décembre 1990, modifié en 2008, qui prévoit que toute personne physique ou morale ne peut détenir une part du capital d'une SEL supérieure au quart de celui-ci pour l'exercice d'une profession de santé.

L'amendement ne se justifie pas, la réservation de la détention du capital d'une SEL aux professionnels étant suffisamment garantie par les textes en vigueur. Les articles 5 et 6 de la loi du 31 décembre 1990 sont de nature à empêcher de façon suffisante une participation qui porterait atteinte à l'indépendance des biologistes. Nous avons déjà développé des arguments similaires tout à l'heure.

L'avis est donc défavorable.

Mme la présidente. Madame David, l'amendement n° 99 est-il maintenu ?

Mme Annie David. Nous avons l'impression, cet après-midi, de prêcher dans le vide ! Pourtant, croyez bien que nous n'avons pas déposé par hasard cet amendement, qui est effectivement proche de celui qui a été défendu tout à l'heure.

Vous pourriez d'ailleurs remarquer, mes chers collègues, que, pour une fois, c'est le groupe communiste qui défend les professions libérales ! (*Sourires.*)

M. Guy Fischer. On aura tout vu ! Il ne faut jamais désespérer ! (*Rires.*)

Mme Annie David. Nous sommes aussi à l'écoute de l'ensemble des professions.

Tout à l'heure, M. Grignon a tenu à nous expliquer comment fonctionnaient les pharmacies : merci, monsieur Grignon, mais nous connaissons les réalités ! Nous ne sommes pas les idéologues bornés que certains nous reprochent d'être, et nous n'avons pas d'oeillères qui nous empêcheraient de voir comment vit réellement le pays.

Si nous avons décidé de présenter cet amendement, c'est parce qu'un grand nombre de professionnels, notamment dans les laboratoires, sont très inquiets quant à leur avenir. L'impossibilité de détention par des tiers extérieurs aux professions de santé du capital d'une SEL au-delà de 25 %, qui, selon vous, est garantie par la loi de 1990, n'est plus effective puisque cette loi a été modifiée. À l'origine, effectivement, cette loi de 1990 apportait une certaine sécurité, mais, depuis, bon nombre de modifications sont intervenues, notre collègue Daniel Marsin les a tout à l'heure énumérées, qui font que, aujourd'hui, cette loi de 1990 ne permet plus aux laboratoires d'envisager leur avenir sereinement.

Et si, aujourd'hui, ces laboratoires sont mis en danger, c'est aussi l'aménagement de nos territoires qui est menacé. En effet, ces laboratoires de proximité répondent à une demande, tout comme les pharmacies ou les médecins, que nous souhaitons voir s'installer dans nos territoires ruraux.

Tous répondent à une demande d'accès aux soins de l'ensemble de nos concitoyens, quel que soit leur lieu de vie.

J'espère que nous pourrions par la suite revoir l'organisation des laboratoires sur l'ensemble de notre territoire, peut-être à l'occasion de ce grand texte de santé publique et son volet consacré à la santé mentale, que l'on nous annonce déjà depuis quelques mois.

En attendant, nous maintenons cet amendement.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 99.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Article 18 bis (*Non modifié*)

- ① Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le second alinéa de l'article L. 5125-1-1 est ainsi rédigé :
- ③ « L'exécution par une officine de pharmacie des préparations autres que celles mentionnées au premier alinéa, pouvant présenter un risque pour la santé, et dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé est soumise à autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé. » ;
- ④ 2° Après l'article L. 5125-1-2, il est inséré un article L. 5125-1-3 ainsi rédigé :
- ⑤ « Art. L. 5125-1-3. – Le directeur général de l'agence régionale de santé suspend ou interdit l'exécution des préparations autres que celles visées à l'article L. 5125-1-1 lorsque l'officine ne respecte pas les bonnes pratiques de préparation ou réalise les préparations dans des conditions dangereuses pour la santé publique.

- ⑥ « Le directeur général de l'agence régionale de santé suspend ou retire l'autorisation d'exercice de l'activité de sous-traitance visée à l'article L. 5125-1 ou celle visée à l'article L. 5125-1-1 lorsque l'officine ne respecte plus les bonnes pratiques de préparation ou réalise les préparations dans des conditions dangereuses pour la santé publique.
- ⑦ « Sauf en cas d'urgence, le pharmacien d'officine concerné est mis à même de présenter ses observations avant l'intervention des mesures prévues ci-dessus. » – (Adopté.)
-

Article 20 (Non modifié)

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° À la fin de la seconde phrase de l'article L. 1313-5, les mots : « en application du titre IV du livre I^{er} de la cinquième partie » sont supprimés ;
- ③ 1° *bis* L'article L. 1334-1 est ainsi modifié :
- ④ a) Aux deux dernières phrases du troisième alinéa, les mots : « faire réaliser un diagnostic portant sur les revêtements des immeubles ou parties d'immeubles habités ou fréquentés régulièrement par ce mineur. Les résultats de l'enquête sont communiqués » sont remplacés par les mots : « réaliser un diagnostic portant sur les revêtements des immeubles ou parties d'immeubles habités ou fréquentés régulièrement par ce mineur ou solliciter le représentant de l'État dans le département pour la réalisation de ce diagnostic par un opérateur. Les conclusions de l'enquête sont communiquées » ;
- ⑤ b) La seconde phrase du quatrième alinéa est ainsi rédigée :
- ⑥ « Il invite la personne dont dépendent les sources d'exposition au plomb identifiées par l'enquête autres que des revêtements dégradés à prendre les mesures appropriées pour réduire les risques associés à ces sources. » ;
- ⑦ c) Le cinquième alinéa est ainsi rédigé :
- ⑧ « En l'absence de déclaration d'un cas de saturnisme, lorsqu'un risque d'exposition au plomb pour un mineur est porté à sa connaissance, le représentant de l'État dans le département peut faire réaliser le diagnostic mentionné au troisième alinéa soit par un opérateur, soit par le directeur général de l'agence régionale de santé, soit par le directeur du service communal d'hygiène et de santé. Le directeur général de l'agence ou le directeur du service communal d'hygiène et de santé peut également procéder à ce diagnostic lorsqu'il a été directement informé du risque d'exposition. Il informe le représentant de l'État des résultats de ce diagnostic. Lorsqu'il ne réalise pas ce diagnostic, le directeur général de l'agence régionale de santé est informé par l'opérateur des résultats de ce diagnostic. » ;
- ⑨ d) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑩ « Le régime financier lié aux missions du service communal d'hygiène et de santé en application du présent article est traité par convention entre le représentant de l'État dans le département et le maire de la commune. » ;

- ⑪ 1° *ter* À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 1334-2, la référence : « L. 1334-4 » est remplacée par la référence : « L. 1334-1 » ;
- ⑫ 1° *quater* Au quatrième alinéa du même article L. 1334-2, les mots : « de validation par l'autorité sanitaire » sont remplacés par les mots : « de confirmation par l'autorité sanitaire de l'existence d'un risque de saturnisme infantile » ;
- ⑬ 2° À la seconde phrase du second alinéa de l'article L. 4112-2, à la deuxième phrase du second alinéa de l'article L. 4123-10 et au troisième alinéa de l'article L. 4123-12, les mots : « médecin inspecteur départemental de santé publique » sont remplacés par les mots : « médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé » ;
- ⑭ 3° Au 1° de l'article L. 4132-9 et aux articles L. 4142-5 et L. 4152-8, les mots : « inspecteur régional de santé publique » sont remplacés par les mots : «, chirurgien-dentiste ou sage-femme désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé » ;
- ⑮ 3° *bis* À la première phrase du second alinéa de l'article L. 4211-5, le mot : « et » est remplacé par les mots : «, après avis » ;
- ⑯ 4° À la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 4232-5, les mots : « au pharmacien inspecteur régional de santé publique » sont remplacés par les mots : « à un pharmacien désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé » ;
- ⑰ 5° À la fin du premier alinéa de l'article L. 6142-11, les mots : « inspecteur régional de santé publique ou le pharmacien inspecteur régional » sont remplacés par les mots : « ou le pharmacien désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé » ;
- ⑱ 6° Au premier alinéa de l'article L. 5463-1, les mots : « inspecteurs départementaux de santé publique » sont remplacés par les mots : « désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé » ;
- ⑲ 7° La première phrase du troisième alinéa de l'article L. 4321-16 est ainsi rédigée :
- ⑳ « Il valide et contrôle la gestion des conseils régionaux ou interrégionaux ainsi que départementaux ou interdépartementaux. » ;
- ㉑ 8° Au début de l'article L. 3711-4, les mots : « L'État prend » sont remplacés par les mots : « Les agences régionales de santé prennent » ;
- ㉒ 9° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 5126-2, les mots : « de l'agence régionale de l'hospitalisation » sont remplacés par les mots : « général de l'agence régionale de santé » ;
- ㉓ 10° À l'article L. 5126-3, le mot : « sixième » est remplacé par le mot : « septième » ;
- ㉔ 11° À la fin de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 6122-6, les mots : « délibéré par la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation » sont remplacés par les mots : « conclu avec le directeur général de l'agence régionale de santé » ;

- ②5 12° À la seconde phrase du dernier alinéa de l'article L. 6141-7-2, les mots : « de l'agence régionale de l'hospitalisation » sont remplacés par les mots : « général de l'agence régionale de santé » ;
- ②6 13° Aux septième et neuvième alinéas de l'article L. 6145-8, les mots : « d'administration » sont remplacés par les mots : « de surveillance » ;
- ②7 14° Le dernier alinéa de l'article L. 6148-1 est supprimé ;
- ②8 15° L'article L. 6162-8 est ainsi modifié :
- ②9 a) À la fin du 5°, les mots : « la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation » sont remplacés par les mots : « l'agence régionale de santé » ;
- ③0 b) À la seconde phrase du dernier alinéa, les mots : « de l'agence régionale de l'hospitalisation » sont remplacés par les mots : « général de l'agence régionale de santé » ;
- ③1 16° Au troisième alinéa de l'article L. 6163-9, les mots : « l'hospitalisation » sont remplacés par le mot : « santé ».
- ③2 II. – (*Non modifié*)
- ③3 III. – Le deuxième alinéa de l'article 52 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique est ainsi modifié :
- ③4 1° À la première phrase, les mots : « représentant de l'État dans le département » sont remplacés par les mots : « directeur général de l'agence régionale de santé » ;
- ③5 2° À la quatrième phrase, les mots : « un autre département » sont remplacés par les mots : « une autre région ».

Mme la présidente. L'amendement n° 59 rectifié *bis*, présenté par MM. Daudigny, Le Menn et Godefroy, Mmes Le Texier, Jarraud-Vergnolle et Demontès, MM. Cazeau, Desessard et Michel, Mmes Ghali, Alquier et Campion, MM. Gillot, Jeannerot, Kerdraon et S. Larcher, Mmes Printz, San Vicente-Baudrin et Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 32

Insérer trois alinéas ainsi rédigés :

...° À l'article L. 351-1, les mots : « le représentant de l'État dans le département, le directeur général de l'agence régionale de santé et le président du conseil général, séparément ou conjointement, ainsi que par le président du conseil régional et, le cas échéant, par les ministres compétents » sont remplacés par les mots : « les autorités compétentes » ;

...° À l'article L. 351-3, après les mots : « le représentant de l'État dans le département » sont insérés les mots : « ou la région ».

... - Le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale est compétent pour connaître des recours dirigés contre les décisions prises, au titre des exercices 2010 et 2011, par le représentant de l'État dans la région en application de l'article L. 314-1 du code de l'action sociale et des familles.

La parole est à Mme Raymonde Le Texier.

Mme Raymonde Le Texier. Une ordonnance du 23 février 2010 a complété et adapté certaines dispositions législatives à la suite de la loi HPST. L'article 18 de cette ordonnance a notamment modifié l'article L.314-1 du code de l'action sociale et des familles, visant les autorités de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Outre la prise en compte de la création des ARS, cet article a confié aux préfets de région certaines compétences tarifaires antérieurement exercées par les préfets de département. C'est ainsi que le préfet de région est amené depuis ce texte à tarifier les centres d'hébergement et de réinsertion sociale, les CHRS, et les centres d'accueil pour les demandeurs d'asile, les CADA, les services mettant en œuvre des mesures judiciaires de protection des majeurs ou d'aide à la gestion du budget familial.

L'ordonnance a cependant omis de modifier les articles portant sur le contentieux de la tarification sanitaire et sociale et plus précisément les articles L.351-1 et L.351-3 du code de l'action sociale et des familles. Ces articles ne font en effet référence qu'au représentant de l'État dans le département et non pas au représentant de l'État dans la région.

Le présent amendement vise à réparer cette omission.

Afin d'éviter toute incertitude pour les années 2010 et 2011, il prévoit par ailleurs que cette modification s'applique aux tarifs fixés par les préfets de région au titre de ces deux années.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement, qui prévoit en effet des coordinations utiles qu'avait omises l'ordonnance dite de coordination prévue par la loi HPST (*Sourires*), a reçu un avis favorable de la commission.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Le Gouvernement est favorable à cet amendement, qui répare utilement une omission de la loi HPST.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 59 rectifié *bis*.

(*L'amendement est adopté.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 118, présenté par M. Milon, au nom de la commission, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

IV. - L'article L. 4124-11 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au quatrième alinéa du I, après les mots : « en cas », sont insérés les mots : « d'insuffisance professionnelle, » ;

2° Au II, après les mots : « en cas », sont insérés les mots : « d'insuffisance professionnelle, ».

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Milon, rapporteur. Il s'agit d'un amendement de coordination.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Favorable !

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 118.

(*L'amendement est adopté.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 20, modifié.

(*L'article 20 est adopté.*)

Article 20 bis

Après le mot : « Pharmaciens », la fin de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 4232-1 du code de la santé publique est ainsi rédigée : « exerçant dans un laboratoire de biologie médicale et pharmaciens exerçant la biologie médicale, ou l'un de ses domaines, dans un établissement [...] de santé ; ». – (*Adopté.*)

**Article 20 ter
(Supprimé)****Article 20 quater**

L'article L. 6211-1 du code de la santé publique est complété par les mots : « , hormis les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques exécutés par des médecins spécialistes dans ce domaine ». – (*Adopté.*)

Article 20 quinquies

- ① Le même code est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 6211-13 est ainsi rédigé :
- ③ « *Art. L. 6211-13. – (Non modifié)* Lorsque la phase pré-analytique d'un examen de biologie médicale ne peut être réalisée dans un laboratoire de biologie médicale ou dans un établissement de santé, elle peut l'être, en tout lieu, par un professionnel de santé habilité à réaliser cette phase. Cette phase pré-analytique doit être réalisée sous la responsabilité du professionnel concerné dans le respect de la procédure d'accréditation.
- ④ « Les catégories de professionnels habilités à réaliser cette phase sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. » ;
- ⑤ 2° À l'article L. 6211-14, après les mots : « établissement de santé », sont insérés les mots : « et en l'absence d'urgence médicale ».
- ⑥ 3° (*nouveau*) Après le 2° de l'article L. 6223-5 du code de la santé publique, il est inséré un 3° ainsi rédigé :
- ⑦ « 3° Une personne physique ou morale qui détient une fraction du capital social d'une société réalisant la phase pré-analytique d'un examen de biologie médicale dans les conditions mentionnées à l'article L. 6211-13 et ne répondant pas aux dispositions du chapitre II du titre I^{er} du présent livre. »

Mme la présidente. L'amendement n° 107, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 1

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Avant la dernière phrase du second alinéa de l'article L. 1223-1, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Chaque établissement de transfusion sanguine peut disposer d'un laboratoire comportant plusieurs sites, localisés sur plus de trois territoires de santé par dérogation aux dispositions de l'article L. 6222-5, dans la limite de son champ géographique d'activité déterminé en application de l'article L. 1223-2. »

La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Cet amendement vise à permettre à l'Établissement français du sang, l'EFS, de disposer d'un seul laboratoire multisites par établissement de transfusion sanguine, par dérogation à l'article L. 6222-5 du code de la santé publique, qui prévoit que les sites d'un laboratoire de biologie médicale sont localisés au maximum sur trois territoires de santé infrarégionaux limitrophes.

En effet, les établissements de l'EFS, seul opérateur de santé publique présent sur tout le territoire national, sont en général implantés sur plus de trois territoires de santé, et parfois sur deux régions, dans le respect des schémas d'organisation de la transfusion sanguine.

Cette organisation actuelle des établissements de transfusion sanguine, structurée autour du regroupement des laboratoires de l'EFS, répond aux enjeux suivants : permettre une meilleure efficacité économique et optimiser les ressources humaines, en particulier pour l'organisation des contraintes des biologistes ; assurer le plus haut niveau de qualité, c'est-à-dire harmoniser les pratiques des différents sites dans un objectif de sécurité sanitaire, et mettre en place une seule procédure « qualité » pour tous les sites, ce qui conduit à une seule accréditation par établissement de transfusion sanguine.

Compte tenu de son maillage territorial et de son organisation, l'Établissement français du sang est particulièrement pénalisé par la limitation à trois territoires de santé prévue à l'article L. 6222-5 du code de la santé publique. La dérogation proposée vise à optimiser son fonctionnement, sans pour autant remettre en cause les exigences de qualité et l'accréditation définies par l'ordonnance de biologie.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Elle est favorable à cet amendement, extrêmement utile pour l'EFS.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 107. (*L'amendement est adopté.*)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 13 rectifié, présenté par MM. Leclerc, Beaumont, P. Blanc, Chauveau, Cléach et Doublet, Mme Deroche, M. Dulait, Mme G. Gautier, M. Grignon, Mme Hummel, MM. Laménié, Laurent et Lorrain, Mme Malovry, M. Pinton, Mme Procaccia et M. Villiers, est ainsi libellé :

I. – Alinéas 3 et 4

Remplacer ces alinéas par un alinéa ainsi rédigé :

« *Art. L. 6211-13. –* Lorsque la phase pré-analytique d'un examen de biologie médicale ne peut être réalisée dans un laboratoire de biologie médicale ou dans un établissement de santé, elle peut l'être, en tout lieu, par un professionnel de santé habilité à réaliser cette phase. Cette phase pré-analytique est réalisée sous la responsabilité du professionnel concerné qui doit se soumettre à une assurance qualité validée par une accréditation en respectant les préconisations des biologistes médicaux. »

II. – Alinéa 5

Rédiger ainsi cet alinéa :

...° Les articles L. 6211-14 et L. 6211-17 du code de la santé publique sont abrogés.

La parole est à M. Francis Grignon.

M. Francis Grignon. Je retire cet amendement, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 13 rectifié est retiré.

L'amendement n° 60, présenté par MM. Le Menn, Daudigny et Godefroy, Mmes Le Texier, Jarraud-Vergnolle et Demontès, MM. Cazeau, Desessard et Michel, Mmes Ghali, Alquier et Champion, MM. Gillot, Jeannerot, Kerdraon et S. Larcher, Mmes Printz, San Vicente-Baudrin et Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les conditions pour lesquelles la phase pré-analytique d'un examen de biologie médicale ne peut être réalisée dans un laboratoire de biologie médicale ou dans un établissement de santé sont définies par décret en Conseil d'État.

La parole est à M. Jacky Le Menn.

M. Jacky Le Menn. L'article 20 *quinquies* permet que la phase pré-analytique d'un examen de biologie médicale soit réalisée en tout lieu, lorsqu'il est établi qu'elle ne peut pas l'être dans un laboratoire de biologie médicale ou dans un établissement de santé.

Ainsi, les cabinets infirmiers, les maisons de santé pluridisciplinaires et les centres de santé sont autorisés à effectuer des prélèvements sanguins sous la responsabilité d'un professionnel de santé habilité et dans le respect de la procédure d'accréditation.

La possibilité de réaliser des prélèvements sanguins hors des laboratoires doit persister, notamment pour faciliter l'accès aux soins des populations des zones rurales éloignées des laboratoires.

Néanmoins, il convient d'encadrer les conditions qui permettent aux patients de faire réaliser leurs prélèvements sanguins hors des laboratoires.

Il faut, en effet, éviter que des grands groupes financiers s'emparent des cabinets qui réalisent désormais des prélèvements sanguins préalable à l'analyse et qui sont exonérés de la nécessité de la présence d'un biologiste médical sur site. Il est essentiel de faire en sorte que la phase de pré-analyse n'obéisse pas uniquement à des logiques financières qui conduiraient à une industrialisation de la profession et à un déficit de sécurité.

Le développement d'une multitude d'antennes de prélèvement et leur fonctionnement sous la seule responsabilité du professionnel exécutant l'acte, sans qu'un biologiste médical soit présent sur le site, apparaissent ne pas répondre aux exigences de sécurité dont peuvent se prévaloir les patients.

Afin d'éviter des dérives et le contournement de l'esprit de la réforme de la biologie médicale, cet amendement prévoit que les conditions pour lesquelles la phase pré-analytique d'un examen de biologie médicale ne peut être réalisée dans un laboratoire de biologie médicale ou dans un établissement de santé sont fixées en Conseil d'État.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Nous partageons tous le souci d'éviter la multiplication de ce que les auteurs de l'amendement appellent des « usines à pré-analytique », qui permettraient à certains laboratoires d'organiser une industrialisation de la profession.

Mais je ne suis pas sûr que la définition par décret des critères d'impossibilité de réalisation de l'examen biologique médical soit possible. Dans un décret, on ne peut pas prévoir tous les cas qui peuvent se présenter. On ne saisit donc pas très bien ce que devrait prévoir ce décret.

La disposition adoptée par la commission des affaires sociales pour interdire les participations croisées entre un laboratoire et les « usines à pré-analytique » sera sans doute plus efficace pour prévenir l'industrialisation des prélèvements.

La commission demande le retrait de l'amendement. À défaut, elle émettrait un avis défavorable.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Le Gouvernement partage l'avis de la commission.

Mme la présidente. La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote.

M. Guy Fischer. Avec cet amendement, nos collègues du groupe socialiste, rejoignant notre analyse de la situation que j'avais d'ailleurs eu l'occasion de développer, abordent une question importante, celle de l'exercice de la profession de biologiste médical.

Nous l'avons dit lors de la discussion générale, l'avenir de la biologie médicale, telle que nous la connaissons aujourd'hui, est en jeu. Sa force tient aujourd'hui à l'importance de son maillage territorial, qui fait que tous les patients peuvent bénéficier d'un laboratoire médical efficace et de proximité, avec une relation de qualité avec les médecins biologistes.

Ce sont bien ces deux éléments qui sont en jeu lorsque l'on mesure les appétits de quelques groupes industriels de dimension européenne. Ceux-ci veulent à terme limiter le nombre de laboratoires sur le territoire national et concentrer dans des antennes régionales toutes les phases d'examen, dans le seul but de réduire les coûts et d'accroître les dividendes versés à leurs actionnaires.

Naturellement, nous ne pouvons souscrire à ce projet, raison pour laquelle nous avons soutenu en première lecture la suppression de l'ordonnance relative à la biologie médicale.

Or, non contents d'opérer la concentration des opérations d'examen, vous entendez réduire encore plus l'activité des laboratoires en permettant à d'autres acteurs de réaliser la phase pré-analytique, c'est-à-dire les prélèvements. C'est donc la fermeture annoncée de centaines de laboratoires médicaux de proximité, même si, bien entendu, dans le contexte politique actuel, à un an de l'élection présidentielle, on nous assure absolument du contraire ! Pour le vivre dans l'agglomération lyonnaise, je sais que des concentrations et à des regroupements sont en cours.

Nous tirons donc la sonnette d'alarme.

Cet amendement, que nous voterons, prévoit d'encadrer cette pratique de proximité qui doit demeurer, notamment dans le milieu rural. Pour autant, la tentation pourrait être

grande pour les grands groupes industriels dont je parlais de séparer clairement la phase pré-analytique de la phase analytique, qui est véritablement la seule à générer des profits.

Pis, la présence obligatoire d'un biologiste médical dans la phase pré-analytique pourrait être considérée comme un surcoût inutile par ces grands groupes, qui seraient alors tentés de profiter de cette disposition pour externaliser complètement la phase des prélèvements. Or la présence d'un biologiste à ce stade constitue une sécurité importante, à laquelle nous souhaitons que personne ne puisse se soustraire, notamment pour des motifs spéculatifs.

C'est pourquoi nous voterons cet amendement n° 60.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 60.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 20 *quinquies*, modifié.

(L'article 20 quinquies est adopté.)

Article additionnel après l'article 20 *quinquies*

Mme la présidente. L'amendement n° 92, présenté par M. Fischer, Mmes David et Pasquet, M. Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du Parti de gauche, est ainsi libellé :

Après l'article 20 *quinquies*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

I. – L'article L. 4311-15 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À la première phrase du sixième alinéa, après le mot : « exercer », sont insérés les mots : « à titre libéral » ;

2° Les septième et huitième alinéas sont supprimés.

II. – Le premier alinéa de l'article L. 4312-1 est complété par les mots : «, ceux relevant du secteur public et ceux qui sont salariés du secteur privé ».

III. – À l'article L. 4414-2, les mots : « des sixième et septième alinéas » sont remplacés par les mots : « du septième alinéa ».

La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. Il s'agit d'un amendement que nous avons déjà déposé, et je précise d'emblée qu'il a un lien direct avec l'article 20 *quinquies*. *(Sourires.)*

Nous proposons, comme nous l'avons déjà fait à l'occasion d'une proposition de loi que nous avons déposée, de supprimer l'obligation faite aux infirmiers exerçant à titre salarié d'adhérer à l'ordre national des infirmiers.

La situation est, me semble-t-il, scandaleuse. Les infirmiers libéraux ont voulu créer leur ordre, et l'on veut imposer aux 300 000 ou 400 000 infirmiers hospitaliers salariés le statut des 12 000 ou 15 000 infirmiers libéraux ! C'est totalement irréaliste et cela suscite, bien sûr, des oppositions. Les infirmiers et infirmières hospitaliers font l'objet de menaces; des contentieux sont en cours.

Nous réaffirmons notre soutien aux infirmiers exerçant à titre salarié, qui refusent d'adhérer à un ordre imposé par quelques milliers d'infirmiers libéraux. Mais, bien entendu,

comme pour les médecins libéraux, le Gouvernement est très attentif aux revendications des infirmiers exerçant à titre libéral...

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

M. Alain Milon, rapporteur. Les auteurs de l'amendement nous affirment avec une fraîche candeur qu'il a un lien direct avec l'article 20 *quinquies*, mais cette affirmation, mon cher collègue, n'est pas démontrée. *(Sourires.)* Je ne vois pas plus de lien avec l'ensemble de la proposition de loi.

En revanche, cet amendement a apparemment un lien direct avec une proposition de loi, et la reprise de propositions de loi dans les textes traitant d'autres sujets n'est pas, vous en conviendrez, on le dit assez souvent, une pratique à encourager...

M. Guy Fischer. Vous n'allez pas me dire que c'est un cavalier ! *(Sourires.)*

M. Alain Milon, rapporteur. Je ne me le permettrais pas ! *(Nouveaux sourires.)*

Cette pratique n'est pas à encourager, disais-je, si l'on veut évidemment préserver la cohérence des textes et leur examen approfondi. La proposition de loi que nous examinons en est d'ailleurs l'exemple.

J'ajoute que nous sommes en deuxième lecture et que la proposition de loi ne porte pas sur l'organisation des professions médicales.

La commission demande le retrait de l'amendement. À défaut, elle émettrait un avis défavorable.

Mme Muguet Dini, présidente de la commission des affaires sociales. Cet amendement aurait dû être déclaré irrecevable !

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Le Gouvernement partage l'avis de la commission.

Mme la présidente. Monsieur Fischer, l'amendement est-il maintenu ?

M. Guy Fischer. J'ai bien entendu les arguments de M. le rapporteur, et je les admetts. Mais vous nous connaissez assez pour savoir que, parfois, nous souhaitons pousser certains « coups de gueule ». En l'occurrence, c'est la seule manière de faire entendre la voix de ces centaines de milliers de salariés auxquels on veut imposer cette adhésion.

Donc, je maintiens cet amendement, tout en reconnaissant que je suis peut-être hors sujet par rapport à la proposition de loi...

Mme Muguet Dini, présidente de la commission des affaires sociales. Eh oui !

M. Guy Fischer. ... mais il fallait le faire !

Mme la présidente. La parole est à M. Jacky Le Menn, pour explication de vote.

M. Jacky Le Menn. Même si c'est hors sujet, il est bon de temps en temps, me semble-t-il, d'affirmer un certain nombre de principes.

Le groupe socialiste souscrit entièrement aux préoccupations dont vient de se faire l'écho notre collègue Guy Fischer. En effet, si les 13 000 à 14 000 infirmiers libéraux se sont dotés d'un ordre national, celui-ci connaît des problèmes financiers relativement graves; cela arrangerait bien les infirmiers libéraux que la masse des infirmiers salariés les rejoignent. Mais les infirmiers salariés, eux, n'ont rien à attendre de l'ordre national des infirmiers, car ils

exercent dans un cadre professionnel qui les intègre déjà dans toute une hiérarchie, celle qui prévaut à l'hôpital, et avec une présence médicale que je qualifierai de massive. On ne voit donc pas ce que l'adhésion à un ordre leur apporte, ne serait-ce que sur le plan pratique.

Il y a donc un refus très net de la part des infirmiers salariés, et des contentieux sont effectivement en cours contre cette adhésion obligatoire à l'ordre national des infirmiers, un ordre en l'occurrence non juste, si vous me permettez cette référence.

Mon groupe soutient donc cet amendement.

M. Guy Fischer. Merci, camarade !

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 92.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 20 *sexies*

① I. – L'article L. 6211-21 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

② « *Art. L. 6211-21.* – Sous réserve des coopérations dans le domaine de la biologie menées entre des établissements de santé dans le cadre de conventions, de groupements de coopération sanitaire ou de communautés hospitalières de territoire, et sous réserve des contrats de coopération mentionnés à l'article L. 6212-6, les examens de biologie médicale sont facturés au tarif de la nomenclature des actes de biologie médicale prise en application des articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-1 du code de la sécurité sociale. »

③ II. – *(Supprimé)*

Mme la présidente. L'amendement n° 6, présenté par Mme Payet, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

Cet amendement n'est pas soutenu.

Je mets aux voix l'article 20 *sexies*.

(L'article 20 sexies est adopté.)

Article 20 *septies* *(Supprimé)*

Article 20 *octies* *(Supprimé)*

Article 20 *nonies* *(Supprimé)*

Article 20 *decies*

① I. – L'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale est ratifiée.

② II. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

③ 1° L'article L. 6211-2 est ainsi rédigé :

④ « *Art. L. 6211-2.* – Lorsque le parcours de soins suivi par le patient comporte des tests, recueils et traitements de signaux biologiques ayant fait l'objet d'une prescription et nécessitant un appareil de mesure, le biologiste médical s'assure, à l'occasion d'un examen, de la cohérence entre

les données du dispositif médical ou du dispositif médical de diagnostic *in vitro* et le résultat de l'examen de biologie médicale qu'il réalise. » ;

⑤ 2° Au dernier alinéa du I de l'article L. 6211-18, les mots : « d'analyse » sont supprimés ;

⑥ 3° À la première phrase du 1° de l'article L. 6213-2, après le mot : « santé », sont insérés les mots : «, dans les établissements de santé privés à but non lucratif ou dans les établissements de transfusion sanguine » ;

⑦ 4° L'article L. 6213-4 est ainsi modifié :

⑧ a) La première phrase du cinquième alinéa est complétée par les mots : « par l'autorité compétente » ;

⑨ b) Le sixième alinéa est supprimé ;

⑩ 5° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 6213-8, les mots : « privé de santé » sont remplacés par les mots : « de santé privé » ;

⑪ 6° Après l'article L. 6213-10, il est inséré un article L. 6213-10-1 ainsi rédigé :

⑫ « *Art. L. 6213-10-1.* – *(Non modifié)* Un décret fixe les conditions dans lesquelles, par dérogation aux articles L. 6213-1 à L. 6213-4, les biologistes médicaux peuvent se faire remplacer à titre temporaire. » ;

⑬ 7° À la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 6221-9, le mot : « ministère » est remplacé par le mot : « ministre » ;

⑭ 8° *(Supprimé)*

⑮ 9° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 6222-1, les mots : «, public ou privé, » sont supprimés ;

⑯ 10° *(Supprimé)*

⑰ 11° Au premier alinéa de l'article L. 6223-3, les mots : « personne morale » sont remplacés par le mot : « société » ;

⑱ 12° Au 1° de l'article L. 6223-5, les mots : « autorisée à prescrire des examens de biologie médicale » sont remplacés par les mots : «, un établissement de santé, social ou médico-social de droit privé » ;

⑲ 12° *bis (nouveau)* a) Après l'article L. 6223-6, il est inséré un article L. 6223-6-1 ainsi rédigé :

⑳ « *Art. L. 6223-6-1.* – Afin de respecter les règles d'indépendance professionnelle reconnues aux médecins et aux pharmaciens dans le code de déontologie qui leur est applicable, la fraction du capital social détenue, directement ou indirectement, par des biologistes médicaux exerçant au sein du laboratoire de biologie médicale et possédant une fraction du capital social ne peut être inférieure à un pourcentage déterminé par décret en Conseil d'État après avis de l'ordre des médecins et de l'ordre des pharmaciens.

㉑ « Pour satisfaire aux conditions fixées par le premier alinéa, la société peut décider d'augmenter son capital social du montant de la valeur nominale des parts ou actions nécessaires et de les vendre à un prix fixé, sauf accord entre les parties, dans les conditions prévues à l'article 1843-4 du code civil. » ;

㉒ b) Une société qui exploite un laboratoire de biologie médicale et qui ne satisfait pas aux dispositions de l'article L. 6223-6-1 du code de la santé publique dispose d'un an à compter de la publication de la présente loi pour se mettre en conformité avec la loi. À défaut, tout intéressé

peut demander en justice la dissolution de la société. Le tribunal peut accorder à la société un délai maximal de six mois pour régulariser la situation. La dissolution ne peut être prononcée si, au jour où il est statué sur le fond, cette régularisation a eu lieu. » ;

②③ 13° À la fin de l'article L. 6231-1, les mots : « de l'organisation du contrôle national de qualité » sont remplacés par les mots : « du contrôle de qualité prévu à l'article L. 6221-11 » ;

②④ 14° Le titre III du livre II de la sixième partie est complété par un article L. 6231-3 ainsi rédigé :

②⑤ « *Art. L. 6231-3. – (Non modifié)* En cas d'urgence tenant à la sécurité des patients ou du personnel, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prononcer l'interruption immédiate, totale ou partielle, du fonctionnement des moyens techniques nécessaires à la réalisation de l'activité, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. » ;

②⑥ 15° L'article L. 6241-1 est ainsi modifié :

②⑦ a) Au 8°, après le mot : « privé, », sont insérés les mots : « à l'exception des laboratoires exploités sous la forme d'organisme à but non lucratif, » ;

②⑧ b) À la fin du 10°, la référence : « à l'article L. 6221-4 » est remplacée par les mots : « au 3° de l'article L. 6221-4 ou n'ayant pas déposé la déclaration mentionnée aux 1° et 2° du même article » ;

②⑨ c) Le 13° est ainsi rédigé :

③① « 13° Le fait, pour un laboratoire de biologie médicale, de ne pas faire procéder au contrôle de la qualité des résultats des examens de biologie médicale qu'il réalise dans les conditions prévues à l'article L. 6221-9 ou de ne pas se soumettre au contrôle national de la qualité des résultats des examens de biologie médicale prévu à l'article L. 6221-10 ; »

③② d) Au 20°, après le mot : « médicale », est inséré le mot : « privé » ;

③③ 16° Après l'article L. 6241-5, il est inséré un article L. 6241-5-1 ainsi rédigé :

③④ « *Art. L. 6241-5-1. –* Les chambres disciplinaires de l'ordre des médecins ou de l'ordre des pharmaciens sont compétentes pour statuer sur une plainte déposée à l'encontre d'une société qui exploite un laboratoire de biologie médicale privé lorsque cette personne morale est inscrite au tableau de l'ordre des pharmaciens ou de l'ordre des médecins.

③⑤ « Lorsque la personne morale mentionnée au premier alinéa est inscrite simultanément au tableau de l'ordre des médecins et au tableau de l'ordre des pharmaciens, est saisie soit la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des médecins si les biologistes médicaux exerçant au sein du laboratoire de biologie médicale sont majoritairement inscrits au tableau de l'ordre des médecins, soit la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des pharmaciens dans l'hypothèse inverse. En cas d'égalité entre médecins biologistes et pharmaciens biologistes, le plaignant détermine la section des assurances sociales compétente.

③⑥ « Si la plainte concerne un manquement à une obligation de communication envers un ordre particulier, seules les chambres disciplinaires de l'ordre concerné sont saisies.

③⑦ « Les sanctions mentionnées aux articles L. 4124-6 et L. 4234-6 sont applicables aux sociétés exploitant un laboratoire de biologie médicale privé faisant l'objet de poursuites disciplinaires, respectivement, devant l'ordre des médecins ou devant l'ordre des pharmaciens. Dans ce cas :

③⑧ « 1° L'interdiction prononcée par la chambre disciplinaire de première instance mentionnée au 4° de l'article L. 4124-6 est, pour les sociétés exploitant un laboratoire de biologie médicale privé inscrites au tableau de l'ordre des médecins, une interdiction temporaire de pratiquer des examens de biologie médicale avec ou sans sursis ; cette interdiction ne peut excéder un an ;

③⑨ « 2° Les interdictions prononcées par la chambre disciplinaire de première instance au titre du 4° ou du 5° de l'article L. 4234-6 sont, pour les sociétés exploitant un laboratoire de biologie médicale privé inscrites au tableau de l'ordre des pharmaciens :

④① « – une interdiction temporaire de pratiquer des examens de biologie médicale d'une durée maximale d'un an, avec ou sans sursis ;

④② « – une interdiction définitive de pratiquer des examens de biologie médicale » ;

④③ 17° À la fin de l'article L. 6242-3, les références : « aux articles L. 6231-1 et L. 6232-2 » sont remplacées par la référence : « à l'article L. 6231-1 » ;

④④ 18° Après l'article L. 4352-3, il est inséré un article L. 4352-3-1 ainsi rédigé :

④⑤ « *Art. L. 4352-3-1. – (Non modifié)* Les personnes qui exerçaient, à la date du 29 novembre 1997, les fonctions de technicien de laboratoire de biologie médicale dans un établissement de transfusion sanguine sans remplir les conditions exigées mais qui justifient, à la date du 23 mai 2004, d'une formation relative aux examens de biologie médicale réalisés dans un établissement de transfusion sanguine peuvent continuer à exercer les mêmes fonctions. » ;

④⑥ 19° Le sixième alinéa de l'article L. 4352-7 est supprimé ;

④⑦ 20° Le dernier alinéa de l'article L. 1434-9 est supprimé ;

④⑧ 21° Au 18° de l'article L. 5311-1, après le mot : « appropriée », sont insérés les mots : « conformément au 3° de l'article L. 6211-2 ».

④⑨ III. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

④⑩ 1° L'article L. 145-5-6 est ainsi rédigé :

④⑪ « *Art. L. 145-5-6. – (Non modifié)* Les sections des assurances sociales de l'ordre des médecins ou de l'ordre des pharmaciens sont compétentes pour statuer sur une plainte déposée à l'encontre d'une société qui exploite un laboratoire de biologie médicale privé lorsque cette personne morale est inscrite au tableau de l'ordre des pharmaciens ou de l'ordre des médecins.

④⑫ « Lorsque la personne morale mentionnée au premier alinéa est inscrite simultanément au tableau de l'ordre des médecins et au tableau de l'ordre des pharmaciens, doit être saisie de la plainte soit la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des médecins si les biologistes médicaux exerçant au sein du laboratoire de biologie médicale

sont majoritairement inscrits au tableau de l'ordre des médecins, soit la section des assurances sociales compétente de l'ordre des pharmaciens dans l'hypothèse inverse. En cas d'égalité entre médecins biologistes et pharmaciens biologistes, le plaignant détermine la section des assurances sociales compétente.

- 51 « Les sanctions prononcées sont celles prévues par les articles L. 145-2 et L. 145-4, à l'exception de l'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, de donner des soins aux assurés sociaux qui est remplacée par l'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, de pratiquer des examens de biologie médicale pour les assurés sociaux. L'interdiction temporaire, avec ou sans sursis, d'exercer des activités de biologie médicale ne peut pas excéder un an. » ;
- 52 2° À la première phrase de l'article L. 162-13-1, le mot : « exacte » est supprimé ;
- 53 3° (nouveau) L'article L. 162-13-4 est supprimé.
- 54 IV. – L'article 7 de l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 précitée est ainsi modifié :
- 55 1° Le I est ainsi rédigé :
- 56 « I. – Jusqu'au 31 octobre 2020, aucun laboratoire de biologie médicale non accrédité ne peut fonctionner sans respecter les conditions déterminées par un arrêté du ministre chargé de la santé relatif à la bonne exécution des analyses de biologie médicale.
- 57 « En outre, et jusqu'à cette même date, aucun laboratoire de biologie médicale privé non accrédité ne peut fonctionner sans détenir l'autorisation administrative prévue au premier alinéa de l'article L. 6211-2 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la publication de la présente ordonnance.
- 58 « L'autorisation peut être retirée lorsque les conditions de sa délivrance cessent d'être remplies.
- 59 « À compter du 1^{er} novembre 2018, les laboratoires de biologie médicale ne peuvent fonctionner sans disposer d'une accréditation portant sur 80 % des examens de biologie médicale qu'ils réalisent. » ;
- 60 2° À la première phrase du II, après le mot : « délivrée », sont insérés les mots : « dans les conditions définies au I » ;
- 61 3° Le III est ainsi modifié :
- 62 a) Au premier alinéa, les mots : « telle que définie aux articles L. 6211-2 et suivants du code de la santé publique dans la rédaction en vigueur avant cette publication » sont remplacés par les mots : « délivrée dans les conditions définies au I » ;
- 63 b) La dernière phrase du 1° est supprimée ;
- 64 c) Le 2° devient le 3° et, à la fin de la dernière phrase, l'année : « 2011 » est remplacée par l'année : « 2012 » ;
- 65 d) Il est rétabli un 2° ainsi rédigé :
- 66 « 2° Un laboratoire de biologie médicale qui ouvre un site nouveau, dans le respect des limites territoriales définies au même article L. 6222-5, à condition de ne pas dépasser le même nombre total de sites ouverts au public ; »
- 67 4° Au IV, après le mot : « administratives », sont insérés les mots : « délivrées dans les conditions définies au I » et, à la fin, l'année : « 2016 » est remplacée par l'année : « 2020 » ;

68 5° Le V est ainsi rédigé :

69 « V. – Le fait de faire fonctionner un laboratoire de biologie médicale non accrédité au sens de l'article L. 6221-1 du code de la santé publique sans respecter les conditions déterminées par un arrêté du ministre chargé de la santé relatif à la bonne exécution des analyses de biologie médicale et, pour les laboratoires de biologie médicale privés, sans détenir une autorisation administrative telle que définie aux articles L. 6211-2 à L. 6211-9 du même code dans leur rédaction antérieure à la présente ordonnance est constitutif d'une infraction soumise à sanction administrative dans les mêmes conditions que l'infraction mentionnée au 10° de l'article L. 6241-1 dudit code. »

70 V. – L'article 8 de la même ordonnance est ainsi modifié :

71 1° Après la première occurrence du mot : « ordonnance », la fin du III est ainsi rédigée : « continue de produire les effets mentionnés à l'article L. 6211-5 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la présente ordonnance. » ;

72 2° À la première phrase du V, l'année : « 2013 » est remplacée par l'année : « 2014 » ;

73 3° Au VI, après la référence : « V », sont insérés les mots : « du présent article et les conditions mentionnées au I de l'article 7 ».

74 VI. – L'article 9 de la même ordonnance est ainsi modifié :

75 1° Au premier alinéa du II, les références : « de l'article L. 6223-4 et du 2° de l'article » sont remplacées par la référence : « des articles L. 6223-4 et » ;

76 2° (Supprimé)

77 3° Il est ajouté un V ainsi rédigé :

78 « V. – Les personnes ayant déposé auprès du ministre chargé de la santé, avant la date de publication de la présente ordonnance, une demande d'autorisation d'exercice des fonctions de directeur ou directeur adjoint de laboratoire sans qu'une décision leur ait été notifiée au plus tard à cette même date peuvent présenter une demande d'autorisation d'exercer les fonctions de biologiste médical ; cette demande est adressée au ministre chargé de la santé qui prend sa décision après avis de la commission mentionnée à l'article L. 6213-12 du code de la santé publique, dans des conditions fixées par décret. »

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 11 rectifié, présenté par MM. Leclerc, Beaumont, Bernard-Reymond, P. Blanc, Chauveau, Cléach et Doublet, Mme Deroche, MM. Dulait, C. Gautier et Grignon, Mme Hummel, MM. Laménie, Laurent et Lorrain, Mme Malovry, M. Pinton, Mme Procaccia et M. Villiers, est ainsi libellé :

Alinéas 3 et 4

Remplacer ces alinéas par un alinéa ainsi rédigé :

1° Au 3° de l'article L. 6211-2, après les mots : « l'interprétation contextuelle », il est inséré le mot : « éventuelle » ;

La parole est à M. Francis Grignon.

M. Francis Grignon. Je retire cet amendement et j'indique d'ores et déjà que je retire également l'amendement n° 14 rectifié.

Mme la présidente. L'amendement n° 11 rectifié est retiré.

L'amendement n° 120, présenté par M. Milon, au nom de la commission, est ainsi libellé :

Alinéas 3 et 4

Remplacer la référence :

L. 6211-2

par la référence :

L. 6211-12

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement vise à corriger une erreur matérielle.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Favorable !

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 120.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 14 rectifié est présenté par MM. Leclerc, Beaumont, Bernard-Reymond, P. Blanc, Chauveau et Cléach, Mme Deroche, MM. Doublet et Dulait, Mme G. Gautier, M. Grignon, Mme Hummel, MM. Laménie, Laurent et Lorrain, Mme Malovry, M. Pinton, Mme Procaccia et M. Villiers.

L'amendement n° 35 rectifié est présenté par M. Barbier, Mmes Escoffier et Laborde et MM. Marsin, Mézard, Milhau et Tropeano.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'alinéa 4

Inséré un alinéa ainsi rédigé :

...° L'article L. 6211-9 est abrogé ;

L'amendement n° 14 rectifié a été précédemment retiré par son auteur.

La parole est à M. Daniel Marsin, pour présenter l'amendement n° 35 rectifié.

M. Daniel Marsin. La réforme impose au biologiste médical de faire le tri dans la prescription du médecin prescripteur pour éliminer de sa propre initiative les examens qui ne sont pas conformes à des référentiels de bonne pratique.

Cette mesure est impossible à mettre en œuvre si l'on se réfère à un objectif de cinquante à cent dossiers par jour et par biologiste médical. Il faudrait à ce professionnel entre deux et cinq heures pour s'entretenir avec chaque patient et étudier son dossier !

Par ailleurs, sur le plan de la responsabilité médicale, supprimer des examens prescrits par un médecin représente un risque pour la santé du patient. Le biologiste médical ne peut être responsable à la place du médecin prescripteur, qui est informé de ces référentiels et a procédé à l'examen clinique du patient, qui connaît ses antécédents et son histoire médicale.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Nous avons déjà examiné cet amendement en commission et nous ne pouvons émettre un avis favorable sachant qu'il est identique à celui qu'avait décidé de retirer notre collègue Dominique Leclerc. Un des objets de la réforme de la biologie médicale était, en effet, de permettre au biologiste médical de participer à la prescription des examens, de proposer les plus utiles pour éclairer le médecin et rendre la prescription la plus efficace et la plus pertinente possible.

Cela peut aussi avoir pour effet d'éviter des examens inutiles ou redondants, mais l'objectif principal est d'obtenir la réponse la plus claire aux questions que l'on se pose et qui justifient le recours à l'examen de biologie médicale.

Là aussi, il s'agit de tirer le meilleur parti des compétences du biologiste médical.

La commission demande le retrait de l'amendement. À défaut, elle émettrait un avis défavorable.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Pour les mêmes raisons, le Gouvernement émet un avis défavorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 35 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 18 rectifié, présenté par MM. Trucy et Grignon, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 5

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° La seconde phrase de l'article L. 6212-4 est supprimée.

La parole est à M. Francis Grignon.

M. Francis Grignon. L'article L. 6212-4 du code de la santé publique permet aux structures de biologie médicale qui relèvent du ministère de la défense ou du ministère de l'intérieur de ne pas se voir appliquer les règles nationales relatives à la biologie médicale lorsqu'elles interviennent dans le cadre d'opérations extérieures.

L'article renvoie à un décret en Conseil d'État la détermination, à l'avance et de façon générale, des exigences particulières à appliquer à l'occasion des opérations réalisées à l'étranger.

Or il n'est pas envisageable d'encadrer de façon préalable et, surtout, définitive une activité appelée à être réalisée dans des situations aussi différentes et imprévisibles que celles des interventions des armées hors du territoire national.

À l'instar des autres règles applicables dans le cadre des opérations menées hors du territoire national, un tel encadrement doit donc pouvoir se faire au cas par cas, en fonction de la nature des théâtres d'intervention, du contexte opérationnel, ainsi que des personnels et des structures engagés.

C'est la raison pour laquelle il est proposé de supprimer la seconde phrase de l'article L.6212-4 du code de la santé publique.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement vise à supprimer la référence à un décret en Conseil d'État prévue par l'article L. 6212-4 du code de la santé publique qui doit déterminer les exigences particulières auxquelles doivent

répondre les structures de biologie médicale relevant du ministère de la défense ou de l'intérieur lors des opérations extérieures.

Un tel cadre réglementaire ne serait pas adapté à la détermination d'exigences qui doivent pouvoir être définies au cas par cas. L'argument paraît donc à première vue de bon sens.

La commission avait hier émis un avis de sagesse, en attendant l'avis du Gouvernement. Je pense que l'avis sera favorable.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Le Gouvernement émet en effet un avis favorable. La disposition va tout à fait dans le bon sens.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 18 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 61, présenté par MM. Le Menn, Daudigny et Godefroy, Mmes Le Texier, Jarraud-Vergnolle et Demontès, MM. Cazeau, Desessard et Michel, Mmes Ghali, Alquier et Campion, MM. Gillot, Jeannerot, Kerdraon et S. Larcher, Mmes Printz, San Vicente-Baudrin et Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 12

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° Après l'article L. 6213-12, il est inséré un article L. 6213-13 ainsi rédigé :

« Art. L. 6213-13. – Tous les biologistes médicaux sont tenus de précéder ou de faire suivre ce titre professionnel de celui de la profession au titre de laquelle ils ont été admis à exercer la biologie médicale. »

La parole est à M. Jacky Le Menn.

M. Jacky Le Menn. En vertu des articles L. 6213-1 à L. 6213-3 du code de la santé publique, la biologie médicale est ouverte à des médecins, à des pharmaciens et à d'autres professionnels.

Cette diversité est bénéfique dans la mesure où elle permet, d'une part, de lutter contre les déserts médicaux et, d'autre part, d'offrir aux praticiens des horizons professionnels.

Il est cependant nécessaire de renforcer la transparence de cette discipline. En effet, tous les professionnels de biologie médicale sont dénommés « biologistes médicaux » et apparaissent sous ce titre aux patients. Or leur formation est souvent différente.

Par conséquent, afin de mieux informer le public, il serait opportun, selon nous, de prévoir que les biologistes médicaux fassent précéder ou suivre leur titre de celui de la profession qui leur a permis d'exercer la biologie médicale.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Hors quelques inévitables mesures transitoires, un biologiste médical doit être un docteur en médecine ou en pharmacie ayant, en outre, passé le diplôme de spécialité en biologie médicale, le DES.

Ce DES de quatre ans est ouvert à un nombre limité d'étudiants en médecine et en pharmacie. Tous ceux qui en sont titulaires sont des biologistes médicaux et ont le droit

d'exercer des fonctions de biologiste médical. Ils font le même métier, il ne semble donc pas justifié d'opérer la distinction proposée.

La commission a par conséquent émis un avis défavorable.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Avis défavorable, madame la présidente.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 61. *(L'amendement n'est pas adopté.)*

Mme la présidente. L'amendement n° 62, présenté par MM. Le Menn, Daudigny et Godefroy, Mmes Le Texier, Jarraud-Vergnolle et Demontès, MM. Cazeau, Desessard et Michel, Mmes Ghali, Alquier et Campion, MM. Gillot, Jeannerot, Kerdraon et S. Larcher, Mmes Printz, San Vicente-Baudrin et Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 16

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° L'article L. 6222-6 est ainsi rédigé :

« Art. L. 6222-6. – Sur chacun des sites, un biologiste du laboratoire doit être en mesure de répondre aux besoins du site et, le cas échéant, d'intervenir dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité des patients. Pour assurer le respect de cette obligation, le laboratoire doit comporter un nombre de biologistes au moins égal au nombre de sites qu'il a créés. Le biologiste assumant la responsabilité du site doit être identifiable à tout moment. »

La parole est à M. Jacky Le Menn.

M. Jacky Le Menn. Cet amendement vise à modifier l'article L. 6222-6 du code de la santé publique, afin que chaque laboratoire comporte un nombre de biologistes au moins égal au nombre de sites créés.

Les laboratoires doivent être en mesure de répondre aux besoins de chaque site et d'intervenir dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité des patients.

En outre, il serait dangereux que des sites isolés n'aient pas de biologiste référent. Ce dernier est investi d'une mission de contrôle du site et assure concrètement le respect des règles de sécurité. Par essence, ce professionnel perçoit plus facilement les risques qui se présentent sur son site que les biologistes qui supervisent plusieurs sites.

De surcroît, les analyses de biologie médicale sont susceptibles de s'étendre sur des périodes beaucoup plus longues que la durée d'ouverture au public. Il faut permettre aux biologistes de répartir leur travail sur vingt-quatre heures.

En d'autres termes, au regard des missions des laboratoires de biologie médicale, il n'apparaît pas pertinent d'établir une distinction entre les heures d'ouverture du site et les heures de permanence dans les sites de biologie médicale.

Cet amendement tend donc à supprimer cette distinction, qui avait été posée dans l'ordonnance du 13 janvier 2010. Par là même, la sécurité des patients serait mieux garantie, nous semble-t-il, et le rôle des biologistes mieux précisé.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Les règles actuelles posées par l'article L. 6222-6 du code de la santé publique pour définir le nombre minimal de biologistes médicaux exerçant sur chaque

site d'un laboratoire et les règles applicables pendant les heures de permanence de l'offre de biologie médicale paraissent suffisantes.

Il ne me semble pas déraisonnable, en particulier, de faire une distinction entre les heures d'ouverture du site et la permanence de l'offre de biologie médicale.

Il faut en outre rappeler que cet article ne prévoit que des règles minimales, qui reviennent d'ailleurs, comme celles qui sont proposées, à exiger qu'il y ait au moins un biologiste médical par site.

La commission émet donc un avis défavorable sur cet amendement, mon cher collègue, à moins que nous ayons la chance que vous le retiriez...

M. Jacky Le Menn. Vous n'aurez pas cette chance, monsieur le rapporteur !

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Même avis, madame la présidente.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 62.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 108, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Alinéa 53

Supprimer cet alinéa.

La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Madame la présidente, le 3° du III de l'article 20 *decies*, en supprimant un article du code de la sécurité sociale, autorise, pour les médecins biologistes, la facturation d'actes techniques et de consultations.

Or, tout d'abord, les actes médicaux sont couverts exhaustivement par la nomenclature des actes de biologie médicale, et il n'y a pas de motif pouvant nécessiter de coter d'autres actes dans le cadre de l'exercice de biologiste. Autoriser la cotation d'autres actes, ce serait notamment ouvrir la possibilité pour ces médecins de coter des actes pour lesquels ils ne sont pas qualifiés, ce qui nuirait à la sécurité des soins.

Surtout, les biologistes médecins, qui peuvent avoir une activité mixte, en laboratoire et en cabinet, pourraient s'auto-prescrire ou faire du compérage en adressant systématiquement des patients venant faire un examen de biologie à un médecin, éventuellement en échange d'une contrepartie pécuniaire. De telles pratiques seraient contraires aux règles de déontologie.

Une telle disposition nuirait en outre à la qualité et à la sécurité des soins et à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie, ce qui contrarierait tous les efforts déployés par le Gouvernement dans le contexte de l'affaire du Mediator et dans le cadre de la régulation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, l'ONDAM.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission avait accepté, sur proposition de Dominique Leclerc, l'alinéa 53 de cet article. Nous ne pouvons donc émettre un avis favorable sur cette proposition du Gouvernement.

Nous nous en remettons à la sagesse de la Haute Assemblée.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 108.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 83 rectifié, présenté par MM. Collin et Tropeano, est ainsi libellé :

Alinéa 59

Remplacer le pourcentage :

80 %

par le pourcentage :

95 %

Cet amendement n'est pas soutenu.

Je mets aux voix l'article 20 *decies*, modifié.

(L'article 20 decies est adopté.)

Article additionnel après l'article 20 *decies*

Mme la présidente. L'amendement n° 12 rectifié, présenté par MM. Leclerc, Beaumont, P. Blanc, Chauveau et Cléach, Mme Deroche, MM. Doublet et Dulait, Mme G. Gautier, M. Grignon, Mme Hummel, MM. Laménie, Laurent et Lorrain, Mme Malovry, M. Pinton, Mme Procaccia et M. Villiers, est ainsi libellé :

Après l'article 20 *decies*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'intitulé du chapitre 1^{er} du titre II du livre II de la sixième partie du code de la santé publique est complété par les mots : « ou certification » et le premier alinéa de l'article L. 6221-1 est complété par les mots : « ou certification par un organisme agréé par la Haute Autorité de santé ».

La parole est à M. Francis Grignon.

M. Francis Grignon. Je retire cet amendement, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 12 rectifié est retiré.

Article 21 (Supprimé)

Article 22 (Supprimé)

Mme la présidente. L'amendement n° 22 rectifié, présenté par Mme Giudicelli, M. Grignon, Mme Procaccia et M. Nègre, est ainsi libellé :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

L'article L. 112-1 du code de la mutualité est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les mutuelles ou unions peuvent toutefois instaurer des différences dans le niveau des prestations lorsque l'assuré choisit de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé membre d'un réseau de soins ou avec lequel les mutuelles, unions ou fédérations ont conclu un contrat comportant des obligations en matière d'offre de soins. »

La parole est à M. Francis Grignon.

M. Francis Grignon. Cet amendement vise à rétablir l'article 22, nécessaire à plusieurs titres.

Quel que soit l'organisme assureur gestionnaire, l'intérêt premier des réseaux de soins est qu'ils participent à la régulation des dépenses de santé tout en améliorant l'accès aux soins et le niveau de remboursement des assurés.

Le développement des réseaux de soins est particulièrement utile pour des prestations de santé où l'on constate aujourd'hui un fort renoncement, compte tenu de l'impossibilité pour les assurés d'assumer financièrement les dépassements d'honoraires.

Ces réseaux ne préemptent pas la liberté de choix du patient. Les patients restent libres de fréquenter un praticien non membre d'un réseau, au même titre qu'ils pourraient choisir de ne pas s'inscrire dans la logique du parcours de soins pour l'assurance maladie de base. La différence repose ici sur le fait que le patient qui ne fréquente pas un réseau de soins bénéficie seulement d'un remboursement contractuel et non d'un remboursement bonifié. Au demeurant, la charte prévue à l'article 22 *bis* devrait permettre de réguler ces réseaux en associant les professionnels de santé.

Cet article vise dans le même temps à résoudre un problème juridique dans le code de la mutualité qui n'existe pas dans le code des assurances. Si la Cour de cassation n'interdit nullement la mise en place de réseaux par les mutuelles, sa jurisprudence en amoindrit la portée puisque le code de la mutualité liste limitativement les critères pouvant servir de fondement à la modulation du remboursement, ce qui n'existe pas dans le code des assurances. C'est ce point qu'a relevé la Cour de cassation, tout en confirmant l'apport de ces réseaux dans une autre décision récente.

Cet article vise également à rétablir l'égalité dans la concurrence entre organismes complémentaires de santé, cette possibilité étant offerte aux autres familles d'assureurs, ce qui leur a permis déjà de développer de tels réseaux au bénéfice de leurs souscripteurs.

L'Autorité de la concurrence a confirmé la validité des réseaux de soins au regard du droit de la concurrence.

Enfin, cet article ne constitue pas un cavalier, dès lors que les réseaux de soins sont au cœur de la problématique de l'organisation de l'accès aux soins sur le territoire.

Si l'article 22 ne devait pas être rétabli, cela signifierait que, sur cette question, les différentes familles d'assureurs ne se trouvent pas sur un pied d'égalité en matière de concurrence.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission est hostile au rétablissement de l'article 22 de la proposition de loi.

Lors de la discussion générale, j'ai déjà évoqué cet article, qui constitue, accessoirement, un cavalier législatif, mais qui surtout, comme a pu le dire l'un de nos collègues députés, est « tout, sauf anodin ».

Contrairement à ce que l'on nous répète sans cesse, les mutuelles sont et demeurent parfaitement libres de passer avec des réseaux, des professionnels ou des établissements de soins des conventionnements dont je ne doute pas qu'ils ont pour objet d'obtenir pour leurs adhérents des prestations d'un bon rapport qualité-prix tout en permettant une certaine régulation des tarifs.

Dans la pratique, certes, il faudrait pouvoir évaluer l'organisation des réseaux, leur fonctionnement ainsi que leurs résultats sur l'évolution des tarifs et l'organisation de l'offre. Il faudrait aussi disposer de plus d'informations sur la nature et le rôle des « réseaux ».

Bien entendu, le conventionnement doit aussi permettre de promouvoir de bonnes pratiques et un bon rapport qualité-prix des prestations, étant rappelé que la qualité et la sécurité des soins relèvent d'abord des pouvoirs publics, qui doivent conserver cette responsabilité. Mais on n'a pas, dans ce domaine, d'informations précises sur les critères et les engagements de qualité imposés à leurs cocontractants par les organismes complémentaires d'assurance maladie, les OCAM, ni surtout sur les conditions du contrôle de leur respect.

Resterait enfin à éclaircir l'organisation du système, les relations entre les OCAM et les réseaux de soins, et le rôle de ces derniers.

Quoi qu'il en soit, l'objet des dispositions adoptées à l'Assemblée nationale est étranger aux relations contractuelles entre les mutuelles et les acteurs de la santé.

Offrir un meilleur remboursement aux adhérents qui se font soigner par un professionnel « conventionné » s'inscrit non pas dans le cadre du conventionnement de ce dernier, mais bien dans celui des relations entre les adhérents et leurs mutuelles.

Cette incitation financière est actuellement interdite aux mutuelles par le code de la mutualité. Elle n'est sans doute pas non plus légale de la part des autres catégories d'OCAM, puisque le code de la santé publique érige en principe fondamental de la législation sanitaire le droit du patient au libre choix de son praticien et de son établissement de santé.

Or beaucoup de nos concitoyens sont contraints de faire le choix le moins onéreux.

En l'état, on peut éprouver de sérieuses réticences à reconnaître le bien-fondé d'une modulation des prestations – surtout formulée en termes aussi généraux – et plus encore à encourager une concurrence sur ce terrain entre les OCAM.

Le respect des principes de la mutualité et le souci constant d'améliorer le rapport qualité-prix des soins dispensés à leurs adhérents devraient être les meilleurs atouts concurrentiels des mutuelles.

Il ne serait donc pas sérieux d'adopter un texte aux conséquences difficiles à mesurer.

La commission a adopté quatre amendements de suppression de cet article ; elle n'a donc aucune raison d'être favorable à son rétablissement ici. Au surplus, eu égard à ce que j'ai lu dans la presse, notamment dans le quotidien *Le Figaro*, les réactions de l'UNOCAM suffiraient à nous interdire de paraître céder à quelque pression que ce soit.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Le Gouvernement a émis un avis favorable sur cet amendement. (*Exclamations sur diverses traversées.*)

Il importe de le rappeler, les réseaux de soins participent à la régulation des dépenses de santé, tout en améliorant l'accès aux soins et le niveau de remboursement des assurés.

Par ailleurs, le développement des réseaux de soins est particulièrement utile pour des prestations de santé auxquelles, tout le monde s'accorde à l'observer, certains assurés renoncent aujourd'hui dans la mesure où il leur est impossible de combler financièrement les dépassements d'honoraires,...

M. Guy Fischer. Vous l'admettez enfin ! C'est la première fois que je vous l'entends dire !

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. ... en matière d'optique et de soins dentaires, par exemple.

M. Guy Fischer. On est d'accord !

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Ces réseaux ne préemptent pas la liberté de choix du patient, puisque ce dernier reste libre de fréquenter un praticien non membre d'un réseau au même titre qu'il peut choisir de ne pas s'inscrire dans la logique du parcours de soins pour l'assurance maladie de base.

Au demeurant, il s'agit de donner aux mutuelles les mêmes possibilités que celles qui sont offertes aux autres familles d'assureurs.

Voilà pourquoi le Gouvernement est favorable à cet amendement.

M. Francis Grignon. Je retire l'amendement, madame la présidente ! (*Exclamations incrédules suivies de rires sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG, ainsi que sur certaines travées de l'UMP.*)

Mme Raymonde Le Texier. Alors ça !

Mme la présidente. L'amendement n° 22 rectifié est retiré.

M. Guy Fischer. Je l'aurais voté !

Mme la présidente. En conséquence, l'article 22 demeure supprimé.

Article 22 bis

① Un décret en Conseil d'État fixe les règles de tout conventionnement souscrit entre les professionnels de santé, les établissements de santé ou les services de santé, et une mutuelle, une entreprise régie par le code des assurances, une institution de prévoyance ou leur gestionnaire de réseaux.

② L'Autorité de la concurrence remet tous les trois ans aux commissions des affaires sociales du Parlement un rapport relatif aux réseaux de soins agréés.

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

Les amendements n°s 20 et 63 rectifié sont identiques.

L'amendement n° 20 est présenté par M. Cornu.

L'amendement n° 63 rectifié est présenté par MM. Le Menn, Daudigny et Godefroy, Mmes Le Texier, Jarraud-Vergnolle et Demontès, MM. Cazeau, Desessard et Michel, Mmes Ghali, Alquier et Champion, MM. Gillot, Jeannerot, Kerdraon et S. Larcher, Mmes Printz, San Vicente-Baudrin, Schillinger et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Rédiger ainsi cet article :

Les principes auxquels doit obéir tout conventionnement souscrit entre les professionnels de santé, les établissements de santé ou les services de santé et une mutuelle, une entreprise régie par le code des assurances, une institution de prévoyance ou leur gestionnaire de réseaux, sont fixés dans le cadre des négociations tripartites entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Union nationale des organismes d'assurance maladie

complémentaire et les représentants des professionnels de santé concernés, visés par les différentes dispositions conventionnelles prévues par le code de la sécurité sociale.

L'Autorité de la concurrence, ainsi que les commissions paritaires de suivi de l'accord, de la convention ou de l'avenant prévus aux articles L. 162-1-13, L. 162-12-17, L. 162-12-18, L. 162-12-20, L. 162-14-1, L. 162-16-1, L. 162-32-1, L. 165-6 et L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale, remettent tous les trois ans aux commissions des affaires sociales du Parlement un rapport relatif aux réseaux de soins agréés.

L'amendement n° 20 n'est pas soutenu.

La parole est à M. Jacky Le Menn, pour présenter l'amendement n° 63 rectifié.

M. Jacky Le Menn. J'ai indiqué, lors de la discussion générale, que les articles 22 et 22 bis étaient relativement polémiques, et on vient d'en avoir une nouvelle illustration !

L'article 22 bis, introduit par l'Assemblée nationale pour en quelque sorte faire contrepoids à l'article 22, fixe les règles du conventionnement entre les professionnels de santé, les établissements de santé ou les services de santé et une mutuelle, une entreprise régie par le code des assurances, une institution de prévoyance ou leur gestionnaire de réseaux.

Le texte proposé par l'Assemblée nationale confiait à l'UNOCAM, l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, la rédaction d'une charte à laquelle doit obéir tout conventionnement. Quant à notre commission des affaires sociales, elle a décidé d'encadrer ce conventionnement par des règles fixées en Conseil d'État.

Autrement dit, le souci de la négociation, qui inspirait le texte, a disparu. Les règles relatives à tout conventionnement sont laissées à la discrétion du pouvoir réglementaire, et cette évolution ne nous semble en aucun cas opportune.

C'est pourquoi nous défendons un amendement visant à réinstaurer la négociation et le consensus comme bases préalables à tout conventionnement. Nous demandons que les règles d'encadrement soient fixées non pas en Conseil d'État, mais par l'UNOCAM, l'UNCAM, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, et les professionnels de santé, formant ainsi un cadre conventionnel tripartite.

En effet, ces trois entités sont porteuses d'intérêts divergents, et l'élaboration d'une charte de conventionnement, après négociations, devrait aboutir à un compromis équilibré.

Par ailleurs, l'article prévoit la remise, tous les trois ans, aux commissions des affaires sociales du Parlement, d'un rapport relatif aux réseaux de soins agréés.

Par notre amendement, nous souhaitons que l'Autorité de la concurrence ne soit pas seule à rédiger le rapport, mais que les commissions paritaires de suivi de la convention y soient associées.

Composées de membres de l'UNCAM, de l'UNOCAM et de professionnels de santé, ces commissions apporteraient une nouvelle dimension au rapport, en ne se concentrant pas uniquement sur les seuls aspects commerciaux et concurrentiels. Ainsi, elles permettraient de nuancer le rapport, en insistant sur la qualité des soins et l'égalité d'accès sur l'ensemble du territoire.

Mme la présidente. L'amendement n° 21 rectifié, présenté par Mme Giudicelli, M. Grignon, Mmes Hermange et Procaccia et M. Nègre, est ainsi libellé :

Alinéa 1

Après le mot :

conventionnement

insérer les mots :

conclu après la promulgation de la présente loi et

La parole est à M. Francis Grignon.

M. Francis Grignon. Je retire cet amendement, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 21 rectifié est retiré.

Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 63 rectifié ?

M. Alain Milon, rapporteur. La rédaction du dispositif proposé est un peu complexe.

En outre, il faudrait, pour certaines catégories de prestations, que les fabricants de dispositifs médicaux ou d'optique soient représentés, car personne, sauf eux, n'a de connaissance des prix nets : les OCAM se réfèrent aux prix catalogue, n'ayant pas d'autres informations.

Votre commission, tout en jugeant ce dispositif beaucoup plus ouvert et équilibré que celui qui est prévu dans le texte de l'Assemblée nationale, préfère néanmoins en rester à celui qu'elle a proposé.

Aussi a-t-elle émis un avis défavorable sur cet amendement.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Le Gouvernement est défavorable à cet amendement, qui risque de fragiliser les réseaux existants.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 63 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 22 bis.

(L'article 22 bis est adopté.)

Article 23 (Supprimé)

Mme la présidente. L'amendement n° 106, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Le titre I^{er} du livre IV du code de la mutualité est ainsi modifié :

1° Le second alinéa de l'article L. 411-2 est ainsi rédigé :

« Le Conseil supérieur de la mutualité est composé en majorité de représentants des mutuelles, unions et fédérations désignés par les fédérations les plus représentatives du secteur. » ;

2° Au a de l'article L. 411-3, les mots : « d'élection » sont remplacés par les mots : « de désignation » ;

3° Le chapitre II est abrogé.

La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Cet amendement vise à rétablir l'article 23, qui a été supprimé par la commission des affaires sociales, alors qu'il est nécessaire à plusieurs titres.

Tout d'abord, la réorganisation territoriale du système de santé opérée par la loi HPST a fait disparaître les DRASS, les directions régionales des affaires sanitaires et sociales, auxquelles étaient rattachés les comités régionaux de coordination de la mutualité, les CRCM. Ces derniers avaient pour principal intérêt de désigner les membres du Conseil supérieur de la mutualité.

Dans ce contexte, seule la structure nationale du Conseil supérieur de la mutualité conserve une pertinence. Cette situation bloque aujourd'hui le processus de renouvellement du Conseil supérieur de la mutualité. Le présent article permet donc de pallier l'absence de toute disposition en la matière dans la loi HPST initiale.

Ensuite, cette réforme du Conseil supérieur de la mutualité est un gage de simplification et d'économie, car l'organisation d'élections était un processus administrativement très lourd et relativement coûteux.

Enfin, étant donné la structure particulière du secteur mutualiste, caractérisée par le statut ultra-représentatif de la FNMF, la Fédération nationale de la mutualité française, une désignation des membres du Conseil supérieur de la mutualité sur le fondement d'une enquête de représentativité constitue le substitut le plus adéquat à une élection.

Compte tenu de ces éléments, cet article trouve donc toute sa place dans cette proposition de loi.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Il est apparu à la commission que cet article était un cavalier législatif : il n'a fait l'objet d'aucun débat ni d'aucune explication. Elle estime donc qu'il ne s'impose nullement dans ce texte et a, en conséquence, émis un avis défavorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 106.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. En conséquence, l'article 23 demeure supprimé.

Article 24

① I. – 1° Il est créé, au plus tard le 1^{er} janvier 2013, un dispositif de mutualisation assurantiel à adhésion obligatoire pour les professionnels de santé exerçant à titre libéral et mentionnés à l'article L. 1142-1 du code de la santé publique pour les risques encourus au titre de leur responsabilité civile professionnelle, dont la nature justifie le groupement des capacités de couverture, sans possibilité d'action récursoire contre le professionnel de santé concerné ;

② 2° À compter de la création du dispositif mentionné au 1° et au plus tard le 1^{er} janvier 2013, l'article L. 1142-21-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

③ « Art. L. 1142-21-1. – Lorsqu'un médecin, régi au moment des faits par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale ou le règlement arbitral mentionné à l'article L. 162-14-2 du même code et exerçant, dans un établissement de santé, une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation, ou lorsqu'une sage-femme, régie au moment des faits par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-9 du même code, et exerçant dans un établissement de santé, est condamné par une juridiction à réparer les dommages subis par la victime à l'occasion

d'un acte lié à la naissance et que le délai de validité de la couverture d'assurance du médecin ou de la sage-femme garantie par le cinquième alinéa de l'article L. 251-2 du code des assurances est expiré, l'office national d'indemnisation des accidents médicaux institué à l'article L. 1142-22 est substitué au professionnel concerné. »

- ④ II. – La loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation est ainsi modifiée :
- ⑤ 1° Avant le premier alinéa de l'article 31, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑥ « Dans le cadre des procédures amiables ou contentieuses, les dommages corporels pour lesquels la victime peut prétendre à indemnisation sont déterminés suivant une nomenclature non limitative de postes de préjudice, patrimoniaux et extrapatrimoniaux, fixée par décret en Conseil d'État. » ;
- ⑦ 2° L'intitulé de la section 5 du chapitre III est ainsi rédigé : « Du calcul des préjudices futurs et de la conversion en capital des rentes indemnitaires » ;
- ⑧ 3° L'article 44 est ainsi modifié :
- ⑨ a) Au début, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑩ « Les préjudices futurs de victimes d'accident, quel que soit leur mode de liquidation, ainsi que les prestations futures à la charge des organismes mentionnées à l'article 29 sont calculés, conventionnellement comme judiciairement, suivant une table de conversion fixée par décret, basée sur un taux d'intérêt révisé au moins une fois par an. La table de conversion est actualisée tous les trois ans suivant les dernières évaluations statistiques de l'espérance de vie publiées par l'Institut national de la statistique et des études économiques. » ;
- ⑪ b) Après le mot : « suivant », la fin est ainsi rédigée : « cette même table de conversion. » ;
- ⑫ 4° La section 5 du chapitre III est complétée par des articles 45-1 et 45-2 ainsi rédigés :
- ⑬ « Art. 45-1. – (*Non modifié*) En vue de concourir à la présentation poste par poste des éléments de préjudice corporel prévue à l'article 31, des missions types adaptables d'expertise médicale, pouvant être retenues par les juridictions saisies de demandes de réparation de préjudices corporels, sont établies par voie réglementaire.
- ⑭ « Art. 45-2. – (*Non modifié*) Sous réserve des dispositions des articles L. 28 à L. 30 du code des pensions civiles et militaires de retraite, des articles L. 9 à L. 13 bis du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, des articles L. 341-1, L. 434-2, L. 635-5, L. 644-2 et L. 723-6 du code de la sécurité sociale, des articles L. 732-8 et L. 752-6 du code rural et de la pêche maritime, de l'article L. 146-8 du code de l'action sociale et des familles et de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000), un barème médical unique d'évaluation des atteintes à l'intégrité physique et psychique applicable à tout régime d'indemnisation intégrale au titre de la responsabilité civile est fixé par décret. »
- ⑮ III. – 1. (*Supprimé*)
- ⑯ 2. Une commission *ad hoc* élabore une proposition pour le barème médical unique visé à l'article 45-2 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 précitée. Cette commis-

sion comprend notamment des médecins exerçant les fonctions d'expert judiciaire, des médecins assistant des victimes et des médecins prêtant habituellement leur concours à des assureurs, des représentants des associations de victimes agréées, un conseiller d'État et un conseiller à la Cour de cassation.

- ⑰ Un décret fixe la composition et les principes de fonctionnement de cette commission.
- ⑱ IV. – Les modifications apportées aux articles 44 et 45-2 de la même loi sont applicables dans les îles Wallis et Futuna.
- ⑲ V. – Le Gouvernement présente dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi un rapport sur l'opportunité et les modalités de mise en œuvre d'une ou plusieurs bases de données en matière d'indemnisation du préjudice corporel, accessibles au public et placées sous le contrôle de l'État, recensant toutes les transactions conclues entre les assureurs et les victimes ainsi que les décisions définitives des cours d'appel. Ce rapport porte également sur l'opportunité et les modalités de mise en œuvre d'un référentiel national indicatif de postes de préjudices corporels.
- ⑳ VI. – (*Suppression maintenue*)

Mme la présidente. L'amendement n° 9 rectifié, présenté par MM. Leclerc, Beaumont, P. Blanc, Chauveau, Cléach et Doublet, Mmes Deroche et G. Gautier, MM. Grignon et Houpert, Mme Hummel, MM. Laménie, Laurent et Lorrain, Mme Malovry, MM. Mayet et Pinton, Mme Procaccia et M. Villiers, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° À compter de la création du dispositif mentionné au 1° et au plus tard le 1^{er} janvier 2013, si l'office institué à l'article L. 1142-22 du code de la santé publique doit intervenir en cas d'épuisement de la couverture d'assurance du praticien prévue à l'article L. 1142-2 du code de la santé publique ou en cas d'expiration du délai de validité de la couverture d'assurance du médecin garantie par le cinquième alinéa de l'article L. 251-2 du code des assurances, l'office ne peut exiger le remboursement des sommes versées. La perte de recettes résultant de ce non remboursement est compensée par l'affectation à cet office, dans les conditions prévues par décret, du produit d'une contribution annuelle de vingt-cinq euros due par chaque professionnel de santé libéral.

La parole est à M. Francis Grignon.

M. Francis Grignon. Je retire cet amendement, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 9 rectifié est retiré.

Je suis saisie de neuf amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 100, présenté par M. Fischer, Mmes David et Pasquet, M. Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du Parti de gauche, est ainsi libellé :

Alinéas 4 à 19

Supprimer ces alinéas.

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Nous demandons la suppression des alinéas 4 à 19 de l'article 24, qui modifient la loi du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, et n'ont donc aucunement leur place dans cette proposition de loi : ils visent uniquement à y insérer des dispositions adoptées par l'Assemblée nationale à l'occasion du vote, en février 2010, d'une proposition de loi déposée notamment par Guy Lefrand.

D'ailleurs, chacun s'accorde sur ce point, puisque même notre rapporteur Alain Milon souligne, dans son rapport, que « les dispositions relatives à la création d'un barème médical unique sont reprises d'une proposition de loi adoptée en février 2010 par l'Assemblée nationale à l'initiative de Guy Lefrand et plusieurs de ses collègues ».

Il s'agit donc bien là d'un cavalier législatif, technique tendant, cette fois-ci, à court-circuiter le travail réalisé sur la proposition de loi de notre collègue député, et ce alors même que le Sénat n'en a pas encore eu connaissance, ce texte n'ayant pas encore été inscrit à l'ordre du jour.

En outre, les dispositions qui nous sont proposées ne sont pas satisfaisantes, car elles sont de nature à prendre en compte isolément certains aspects de l'indemnisation des accidents de la circulation, alors qu'une vision globale de ces questions est indispensable.

D'ailleurs, le texte de notre collègue député permet justement de traiter de manière globale les problèmes et les questions liés à la situation des victimes d'accidents de la circulation, un texte qui a d'ailleurs recueilli l'unanimité à l'Assemblée nationale.

Voilà une raison supplémentaire de voter notre amendement, car l'article 24 reste bien en deçà des ambitions manifestées lors des discussions à l'Assemblée nationale dans la mesure où il ne concerne que les assureurs et laisse de côté les victimes des accidents de la circulation.

Enfin, le lien établi entre la proposition de loi modifiant les dispositions de la loi HPST et ces alinéas consacrés aux accidents de la circulation est trop indirect pour justifier la présence de l'article 24 dans ce texte, et ce malgré la tentative de ses auteurs de rattacher ces alinéas aux accidents médicaux, en rendant applicable aux accidents médicaux un barème médical initialement prévu pour l'évaluation des préjudices subis à l'occasion d'un accident de la circulation.

Mme la présidente. L'amendement n° 68 rectifié, présenté par M. A. Dupont, Mmes Hermange et Deroche et M. Cantegrit, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 4

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ... À l'article 1^{er}, les mots : « à l'exception des chemins de fer et des tramways circulant sur des voies qui leur sont propres » sont supprimés.

Cet amendement n'est pas soutenu.

L'amendement n° 75 rectifié, présenté par M. A. Dupont, Mmes Hermange, B. Dupont et Deroche et M. Cantegrit, est ainsi libellé :

Alinéa 6

Compléter cet alinéa par les mots :

après consultation de la commission *ad hoc* visée au 2 du III de l'article 24 de la loi n° ... du ... modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

La parole est à Mme Bernadette Dupont.

Mme Bernadette Dupont. Il nous a paru essentiel que la nomenclature recensant les différents chefs de préjudices indemnifiables, qui s'appliquera dans tous les domaines du dommage corporel, soit établie en concertation étroite avec l'ensemble des acteurs du dommage corporel.

Ce texte, issu d'une proposition de loi de M. Guy Lefrand visant à améliorer l'indemnisation des victimes de dommages corporels à la suite d'un accident de la circulation, a été adopté à l'unanimité le 16 février 2010 par l'Assemblée nationale.

Mme la présidente. L'amendement n° 74 rectifié, présenté par M. A. Dupont, Mmes Hermange, B. Dupont et Deroche et M. Cantegrit, est ainsi libellé :

Alinéa 10

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Les préjudices futurs de victimes d'accident, quel que soit leur mode de liquidation, ainsi que les prestations futures à la charge des organismes mentionnés à l'article 29 sont calculées, conventionnellement comme judiciairement, suivant une table de conversion fixée par décret sous le contrôle des ministères de la justice et des finances, basée sur un taux d'intérêt officiel, et actualisée tous les trois ans suivant les dernières évaluations statistiques de l'espérance de vie publiées par l'Institut national de la statistique et des études économiques. » ;

La parole est à Mme Bernadette Dupont.

Mme Bernadette Dupont. En première instance, la durée moyenne d'une procédure est de dix-huit mois ; en appel, elle double.

Il nous a semblé que la révision, une fois par an, voire plus, du taux d'intérêt n'était pas honnête à l'égard des victimes. C'est pourquoi nous proposons d'actualiser ce taux tous les trois ans pour éviter des variations trop importantes et ne pas léser les victimes dans le paiement des indemnités qui leur sont dues. Je vous fais grâce, mes chers collègues, des explications techniques...

Mme la présidente. L'amendement n° 69 rectifié, présenté par M. A. Dupont, Mmes Hermange et Deroche et M. Cantegrit, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 10

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

« Dans le cas où une rente a été allouée, soit conventionnellement, soit judiciairement, en réparation d'un préjudice causé quelle que soit l'origine de ce préjudice, cette rente est obligatoirement indexée.

« Le juge ou les parties, dans le cadre d'une transaction, doivent choisir un indice en rapport avec le poste de préjudice que la rente indemnise sans que ce dernier ne puisse être inférieur à celui prévu à l'article L. 434-17 du code de la sécurité sociale. »

Cet amendement n'est pas soutenu.

L'amendement n° 73 rectifié, présenté par M. A. Dupont, Mmes Hermange et Deroche et M. Cantegrit, est ainsi libellé :

Alinéa 13

Compléter cet alinéa par les mots :

après consultation de la commission *ad hoc* visée au 2 du III de l'article 24 de la loi n° ... du ... modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Cet amendement n'est pas soutenu.

L'amendement n° 72 rectifié, présenté par M. A. Dupont, Mmes Hermange et Deroche et M. Cantegrit, est ainsi libellé :

Alinéa 14

Compléter cet alinéa par les mots :

après consultation de la commission *ad hoc* visée au 2 du III de l'article 24 de la loi n° ... du ... modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Cet amendement n'est pas soutenu.

L'amendement n° 71 rectifié, présenté par M. A. Dupont, Mmes Hermange et Deroche et M. Cantegrit, est ainsi libellé :

Alinéa 16

Rédiger ainsi cet alinéa :

2. Il est créé une commission *ad hoc* en vue de concourir à l'élaboration de la nomenclature des préjudices visée au second alinéa du 1° du II du présent article, aux missions types d'expertises visées au deuxième alinéa du 4° du II du présent article et au barème médical unique visé à l'article 45-2 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 précitée. Cette commission, présidée par un conseiller d'État et un conseiller à la Cour de cassation, comprend des médecins exerçant les fonctions d'expert judiciaire, des médecins assistant des victimes et des médecins prêtant habituellement leur concours à des assureurs, des représentants des associations de victimes agréées, des représentants des compagnies d'assurances et fonds d'indemnisation, des avocats spécialisés dans la défense des victimes. Elle entend tout professionnel de son choix.

Cet amendement n'est pas soutenu.

L'amendement n° 70 rectifié, présenté par M. A. Dupont, Mmes Hermange et Deroche et M. Cantegrit, est ainsi libellé :

Alinéa 19, seconde phrase

Supprimer cette phrase.

Cet amendement n'est pas soutenu.

Quel est l'avis de la commission sur les trois amendements restant en discussion ?

M. Alain Milon, rapporteur. L'amendement n° 100 vise à supprimer toutes les dispositions de l'article 24 qui reprennent des mesures inscrites dans la proposition de loi visant à

améliorer l'indemnisation des victimes de dommages corporels à la suite d'un accident de la circulation, adoptée par l'Assemblée nationale en février 2010.

Les arguments des auteurs de cet amendement sont naturellement recevables, car il n'est pas de bonne méthode d'introduire dans un texte concernant l'hôpital des mesures qui figuraient dans une proposition de loi relative aux victimes de préjudices corporels.

Néanmoins, il serait dommage d'empêcher l'entrée en vigueur de dispositions très attendues par les associations de victimes...

M. Guy Fischer. C'est vrai !

M. Alain Milon, rapporteur. ... et qui ne soulèvent d'ailleurs pas d'objections particulières.

En conséquence, la commission demande à Mme David de bien vouloir retirer son amendement ; à défaut, elle émettrait un avis défavorable.

L'amendement n° 75 rectifié tend à prévoir la consultation de la commission qui sera créée pour établir un projet de barème médical des préjudices corporels sur la nomenclature de postes de préjudice. Or cette dernière existe déjà. L'objectif est non pas de la remettre en cause, mais de faire en sorte qu'elle soit mieux connue et davantage utilisée. Il n'est donc pas souhaitable de prévoir une telle consultation.

C'est la raison pour laquelle la commission des affaires sociales a émis un avis défavorable sur cet amendement.

L'amendement n° 74 rectifié a pour objet de réécrire le texte de la proposition de loi sur la conversion en capital des rentes d'indemnisation des victimes, sans lui apporter d'amélioration. Il vise à fixer la table de conversion par décret, sous le contrôle des ministères chargés des finances et de la justice, dont les services rédigeront eux-mêmes le décret.

Cette précision est donc inutile, voire ambiguë. Aussi la commission a-t-elle émis un avis défavorable sur cet amendement.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Le Gouvernement est défavorable aux amendements n° 100, 75 rectifié et 74 rectifié, pour les raisons qui viennent d'être évoquées par le rapporteur.

Mme la présidente. Madame David, l'amendement n° 100 est-il maintenu ?

Mme Annie David. M. le rapporteur nous a demandé de retirer notre amendement n° 100, qui vise à supprimer les alinéas 4 à 19 de l'article 24. Nous sommes sensibles à ses arguments.

Toutefois, madame la secrétaire d'État, nous voudrions insister sur la nécessité d'inscrire – enfin – à l'ordre du jour de notre assemblée la proposition de loi de M. Guy Lefrand, qui, comme Mme Bernadette Dupont l'a rappelé, a été adoptée à l'unanimité à l'Assemblée nationale. Ce texte contient non seulement les dispositions concernées de l'article 24, mais également d'autres mesures ayant trait plus directement aux victimes.

Votre façon d'agir nous interpelle ! Tout d'abord, il s'agit tout de même, avouons-le, d'un cavalier législatif. Certes, nous comprenons que vous ayez voulu utiliser cette technique pour intégrer dans la proposition de loi que nous examinons les dispositions contenues dans celle de M. Guy Lefrand,

puisque nous ne parvenons pas à obtenir l'inscription de ce texte à notre ordre du jour, qui serait pourtant tout à fait bienvenue.

Pour cela, vous utilisez une petite astuce, en profitant de ce que les accidents médicaux peuvent être reliés à la loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires. Toutefois, il nous semble, mes chers collègues, que les victimes sont les oubliées des propositions que vous intégrez ainsi.

J'entends bien que les mesures concernées permettront aux professionnels – médecins et assureurs – de prévoir un fonds d'indemnisation pour les victimes. Il n'empêche que la proposition de loi de M. Guy Lefrand a une portée beaucoup plus large. Aussi avons-nous été sollicités – et vous aussi sans doute, chers collègues de la majorité – par différentes associations d'accidentés, notamment la FNATH, la Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés, pour que cette proposition de loi soit enfin inscrite à l'ordre du jour de nos travaux.

Madame la présidente, nous acceptons de retirer cet amendement, mais c'est pour permettre une discussion plus globale, à l'occasion de l'examen de la proposition de loi de M. Guy Lefrand, qui est vraiment attendue par les victimes des accidents de la route.

M. Guy Fischer. On compte sur vous, monsieur le rapporteur !

Mme Annie David. Oui, pour inscrire ce texte à l'ordre du jour !

M. Alain Milon, rapporteur. Vous avez raison, chers collègues.

Mme la présidente. L'amendement n° 100 est retiré.

Madame Dupont, les amendements n° 75 rectifié et 74 rectifié sont-ils maintenus ?

Mme Bernadette Dupont. Je retire l'amendement n° 75 rectifié, madame la présidente, mais je souscris tout à fait aux arguments de Mme David : il faut que la proposition de loi de Guy Lefrand soit examinée par le Sénat.

S'agissant de l'amendement n° 74 rectifié, nous souhaitons que le taux d'intérêt qui sert de base au calcul soit révisé non pas une fois par an, mais tous les trois ans, afin de ne pas léser les victimes. Monsieur le rapporteur, vous n'avez pas répondu sur ce point. Réviser le taux d'intérêt une fois par an, non seulement c'est prévoir de nombreuses révisions, mais cela peut léser les victimes en réduisant leurs indemnités.

M. Alain Milon, rapporteur. Pas toujours.

Mme Bernadette Dupont. Si ! Le fait de réviser trop souvent le taux d'intérêt multiplie le risque d'une révision à la baisse, donc d'une réduction des indemnités accordées aux victimes.

M. Alain Milon, rapporteur. Certes, mais l'inverse peut également se produire.

Mme Bernadette Dupont. Je maintiens cet amendement, madame la présidente.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 74 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 66 rectifié, présenté par M. A. Dupont, Mmes Hermange et Deroche et M. Cantegrit, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Après l'article L. 4113-13 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4113-13-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 4113-13-1. – Les médecins communiquent au conseil départemental de l'ordre dont ils relèvent, le nom des compagnies d'assurance auxquelles ils prêtent habituellement leur concours, dans des conditions fixées par voie réglementaire.

« Ces informations sont accessibles au public.

« Le défaut de communication de ces renseignements constitue une faute disciplinaire susceptible d'entraîner une des sanctions prévues à l'article L. 4124-6.

« Les médecins intéressés disposent, pour faire la déclaration prévue au premier alinéa, d'un délai de six mois à compter de la publication des dispositions réglementaires mentionnées au même alinéa. »

Cet amendement n'est pas soutenu.

L'amendement n° 67 rectifié *bis*, présenté par M. A. Dupont, Mmes Hermange et Deroche et M. Cantegrit, est ainsi libellé :

Compléter cet article par deux paragraphes ainsi rédigés :

... – L'article L. 211-10 du code des assurances est ainsi rédigé :

« Art. L. 211-10. – À l'occasion de sa première correspondance avec la victime, l'assureur est tenu, à peine de nullité relative de la transaction qui pourrait intervenir, de lui adresser :

« - une notice d'information sur ses droits, établie selon un modèle-type défini par décret, qui rappelle notamment que la victime peut à son libre choix se faire assister d'un avocat et, en cas d'examen médical, d'un médecin ;

« - un rappel des dispositions du troisième alinéa de l'article L. 211-9 et de celles de l'article L. 211-12 ;

« - une liste des médecins ayant des compétences en réparation du dommage corporel établie par le conseil départemental de l'ordre des médecins du lieu de résidence de la victime ;

« - une liste des médecins auxquels l'assureur en charge du règlement du litige fait habituellement appel dans le département.

« Sous les mêmes sanctions, l'assureur transmet à la victime une copie du procès-verbal d'enquête de police ou de gendarmerie, dès qu'il en obtient la communication. »

... - Les procédures d'indemnisation amiable régies par l'article L. 211-9 du même code en vue desquelles une première demande a été présentée avant l'entrée en vigueur du présent article restent soumises aux dispositions antérieurement applicables.

Cet amendement n'est pas soutenu.

Je mets aux voix l'article 24.

(L'article 24 est adopté.)

Article additionnel après l'article 24

Mme la présidente. L'amendement n° 10 rectifié, présenté par MM. Leclerc, Beaumont, Bernard-Reymond, P. Blanc, Chauveau, Cléach et Doublet, Mme Deroche, M. Dulait, Mme G. Gautier, MM. Grignon et Houpert, Mme Hummel, MM. Laménie, Laurent et Lorrain, Mme Malovry, MM. Mayet et Pinton, Mme Procaccia et M. Villiers, est ainsi libellé :

Après l'article 24, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au premier alinéa de l'article L. 252-1 du code des assurances après les mots : « deux refus », sont insérés les mots : « ou ne se voit proposer que des contrats dont la prime est supérieure au seuil maximum pour sa spécialité de l'aide annuelle prévue à l'article D. 185-1 du code de la sécurité sociale ».

La parole est à M. Francis Grignon.

M. Francis Grignon. Je retire cet amendement, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 10 rectifié est retiré.

Article 24 bis (nouveau)

① Au premier alinéa de l'article L. 1414-3-3 du code de la santé publique, il est ajouté un 6° ainsi rédigé :

② « 6° D'analyser, après avoir supprimé toutes les données relatives à l'identité des personnes physiques et morales concernées, les expertises médicales qui lui sont obligatoirement transmises par les médecins et établissements dont la responsabilité civile ou administrative a été mise en cause devant les juridictions ou devant une commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionnée à l'article L. 1142-14 du code de la santé publique. » – *(Adopté.)*

Article 25

① I. – Après l'article L. 2132-2-1 du même code, il est inséré un article L. 2132-2-2 ainsi rédigé :

② « Art. L. 2132-2-2. – Dans le cadre des programmes prévus à l'article L. 1411-6, l'enfant bénéficie avant la fin de son troisième mois d'un dépistage précoce des troubles de l'audition.

③ [...]

④ « Ce dépistage ne donne pas lieu à une contribution financière des familles.

⑤ « Chaque agence régionale de santé élabore, en concertation avec les associations, les fédérations d'associations et tous les professionnels concernés par les troubles de l'audition, un programme de dépistage précoce des troubles de l'audition qui détermine les modalités et les conditions de mise en œuvre de ce dépistage, conformément à un cahier des charges national établi par arrêté après avis de la Haute Autorité de santé et du conseil national de pilotage des agences régionales de santé mentionné à l'article L. 1433-1. »

⑥ II. – Dans les trois ans suivant la publication de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le dépistage précoce des troubles de l'audition

prévu à l'article L. 2132-2-2 du code de la santé publique. Ce rapport dresse notamment le bilan de la réalisation des objectifs de dépistage, diagnostic et prise en charge précoces, des moyens mobilisés, des coûts associés et du financement de ceux-ci, et permet une évaluation de l'adéquation du dispositif mis en place à ces objectifs.

⑦ Le cahier des charges national prévu au présent article est publié dans les six mois suivant la promulgation de la présente loi.

⑧ Les agences régionales de santé mettent en œuvre le dépistage précoce des troubles de l'audition prévu au présent article dans les deux ans suivant la promulgation de la présente loi.

Mme la présidente. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 84 est présenté par Mme Voynet.

L'amendement n° 101 est présenté par M. Fischer, Mmes David et Pasquet, M. Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du Parti de Gauche.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

L'amendement n° 84 n'est pas soutenu.

La parole est à M. Guy Fischer, pour présenter l'amendement n° 101.

M. Guy Fischer. Cet amendement de suppression a pour objet de limiter le champ d'intervention de cette proposition de loi à celui qui avait été initialement prévu par son auteur, à savoir l'aménagement de la loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.

En effet, cet article 25 inséré par l'Assemblée nationale est dépourvu de véritable lien avec la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Il tend à mettre en place un dépistage généralisé des troubles de l'audition chez le nouveau-né avant l'âge de trois mois.

Ce que M. Alain Milon ne mentionne pas dans son rapport, c'est que cet article constitue en réalité une partie de la proposition de loi déposée par les députés MM. Jean-Pierre Dupont, Jean-François Chossy et Mme Edwige Antier et adoptée par l'Assemblée nationale le 30 novembre dernier ; à cette occasion, tous les groupes parlementaires d'opposition se sont abstenus.

Roland Muzeau, que vous connaissez bien, mes chers collègues, avait en quelque sorte deviné ce qui allait se passer, puisqu'il déclarait : « Mme la secrétaire d'État a reconnu tout à l'heure qu'aucune date ne peut encore être avancée pour son passage au Sénat : cela devrait vous inquiéter... ».

Effectivement, le Gouvernement n'a pas cru bon d'inscrire cette proposition de loi à l'ordre du jour du Sénat, ce qui en dit long sur sa détermination et sur sa volonté véritable !

Mme Muguette Dini, présidente de la commission des affaires sociales. Ce n'est pas vrai !

M. Guy Fischer. Mes chers collègues, il n'est pas bon que nous prenions l'habitude de tenter d'inclure dans une proposition de loi des mesures qui sont contenues dans un autre, mais laissées en déshérence faute de navette parlementaire.

Le dépistage précoce de la surdité est loin de faire l'unanimité, y compris auprès des associations qui œuvrent dans le domaine. Le Réseau d'actions médico-psychologiques et

sociales pour enfants sourds, ou RAMSES, et la Fédération nationale des sourds de France, la FNSF, sont plus que sceptiques!

Il nous semble que cette mesure doit faire l'objet d'un véritable débat, et non d'un amendement déposé dans un texte avec lequel il n'a pas de lien direct.

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

M. Alain Milon, rapporteur. L'amendement n° 101 vise à supprimer l'article 25, qui tend à mettre en place, par le biais des agences régionales de santé, un dépistage généralisé des troubles de l'audition chez le nouveau-né avant l'âge de trois mois.

Je ne suis pas un spécialiste de la surdité, mais je suis tout de même médecin. Or il m'a semblé, comme aux autres membres de la commission des affaires sociales d'ailleurs, que la suppression d'un tel article serait une véritable perte pour la santé publique.

De plus, aux termes de cet article, il ne s'agira pas nécessairement d'un dépistage ultraprécoce. Le cahier des charges approuvé par la Haute Autorité de santé permettra la mise en œuvre de meilleures pratiques.

Par conséquent, la commission émet un avis défavorable sur cet amendement.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Le Gouvernement est bien évidemment défavorable à cet amendement.

En effet, ce qui m'importe, c'est de dépister la surdité chez les enfants. Et si, comme vous l'affirmez, je n'étais pas suffisamment mobilisée contre ce problème, monsieur Fischer, je ne serais pas tellement pressée de voir cette disposition mise en œuvre, en attendant l'examen de la proposition de loi que vous avez évoquée.

C'est la raison pour laquelle je préfère d'ores et déjà inscrire cette disposition dans le texte que nous examinons, afin de donner à tous les enfants l'occasion d'être dépistés, plutôt que d'attendre et, ce faisant, de les laisser sans dépistage!

Mme Muguet Dini, présidente de la commission des affaires sociales. Bravo!

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 101.

Mme Bernadette Dupont. Je m'abstiens!

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 85, présenté par Mme Voynet, est ainsi libellé:

Alinéa 2

Remplacer les mots:

l'enfant bénéficie avant la fin de son troisième mois d'un dépistage précoce des troubles de l'audition

par les mots:

si lors de l'examen post-natal mentionné à l'article L.2122-1 du code de la santé publique, une présomption de troubles de l'audition est détectée par le médecin, alors l'enfant bénéficie d'un dépistage des troubles de l'audition à compter du quatrième mois et au plus tard au cours du neuvième mois suivant la naissance

Cet amendement n'est pas soutenu.

Je mets aux voix l'article 25.

M. Guy Fischer. Nous nous abstenons.

(L'article 25 est adopté.)

Article 26 (Non modifié)

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié:
- ② 1° L'intitulé de la section 2 du chapitre V du titre I^{er} du livre II est ainsi rédigé: « Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle »;
- ③ 2° L'article L. 215-3 est ainsi modifié:
- ④ a) Le début du premier alinéa est ainsi rédigé: « Pour la région d'Île-de-France, la caisse compétente mentionnée à l'article L. 215-1 n'exerce pas les missions... *(le reste sans changement)*. »;
- ⑤ b) À la première phrase du second alinéa, les mots: « des caisses mentionnées » sont remplacés par les mots: « de la caisse mentionnée »;
- ⑥ 3° L'article L. 215-5 est ainsi modifié:
- ⑦ a) Le début du premier alinéa est ainsi rédigé: « La caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle gère le régime... *(le reste sans changement)*. »;
- ⑧ b) Au second alinéa, les mots: « régionale de Strasbourg » sont remplacés par les mots: « mentionnée ci-dessus »;
- ⑨ 4° À l'article L. 215-6, les mots: « régionale de Strasbourg » sont remplacés par les mots: « d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle »;
- ⑩ 5° *(Suppression maintenue)*
- ⑪ 6° L'article L. 215-7 est ainsi rédigé:
- ⑫ « Art. L. 215-7. – La caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle est administrée par un conseil d'administration de vingt et un membres comprenant:
- ⑬ « 1° Huit représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national;
- ⑭ « 2° Huit représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives;
- ⑮ « 3° Un représentant désigné par la Fédération nationale de la mutualité française;
- ⑯ « 4° Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et désignées par l'autorité compétente de l'État, dont au moins un représentant des retraités et un représentant de l'instance de gestion du régime local d'assurance maladie Alsace-Moselle.
- ⑰ « Siègent également avec voix consultative:
- ⑱ « 1° Un représentant des associations familiales désigné par les unions départementales des associations familiales territorialement compétentes dans la circonscription de la caisse; la désignation est effectuée par l'Union nationale des associations familiales si dans la circonscription de la caisse régionale il n'existe pas d'union départementale ou si, en cas de pluralité d'unions départementales dans cette circonscription, elles ne sont pas parvenues à un accord;
- ⑲ « 2° Trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret.

- ⑳ « Lorsque le conseil d'administration se prononce au titre du 2° de l'article L. 215-1, seuls prennent part au vote les membres mentionnés aux 1° et 2°. » ;
- ㉑ 7° Au premier alinéa des articles L. 216-1 et L. 281-4, les mots : « régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg » sont remplacés par les mots : « d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle » ;
- ㉒ 8° L'article L. 222-1 est ainsi modifié :
- ㉓ a) Au 3°, les mots : « , ainsi que sur la caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg » sont supprimés ;
- ㉔ b) Au 6°, après le mot : « travail, », est inséré le mot : « et » et les mots : « et de la caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg » sont supprimés ;
- ㉕ 9° L'article L. 251-7 est abrogé ;
- ㉖ 10° Le 1° du II de l'article L. 325-1 est ainsi rédigé :
- ㉗ « 1° Salariés exerçant une activité dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, quel que soit le lieu d'implantation du siège de l'entreprise, et salariés d'un établissement implanté dans ces départements qui exercent une activité itinérante dans d'autres départements ; »
- ㉘ 11° À la fin de la première phrase de l'article L. 357-14, les mots : « régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg » sont remplacés par les mots : « d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle ».
- ㉙ II. – Le I entre en vigueur au 1^{er} janvier 2012.
- ㉚ III. – Par dérogation à l'article L. 231-2 du code de la sécurité sociale, le mandat des membres des conseils d'administration de la caisse chargée de la santé au travail compétente pour la région Alsace-Moselle et de la caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg expire le 31 décembre 2011.
- ㉛ IV. – Par dérogation à l'article L. 325-1 du même code, les assurés salariés et leurs ayants droit bénéficiaires du régime local au 31 décembre 2011 conservent le bénéfice dudit régime pour la durée pendant laquelle ils remplissent les conditions d'ouverture des droits prévues par la législation en vigueur à cette date.

Mme la présidente. L'amendement n° 65 rectifié, présenté par M. Grignon, Mme Sittler, M. Reichardt et Mme Troendle, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Le premier alinéa de l'article L. 761-3 du code rural et de la pêche maritime est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« Le régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle s'applique aux membres des professions agricoles et forestières relevant des assurances sociales agricoles mentionnés ci-après :

« - salariés d'une entreprise ayant son siège social dans le département du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, quel que soit leur lieu de travail en France métropolitaine et salariés travaillant dans l'un de ces trois départements pour une entreprise ayant son siège hors de ces départements ;

« - personnes visées aux 4° à 11° du II de l'article L. 325-1 du code de la sécurité sociale. »

La parole est à M. Francis Grignon.

M. Francis Grignon. L'article 26 de la présente proposition de loi, dans sa rédaction résultant de l'adoption par l'Assemblée nationale, en première lecture, d'un amendement n° 226, modifie l'article L. 325-1 du code de la sécurité sociale en prévoyant de ne rattacher au régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire d'Alsace-Moselle que les salariés qui travaillent dans les trois départements concernés, ainsi que ceux qui appartiennent à un établissement implanté en Alsace-Moselle mais exercent leur activité de façon itinérante dans d'autres départements.

En conséquence, les salariés d'une entreprise qui a son siège social dans l'un de ces départements mais dont le lieu d'activité se situe hors de cette circonscription ne seraient plus rattachés au régime local.

Cet amendement visant à simplifier l'affiliation des assurés du régime général de sécurité sociale est applicable par renvoi du code rural et de la pêche maritime aux assurés relevant du régime agricole.

L'application de ces nouvelles dispositions ne permettrait donc plus aux caisses de mutualité sociale agricole, qui fonctionnent selon le principe du guichet unique, de maintenir les règles d'affiliation actuelles, qui ne connaissent aucune difficulté d'application. Ainsi, la simplification que vise à apporter cet amendement pour les URSSAF se traduit par une complexification de l'affiliation pour les salariés agricoles.

Il est, en conséquence, proposé ici de modifier l'article L. 761-3 du code rural et de la pêche maritime, afin que les salariés agricoles d'une entreprise ayant son siège social dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin ou de la Moselle conservent le bénéfice du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire en Alsace-Moselle, quel que soit leur lieu de travail en France métropolitaine.

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

M. Alain Milon, rapporteur. L'article 26 introduit à l'Assemblée nationale est venu restreindre les règles d'affiliation au régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire d'Alsace-Moselle.

Si cette modification paraît particulièrement adaptée à la situation du régime local général, il convient de prendre en compte les spécificités du régime local agricole. Tel est précisément l'objet du présent amendement, auquel la commission donne donc un avis favorable.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Avis favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 65 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 26, modifié.

(L'article 26 est adopté.)

Article 27 (Non modifié)

- ① I. – L'article L. 1142-11 du code de la santé publique est ainsi modifié :

- ② 1° Le début de la première phrase du premier alinéa est ainsi rédigé : « Les candidats à l'inscription sur la liste nationale des experts en accidents médicaux doivent justifier d'une qualification... (*le reste sans changement*). » ;
- ③ 2° L'avant-dernière phrase du dernier alinéa est supprimée.
- ④ II. – Les articles 105 et 106 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé sont abrogés. – (*Adopté.*)

Article 28 (*Non modifié*)

- ① I. – Le chapitre IV du titre I^{er} du livre IV de la première partie du code de la santé publique est ainsi rédigé :
- ② « *Chapitre IV*
- ③ « *Qualité et sécurité des soins*
- ④ « *Art. L. 1414-1.* – Les structures régionales d'appui assurent des missions d'observation, d'évaluation, d'expertise et de formation auprès des agences régionales de santé et des acteurs de l'offre de soins afin de contribuer au renforcement de la qualité et de la sécurité des soins. Les modalités de création et de fonctionnement de ces structures sont définies par décret. »
- ⑤ II. – Le chapitre IV du titre I^{er} du livre IV de la première partie du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, devient le chapitre IV *bis*.

Mme la présidente. L'amendement n° 86 rectifié, présenté par Mme Giudicelli, M. Grignon, Mme Hermange et M. Nègre, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Francis Grignon.

M. Francis Grignon. Mes chers collègues, permettez-moi tout d'abord de revenir sur le précédent amendement, afin de vous remercier pour l'Alsace-Moselle !

L'article 28, introduit à l'Assemblée nationale, vise à donner une base juridique aux structures régionales d'appui, qui apportent un soutien aux établissements, aux professionnels de santé ainsi qu'aux agences régionales de santé sur des questions spécifiques. Parmi ces structures figurent les observatoires des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques, les OMEDIT.

Par ailleurs, le récent rapport de l'Inspection générale des affaires sociales sur la pharmacovigilance évoque d'autres structures, les centres régionaux de pharmacovigilance, posant la question de leur positionnement par rapport aux agences régionales de santé.

Pour ces raisons, il est sans doute prématuré d'adopter une telle disposition dans ce texte. Elle méritera d'être reprise dans le cadre du projet de loi « médicaments », en cours de préparation.

Au travers de cet amendement, il vous est donc proposé de supprimer cet article.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement a pour objet de supprimer l'article 28, introduit à l'Assemblée nationale, qui vise à définir les missions des structures régionales d'appui.

Comme l'a souligné notre collègue, il semble en effet plus pertinent de replacer cette question dans le cadre du futur projet de loi de sécurité sanitaire. La commission est donc favorable à cet amendement.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Avis favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 86 rectifié.

(*L'amendement est adopté.*)

Mme la présidente. En conséquence, l'article 28 est supprimé.

Article 29

- ① Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° La première phrase du premier alinéa de l'article L. 4011-1 est ainsi modifiée :
- ③ a) Après la référence : « L. 4351-1, », est insérée la référence : « L. 4352-2, » ;
- ④ b) La référence : « et L. 4371-1 » est remplacée par les références : « , L. 4371-1, L. 4391-1, L. 4392-1 et L. 4394-1 » ;
- ⑤ c) Après la référence : « L. 4221-1, », sont insérées les références : « L. 4241-1, L. 4241-13, » ;
- ⑥ 2° L'avant-dernier alinéa du I de l'article L. 4111-2 est ainsi rédigé :
- ⑦ « Les lauréats, candidats à la profession de sage-femme, doivent en outre justifier d'une année de fonctions accomplies sous la responsabilité d'un médecin dans l'unité d'obstétrique d'un établissement public de santé ou d'un établissement de santé privé assurant une ou plusieurs des missions mentionnées à l'article L. 6112-1 ou d'un établissement de santé privé ayant passé une convention avec une ou plusieurs écoles de sages-femmes en vue de l'accueil d'étudiants. Dans les établissements publics de santé, les lauréats, candidats à la profession de sage-femme, sont recrutés conformément au 4° de l'article L. 6152-1, dans des conditions fixées par voie réglementaire. » ;
- ⑧ 3° Le 2° de l'article L. 4231-4 est ainsi rédigé :
- ⑨ « 2° Du directeur général de l'offre de soins ou de son représentant ; »
- ⑩ 4° À l'avant-dernier alinéa de l'article L. 4322-10, les deux occurrences des mots : « , pour moitié, » sont supprimées. – (*Adopté.*)

Article 30 (*Non modifié*)

Au premier alinéa de l'article L. 6143-3-1 du code de la santé publique, après les mots : « la santé, », sont insérés les mots : « en cas de manquement grave portant atteinte à la sécurité des patients ou ».

Mme la présidente. L'amendement n° 64, présenté par MM. Le Menn, Daudigny et Godefroy, Mmes Le Texier, Jarraud-Vergnolle et Demontès, MM. Cazeau, Desessard et Michel, Mmes Ghali, Alquier et Campion, MM. Gillot, Jeannerot, Kerdraon et S. Larcher, Mmes Printz, San Vicente-Baudrin et Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Rédiger ainsi cet article :

Le deuxième alinéa de l'article L. 6143-3-1 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« La procédure de mise sous administration provisoire ne peut être engagée par le directeur de l'agence au motif d'un manquement grave portant atteinte à la sécurité des patients qu'après avis détaillé de la Haute Autorité de Santé quant au manquement mis en cause. »

La parole est à M. Jacky Le Menn.

M. Jacky Le Menn. L'Assemblée nationale a introduit cet article afin de permettre au directeur général de l'agence régionale de santé de mettre sous administration provisoire un établissement public de santé, ou EPS, en cas de manquement grave portant atteinte à la sécurité des patients.

En effet, dans sa version actuelle, le code de la santé publique autorise seulement le placement sous administration provisoire d'un EPS en cas de situation financière très dégradée.

Autrement dit, cet article vise à prendre en compte, non plus seulement le critère financier, mais également celui de la sécurité et du bien-être des patients, pour apprécier la façon dont un EPS s'acquitte de sa mission de service public.

Cette innovation, de nature à favoriser la sécurité des patients, doit être soulignée.

Cependant, il convient d'encadrer la procédure qui peut aboutir à placer un EPS sous administration provisoire, afin d'empêcher qu'elle soit mise en œuvre de manière arbitraire, ou dans la précipitation.

Aussi convient-il, avant de conclure à un manquement grave à la sécurité des patients, et, par conséquent, de placer un EPS sous administration provisoire, d'évaluer avec précision la situation de cet établissement.

C'est la raison pour laquelle je vous propose, au travers de cet amendement, que la procédure de mise sous administration provisoire d'un EPS puisse seulement être engagée par le directeur de l'ARS, après que la Haute autorité de santé, ou HAS, aura rendu un rapport détaillé.

En effet, sans qu'il complexifie la procédure, l'avis de la HAS est de nature à rendre plus efficace et plus légitime la mise sous administration provisoire d'un EPS. Il est d'ailleurs perçu comme tel.

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

M. Alain Milon, rapporteur. L'article 30 de la proposition de loi autorise la mise sous administration provisoire d'un établissement public de santé en cas d'atteinte à la sécurité des patients.

Il s'agit d'une mesure exceptionnelle, qui présente un caractère d'urgence. Or l'amendement n° 64 vise à la conditionner à la publication par la Haute autorité de santé d'un avis détaillé. Une telle procédure risquerait de faire perdre un temps précieux, d'autant qu'aucun délai n'est prévu pour l'adoption de cet avis.

La commission a donc émis un avis défavorable.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. C'est bien entendu à l'agence régionale de santé qu'il appartient de prendre les mesures relatives à la mise sous administration provisoire d'un EPS ; il n'y a aucune raison pour que la HAS soit impliquée dans cette procédure.

Le Gouvernement émet donc également un avis défavorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 64.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 30.

(L'article 30 est adopté.)

Article 31 (Non modifié)

- ① I. – Le 14° de l'article L. 162-5, le 8° de l'article L. 162-9, le 3° des articles L. 162-14 et L. 162-16-1, le 2° des articles L. 162-12-2 et L. 162-12-9 et le 7° de l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale sont abrogés.
- ② II. – Le 3° du II de l'article L. 182-2-4 du même code entre en vigueur à la date d'entrée en vigueur du décret mentionné au dernier alinéa de l'article L. 4021-1 du code de la santé publique et au plus tard le 30 juin 2012.
- ③ III. – Les dispositifs relatifs à la formation professionnelle conventionnelle tels qu'ils sont organisés par les articles L. 162-5, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-16-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction antérieure à la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, sont applicables jusqu'à la date d'entrée en vigueur du décret mentionné au dernier alinéa de l'article L. 4021-1 du code de la santé publique et au plus tard le 30 juin 2012.
- ④ IV. – L'article L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑤ 1° Après le mot : « continu », la fin du dernier alinéa du II est supprimée ;
- ⑥ 2° Le III est ainsi rédigé :
- ⑦ « III. – À l'exception des décisions relatives au développement professionnel continu, les décisions de financement sont prises, pour chacune des professions concernées, par les parties aux conventions ou à l'accord mentionnés aux articles L. 162-14-1 et L. 162-32-1, dans des conditions déterminées par ces conventions ou cet accord. Les décisions de financement relatives au développement professionnel continu sont prises par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. »

Mme la présidente. L'amendement n° 102, présenté par M. Fischer, Mmes David et Pasquet, M. Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Les centres de santé conventionnés bénéficient comme les professionnels de santé libéraux de la prise en charge des pertes de ressources et frais divers induits par leur participation à des programmes de développement professionnel.

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Cet amendement sera le dernier que nous défendrons.

Au travers de cette disposition, les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du Parti de gauche entendent souligner leur attachement aux centres de santé, qui offrent l'exemple d'une médecine regroupée et coordonnée au service des patients. Ces derniers trouvent dans ces lieux la possibilité de bénéficier d'une prise en charge globale, à la fois médicale, paramédicale et sociale.

Qu'ils soient municipaux, associatifs ou mutualistes, les centres de santé contribuent à favoriser l'accès aux soins de populations très différentes, tout en garantissant un haut niveau de qualité.

L'étude Épidauré menée par la Fédération nationale des centres de santé et l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé le confirme clairement. Elle souligne le rôle joué par les centres de santé au service d'une meilleure accessibilité sociale aux soins et indique, en particulier, que « la population des centres de santé est de deux à trois fois plus vulnérable que la population générale ».

Malgré le rôle qu'ils jouent, et bien que les jeunes médecins soient de plus en plus nombreux à se déclarer prêts à travailler en leur sein, les mesures portant atteinte aux centres de santé ne cessent de se multiplier depuis le vote de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « loi HPST ».

Un projet touchant à la question, centrale, du développement professionnel continu, ou DPC, semble aujourd'hui confirmer cette tendance. Il semble en effet qu'un projet de décret envisage d'en écarter les centres de santé. Ce texte prévoit que « sont pris en charge dans la limite de ces forfaits les frais facturés aux professionnels de santé par les organismes de développement professionnel continu, les pertes de ressources des professionnels libéraux, ainsi que les frais divers induits par leur participation à ces programmes ».

Ainsi, les centres de santé pourraient être exclus de ce dispositif; pourtant, eux aussi subissent des pertes de recettes en raison de l'absence des professionnels qu'ils salarient durant leurs périodes de formation.

L'exclusion des centres de santé du champ des bénéficiaires de cette indemnisation entraînera pour eux une perte sèche. Elle méconnaît de surcroît l'accord national qui les lie à la sécurité sociale, ainsi que les engagements pris par Mme Bachelot: ici même, au cours de l'examen de la loi HPST, Mme la ministre avait en effet indiqué que les centres de santé pourraient bénéficier des mêmes accords que ceux qui s'appliqueraient aux médecins libéraux.

Madame la secrétaire d'État, vous ne pouvez pas prétendre vouloir développer les modes d'exercice alternatifs à la médecine libérale et, dans le même temps, prendre des mesures qui fragilisent celui d'entre eux qui est le plus développé!

Au travers de cet amendement, nous vous proposons donc de faire bénéficier les centres de santé, dans les mêmes conditions que les médecins libéraux, des remboursements correspondant à l'absence des professionnels suivants des formations conventionnelles autorisées.

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

M. Alain Milon, rapporteur. L'article L. 4021-1 du code de la santé publique, introduit par l'article 59 de la loi HPST, prévoit que l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu assure la gestion financière des actions de développement professionnel continu.

Il est notamment chargé de déterminer les conditions d'indemnisation des professionnels de santé libéraux et des centres de santé conventionnés qui participent aux actions de développement professionnel continu. Ces derniers sont donc bien indemnisés, au même titre que les professionnels de santé libéraux.

Ma chère collègue, votre amendement est par conséquent satisfait. Je vous demande de bien vouloir le retirer, faute de quoi j'émettrais un avis défavorable.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. L'amendement n° 102 est effectivement satisfait par la loi du 21 juillet 2009. Madame David, je vous prie donc, moi aussi, de bien vouloir le retirer, faute de quoi j'émettrais un avis défavorable.

Mme la présidente. Madame David, l'amendement n° 102 est-il maintenu ?

Mme Annie David. Madame la présidente, je ne vais tout de même pas prendre l'habitude de retirer tous mes amendements... Ce serait dramatique! (*Sourires.*)

Je veux bien vous entendre, madame la secrétaire d'État, monsieur le rapporteur, mais je rappelle que les centres de santé eux-mêmes nous ont alertés, car ils nourrissent certaines inquiétudes.

Je n'ai pas eu le temps de vérifier les articles que vous avez cités à l'instant: l'article 31 de la présente proposition de loi comporte un très grand nombre de renvois.

Mme Muguet Dini, présidente de la commission des affaires sociales. C'est vrai!

Mme Annie David. Je n'ai donc pu m'assurer que les dispositions dont vous avez parlé précisent en effet que les centres de santé pourront bénéficier de remboursements identiques lorsque leurs médecins suivront des actions de développement professionnel continu.

Toutefois, je suis disposée à vous faire confiance, si vous m'affirmez que l'article 31 ne met pas en danger les centres de santé.

Je vais donc retirer mon amendement, quoique ce soit avec inquiétude...

Mme la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Madame David, je veux vous confirmer que les centres de santé sont éligibles à la prise en charge des frais liés aux formations. Nous pourrions, si vous le souhaitez, vous apporter une réponse plus détaillée.

M. Guy Fischer. Par écrit!

Mme la présidente. L'amendement n° 102 est retiré.

Je mets aux voix l'article 31.

(*L'article 31 est adopté.*)

Article 32 (*Non modifié*)

- ① I. – Après le mot: « composé », la fin du premier alinéa de l'article L. 611-5 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée: « par les présidents des conseils d'administration des caisses de base et des personnes qualifiées désignées par l'autorité compétente de l'État. »
- ② II. – Par dérogation à l'article L. 611-12 du code de la sécurité sociale, le mandat des administrateurs des caisses de base est prorogé jusqu'au 30 novembre 2012.

- ③ III. – Le I entre en vigueur le 1^{er} décembre 2012. – *(Adopté.)*

Article 33 (*Non modifié*)

- ① Sont ratifiées :
- ② 1° L'ordonnance n° 2009-1585 du 17 décembre 2009 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles requises pour l'exercice des professions médicales, pharmaceutiques et paramédicales ;
- ③ 2° L'ordonnance n° 2009-1586 du 17 décembre 2009 relative aux conditions d'enregistrement des professions de santé ;
- ④ 3° L'ordonnance n° 2010-18 du 7 janvier 2010 portant création d'une agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail ;
- ⑤ 4° L'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;
- ⑥ 5° L'ordonnance n° 2010-250 du 11 mars 2010 relative aux dispositifs médicaux. – *(Adopté.)*

Article 34 (*nouveau*)

- ① I. – Les articles 10 et 11 sont applicables à Wallis-et-Futuna.
- ② II. – Le 1° de l'article 11 est applicable en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française.
- ③ III. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ④ 1° Le chapitre I^{er} du titre II du livre IV de la deuxième partie est complété par un article L. 2421-5 ainsi rédigé :
- ⑤ « Art. L. 2421-5. – L'article L. 2132-2-2 est applicable à Wallis-et-Futuna. »
- ⑥ 2° L'article L. 3822-4 est ainsi rédigé :
- ⑦ « Art. L. 3822-4. – Les articles L. 3511-1, à l'exception des mots : «, au sens du troisième alinéa (2°) de l'article 564 *decies* du code général des impôts», L. 3511-2 et L. 3511-2-1 sont applicables à Wallis-et-Futuna. – *(Adopté.)*

Mme la présidente. Les autres dispositions de la proposition de loi ne font pas l'objet de la deuxième lecture.

Vote sur l'ensemble

Mme la présidente. Avant de mettre aux voix l'ensemble de la proposition de loi, je donne la parole à M. Guy Fischer, pour explication de vote.

M. Guy Fischer. Nous avons débattu longuement de cette proposition de loi modifiant la loi HPST, dont notre collègue Jean-Pierre Fourcade est l'auteur. Au cours de son cheminement parlementaire, comme l'indique le rapport, elle a fait l'objet d'une « inflation créative ».

Parmi les dispositions initiales, certaines étaient relatives à l'organisation des soins de premier recours, d'autres à la création, proposée par M. Fourcade, de la société interprofessionnelle ambulatoire, d'autres encore à l'exercice libéral de la médecine. C'est au sujet de ces dernières que nous avons été les plus critiques, et c'est à leur propos que nous avons déclaré que la proposition de loi de M. Fourcade était une « propo-

sition de loi gouvernementale », au sens où, comme il est affirmé explicitement dans le rapport, elle était censée lever certaines contraintes pesant sur les médecins libéraux. Je crois qu'il s'agit là du véritable objectif de ce texte.

Nous avons dû examiner cette proposition de loi en extrême urgence, dans les conditions que nous savons, alors qu'elle aborde des questions essentielles. C'est ainsi que, au détour de nos débats, nous avons soulevé des problèmes aussi importants que la biologie médicale, la modulation des prestations des mutuelles et la responsabilité civile des professionnels de santé.

Sur l'ensemble de ces sujets, nous souhaitons avant tout que les intérêts des patients soient pris en compte. Or, nous ne le rappellerons jamais assez, la mise en œuvre de la loi HPST contribue au démantèlement du service public hospitalier, à la privatisation d'un secteur dont l'organisation était une spécificité française.

Nous voyons aujourd'hui certains grands groupes comme la Compagnie générale de santé, une société à forts capitaux italiens, gagner des « parts de marché » – puisque c'est ainsi que certains s'expriment – dans tous les secteurs et dans toutes les grandes agglomérations. Comme je l'ai souligné au cours de nos débats, nous voyons fleurir des établissements privés dans toutes les grandes villes.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. À Paris, la Compagnie générale de santé rachète tous les centres qui ferment ! C'est clair et net.

M. Guy Fischer. Ce que dit la présidente de notre groupe confirme la tendance que je décris.

Nous ne referons pas le débat : ma collègue Annie David et moi-même avons déjà longuement argumenté, combattant pied à pied.

Contre toute attente, le débat portant sur les mutuelles a été évacué. Toutefois, je l'ai rappelé, nous étions prêts à voter l'article 22. Dans le système actuel, il fallait adresser un signal à cette grande mutuelle qu'est la MNF. Il est en effet essentiel de montrer que l'intérêt des patients passe avant tout.

Pour toutes les raisons que nous avons exposées dès la discussion générale, nous voterons contre cette proposition de loi ; celle-ci, de toute évidence, est une étape supplémentaire dans le démantèlement et la casse du service public hospitalier. Il faut le savoir, mes chers collègues, et nous nous sommes attachés à le montrer au cours de ces débats !

Mme la présidente. La parole est à M. Jacky Le Menn, pour explication de vote.

M. Jacky Le Menn. Je n'allongerai pas inutilement notre discussion.

Dès la première lecture, j'avais exposé les raisons pour lesquelles nous ne partagions pas l'approche de M. Fourcade et du Gouvernement.

Pour résoudre le problème ô combien important de la désertification médicale, auquel je ne doute pas que la majorité de notre assemblée soit aussi sensible que nous, l'approche développée par les uns et les autres à partir des propositions formulées par le Gouvernement n'est pas performante.

Je le répète, dans le cadre de la loi HPST, ces questions avaient été largement débattues, et chacun avait pu prendre conscience de ce que les populations, notamment les personnes les plus fragiles, demandaient, à savoir la proximité des soins de premier recours et leur facilité d'accès, au regard, en particulier, des dépassements d'honoraires des spécialistes.

Nous avons pu le constater, malgré la bonne volonté des uns et des autres, nos approches, totalement différentes, ne peuvent se rapprocher. Rien ne sert d'y revenir, chers collègues de la majorité, nous n'arriverons pas à vous convaincre. Cela ressemble bel et bien à un divorce à l'amiable !

Quant aux députés, ils se sont déchaînés en introduisant par voie d'amendements une flopée d'articles, à tel point qu'on ne savait plus s'il s'agissait de la loi Fourcade ou de la loi fourretout. C'était la « rubrique-à-brac » !

M. Jean-Pierre Fourcade. Cela me rappelle certains mauvais jeux de mots !

M. Jacky Le Menn. Reprenant les propos tenus à juste titre par M. le rapporteur en commission, je dirai qu'on ne distingue plus, aujourd'hui, les origines de cette proposition de loi. Il s'agissait, en effet, de corriger quelques dispositions de la loi HPST, ce qui avait au moins l'avantage de sérier les questions. À cet égard, l'échec est avéré, puisque le texte s'est considérablement enrichi au cours de la navette.

Nous avons évoqué, entre autres, le conventionnement et les mutuelles, des sujets qui posent de véritables problèmes et qui auraient sans doute demandé plus de temps. Nous avons d'ailleurs observé un véritable cafouillis : la majorité a présenté un amendement ; le rapporteur, pourtant de la même sensibilité, l'a supprimé en commission ; en séance, après que la secrétaire d'État a émis un avis favorable, l'amendement a été finalement retiré par ses auteurs. Tout cela était bien confus !

La biologie médicale, qui constitue en soi un véritable sujet, a également fait l'objet de ce texte. Il aurait fallu discuter au fond cette ordonnance, dont le seul article 1^{er} modifie quarante-deux articles de code, parfois en les réécrivant totalement ! Nous avons bien senti que des problèmes se posaient dans ce domaine. Pourtant, il a fallu en finir à la va-vite, au sprint, rendre notre copie immédiatement, comme s'il n'était pas nécessaire parfois de prendre son temps pour rédiger un bon texte.

Au regard de l'ensemble de ces éléments, vous comprendrez, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, que nous voterons contre cette proposition de loi.

Sur les sujets qui nous tiennent à cœur, ce texte n'apporte aucune réponse. Par ailleurs, les quarante-cinq articles ajoutés par l'Assemblée nationale se sont multipliés en cours de navette. Nous l'avons vu, il n'est pas sérieux de travailler dans un tel cadre !

Il fallait en effet que tout soit fini avant le 13 juillet au soir. Comme si le monde allait s'écrouler le 14 juillet, jour de la fête nationale ! Nous aurions pu prendre notre temps et discuter au fond ce texte après le renouvellement du Sénat, qui nous sera peut-être favorable, d'ailleurs. Hélas, j'ai cru comprendre qu'il fallait aller vite parce que certains ne seront plus là à la rentrée. Mais les cimetières sont pleins de gens indispensables ! Si nous avions attendu, il me semble que nous aurions mieux travaillé. Tel n'a pas été le cas, et je le regrette.

Notre groupe votera donc contre cette proposition de loi, qu'il aurait pu approuver si elle avait été examinée avec sérieux et maturité.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Fourcade, pour explication de vote.

M. Jean-Pierre Fourcade. Madame la présidente, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, le texte que la majorité s'apprête à voter prévoit des mesures importantes. Il vise à créer de nouveaux outils, qui font l'objet des premiers articles de la proposition de loi, pour organiser de manière territoriale l'offre de soins, que nous ne pouvons concevoir sans la parti-

icipation des médecins libéraux et de l'ensemble des professionnels de santé. Il tend également à améliorer la médecine de premier recours.

Je rappelle que la loi HPST est organisée sur le plan régional, grâce, d'une part, aux agences régionales de santé, et, d'autre part, aux URPS, les unions régionales des professionnels de santé. Ces deux ensembles doivent mettre en place des schémas régionaux d'organisation sanitaire, de permanence et de qualité des soins. Le patient est donc au centre de nos préoccupations.

Le texte que j'avais déposé a été largement enrichi par les travaux des commissions des deux assemblées. Je suis d'ailleurs très heureux que nous ayons pu évoquer la responsabilité civile des professionnels de santé. En effet, il s'agit d'un problème récurrent, qui n'a jamais été complètement traité. Les dispositions adoptées permettront d'améliorer encore les rapports contractuels entre les trois organismes de sécurité sociale – car on oublie souvent qu'ils sont au nombre de trois – et l'ensemble des professionnels de santé.

J'ajoute que la loi HPST commence à s'appliquer dans des conditions relativement favorables, certes de manière différente selon les régions. À cet égard, permettez-moi de le dire, j'ai senti dans un certain nombre d'amendements, défendus notamment par MM. Le Menn et Fischer, une sorte de nostalgie de la centralisation du système de santé. (*Protestations sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.*)

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. C'est facile !

M. Jean-Pierre Fourcade. Je pense en particulier à leur volonté de remonter à tout prix l'ensemble des décisions à l'échelon national.

Je suis ravi que nous ayons adopté un amendement relatif au régime d'assurance maladie d'Alsace-Moselle. Il s'agit en effet, je le signale au Gouvernement, d'un régime beaucoup plus équilibré que le régime général et nous devrions le copier.

Nous sommes engagés, avec les ARS et les URPS, dans la régionalisation, ce qui est une bonne chose. C'est en effet dans cette direction qu'il convient d'avancer.

Le groupe UMP votera cette proposition de loi. Je tiens à remercier le Gouvernement qui, sur ce dossier, a beaucoup œuvré, même s'il nous est arrivé de ne pas le suivre jusqu'au bout.

Je tiens également à rendre hommage à la sagesse et à la gentillesse de Mme la présidente de séance. Je remercie la commission des affaires sociales, sa présidente et son rapporteur, ainsi que tous les fonctionnaires du Sénat, que nous faisons travailler beaucoup – de façon relativement exceptionnelle, nous siégeons en séance publique un vendredi après-midi –, afin d'améliorer l'offre de soins et d'accroître le respect des patients que nous sommes tous.

J'espère que nous allons voter tranquillement ce texte, qui nous concerne tous.

Enfin, je souhaite que l'Assemblée nationale ne se laisse pas trop emporter par son zèle novateur et qu'elle n'ajoute pas cinquante articles de plus ! En effet, il convient désormais d'adopter un texte qui fasse l'objet d'un consensus de la part des deux assemblées. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

M. Yves Daudigny. Madame la présidente, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, l'un de nos collègues députés, évoquant ce texte à l'Assemblée nationale, l'a qualifié « d'objet politique hybride, finalement extrêmement inquiétant ».

L'objet de cette proposition de loi était, il est vrai, en apparence fort simple. Que son auteur se soit prévalu d'une illusoire initiative personnelle pour masquer une volonté gouvernementale ne fait absolument aucun doute.

De la même manière, les quelques dispositions éparpillées autour de celles qui visent à supprimer la sanction entraînée par le refus du contrat solidarité santé et l'obligation de déclaration d'absence n'ont pas permis un seul instant de croire que cette proposition de loi portait « diverses dispositions » : elle ne visait en réalité que ces deux objectifs et, à travers eux, la satisfaction des injonctions du corps médical, dont la presse s'était d'ailleurs unanimement fait l'écho.

Il s'agit bien, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, d'un signal d'abandon pour tous ceux qui essaient de lutter contre le désert médical et qui attendaient un acte de courage politique.

Toutefois, à l'issue d'une première lecture devant chaque chambre, cette petite proposition de loi s'est complètement laissé déborder, au détriment – il faut bien le dire – de toute cohérence. L'ampleur quantitative de la réforme HPST justifie une autre approche que ce travail désordonné.

Madame la secrétaire d'État, dans tous les domaines, vous avez l'habitude de nier et de mépriser les propositions du parti socialiste, si tant est que vous preniez le soin de les écouter et de les étudier. Nous vous opposons aujourd'hui un projet pour la santé des Français qui s'attaque aussi bien à la question de la démographie médicale qu'aux autres inégalités relatives à l'accès à la santé. Nous voulons de la régulation et non de la coercition. Ce que la loi HPST n'avait pas fait, ce que les promoteurs de cette proposition de loi refusent de faire, nous nous engageons, pour notre part, à le mettre en œuvre. *(Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.)*

Mme la présidente. Personne ne demande plus la parole?...

Je mets aux voix l'ensemble de la proposition de loi.

(La proposition de loi est adoptée.)

8

NOMINATION DE MEMBRES D'UNE COMMISSION MIXTE PARITAIRE

Mme la présidente. Il va être procédé à la nomination de sept membres titulaires et de sept membres suppléants de la commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion de la proposition de loi pour le développement de l'alternance et la sécurisation des parcours professionnels.

La liste des candidats établie par la commission des affaires sociales a été affichée conformément à l'article 12 du règlement.

Je n'ai reçu aucune opposition.

En conséquence, cette liste est ratifiée et je proclame représentants du Sénat à cette commission mixte paritaire :

Titulaires : Mmes Muguette Dini, Sylvie Desmarescaux, Catherine Procaccia, M. Jean-Claude Carle, Mmes Gisèle Printz, Patricia Schillinger et M. Guy Fischer.

Suppléants : Mmes Annie David, Isabelle Debré, Christiane Demontès, Catherine Deroche, Françoise Férat, MM. Alain Gournac et Ronan Kerdraon.

9

ORDRE DU JOUR

Mme la présidente. Voici quel sera l'ordre du jour de la prochaine séance publique, précédemment fixée au lundi 4 juillet 2011, à quatorze heures trente, le soir et, éventuellement, la nuit, jusqu'à une heure maximum :

1. Conclusions de la commission mixte paritaire sur le projet de loi sur la participation des citoyens au fonctionnement de la justice pénale et le jugement des mineurs.

Rapport de M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour le Sénat (n° 682, 2010-2011).

Texte de la commission (n° 683, 2010-2011).

2. Conclusions de la commission mixte paritaire sur la proposition de loi de libéralisation des ventes volontaires de meubles aux enchères publiques.

Rapport de M. Jean-Jacques Hyst, rapporteur pour le Sénat (n° 680, 2010-2011).

Texte de la commission (n° 681, 2010-2011).

3. Projet de loi fixant le nombre des conseillers territoriaux de chaque département et de chaque région (procédure accélérée) (n° 689, 2010-2011).

Rapport de M. Jean-Patrick Courtois, fait au nom de la commission des lois (n° 698, 2010-2011).

Texte de la commission (n° 697, 2010-2011).

Personne ne demande la parole?...

La séance est levée.

(La séance est levée à dix-sept heures quinze.)

Le Directeur du Compte rendu intégral

FRANÇOISE WIART

ABONNEMENTS

| NUMÉROS d'édition | TITRES | TARIF abonnement France (*) |
|----------------------|---|-----------------------------------|
| | | Euros |
| | DÉBATS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE | |
| 03 | Compte rendu 1 an | 181,60 |
| 33 | Questions 1 an | 133,80 |
| 83 | Table compte rendu 1 an | 36,70 |
| | DÉBATS DU SÉNAT | |
| 05 | Compte rendu 1 an | 162,70 |
| 35 | Questions 1 an | 95,40 |
| 85 | Table compte rendu 1 an | 32,50 |
| 95 | Table questions 1 an | 21,40 |
| | DOCUMENTS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE | |
| 07 | Série ordinaire 1 an | 1 223,60 |
| | DOCUMENTS DU SÉNAT | |
| 09 | Un an | 1 025,80 |

En cas de changement d'adresse, joindre une bande d'envoi à votre demande

Paiement à réception de facture

En cas de règlement par virement, indiquer obligatoirement le numéro de facture dans le libellé de votre virement.

Pour expédition par voie aérienne (outre-mer) ou pour l'étranger, paiement d'un supplément modulé selon la zone de destination

(*) Arrêté du 26 octobre 2010 publié au *Journal officiel* du 28 octobre 2010

Direction, rédaction et administration : 26, rue Desaix, 75727 Paris Cedex 15
Standard : **01-40-58-75-00** – Accueil commercial : **01-40-15-70-10** – Télécopie abonnement : **01-40-15-72-75**

Prix du numéro : 3,10 €