

SÉNAT

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

2^e SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2014-2015

COMPTE RENDU INTÉGRAL

Séance du vendredi 18 septembre 2015

(5^e jour de séance de la session)



www.senat.fr



SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE MME ISABELLE DEBRÉ

Secrétaire :
M. Jean-Pierre Leleux.

1. **Procès-verbal** (p. 8515)
2. **Renvoi pour avis unique** (p. 8515)
3. **Avis de l'assemblée délibérante d'une collectivité d'outre-mer sur une proposition de loi organique** (p. 8515)
4. **Modernisation de notre système de santé** – Suite de la discussion en procédure accélérée d'un projet de loi dans le texte de la commission (p. 8515)

Article 12 *ter* (*supprimé*) (p. 8515)

Amendements identiques n° 191 rectifié de M. Gilbert Barbier et 631 du Gouvernement. – Adoption des deux amendements rétablissant l'article.

Amendement n° 466 de Mme Catherine Génisson. – Retrait.

Amendement n° 79 rectifié *bis* de M. François Commeinhes. – Non soutenu.

Articles additionnels après l'article 12 *ter* (p. 8519)

Amendement n° 80 rectifié de M. François Commeinhes. – Non soutenu.

Amendement n° 13 rectifié de M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable. – Rejet.

Amendement n° 515 rectifié de Mme Dominique Gillot. – Retrait.

Article 12 *quater* A (*nouveau*) (p. 8525)

M. Jacques Cornano

M. Hervé Maurey

Amendements identiques n° 192 de M. Gilbert Barbier, 635 du Gouvernement et 907 de M. Cyril Pellevat. – Rejet, par scrutin public, des amendements n° 192 et 635, l'amendement n° 907 n'étant pas soutenu.

Amendement n° 14 de M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable. – Rejet par scrutin.

Amendement n° 1216 de la commission. – Adoption par scrutin public.

Amendement n° 323 rectifié *bis* de M. Daniel Chasseing. – Retrait.

Adoption, par scrutin public, de l'article modifié.

Article additionnel après l'article 12 *quater* A (p. 8533)

Amendement n° 909 de Mme Aline Archimbaud. – Retrait.

Article 12 *quater* (*supprimé*) (p. 8534)

Amendement n° 669 rectifié de Mme Joëlle Garriaud-Maylam. – Adoption de l'amendement rétablissant l'article.

Article 13 (p. 8535)

Mme Laurence Cohen

Mme Annie David

Amendement n° 1205 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 727 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 178 rectifié *bis* de M. Alain Vasselle. – Retrait.

Amendement n° 81 rectifié de M. François Commeinhes. – Retrait.

Amendement n° 1108 de Mme Aline Archimbaud. – Retrait.

Amendement n° 1104 de Mme Aline Archimbaud. – Adoption.

Amendement n° 44 rectifié de M. François Commeinhes. – Rejet.

Amendement n° 1133 rectifié de M. Michel Amiel. – Non soutenu.

Amendement n° 467 de Mme Catherine Génisson. – Retrait.

Amendement n° 82 rectifié de M. François Commeinhes. – Non soutenu.

Amendement n° 411 rectifié *bis* de M. Alain Houpert. – Retrait.

Amendement n° 625 rectifié de Mme Maryvonne Blondin. – Retrait.

Amendement n° 626 rectifié de Mme Maryvonne Blondin. – Retrait.

M. Dominique Watrin

Mme Laurence Cohen

Adoption, par scrutin public, de l'article modifié.

Suspension et reprise de la séance (p. 8546)

PRÉSIDENCE DE M. HERVÉ MARSEILLE

Article additionnel après l'article 13 (p. 8546)

Amendement n° 1105 de Mme Aline Archimbaud. – Retrait.

Article 13 *bis* – Adoption. (p. 8546)

Articles additionnels après l'article 13 *bis* (p. 8546)

Amendement n° 83 rectifié de M. François Commeinhes. – Retrait.

Amendement n° 84 rectifié de M. François Commeinhes. – Retrait.

Article 13 *ter* – Adoption. (p. 8546)

Article 13 *quater* (p. 8547)

Amendement n° 1134 rectifié de M. Michel Amiel. – Non soutenu.

Amendement n° 504 rectifié *ter* de Mme Evelyne Yonnet. – Rejet par scrutin public.

Amendement n° 85 rectifié de M. François Commeinhes. – Retrait.

Adoption de l'article.

Article 13 *quinquies* – Adoption. (p. 8549)

Article 14 (p. 8549)

Amendement n° 155 rectifié de M. Gilbert Barbier. – Retrait.

Amendement n° 181 rectifié *bis* de M. Alain Vasselle. – Non soutenu.

Amendement n° 257 rectifié *bis* de M. Rémy Pointereau. – Retrait.

Adoption de l'article.

Articles additionnels après l'article 14 (p. 8551)

Amendement n° 886 rectifié de M. Michel Amiel. – Non soutenu.

Amendement n° 777 rectifié de Mme Laurence Cohen. – Retrait.

Article additionnel avant l'article 15 (p. 8551)

Amendements identiques n° 728 de Mme Laurence Cohen, 884 rectifié de M. Michel Amiel et 918 de Mme Aline Archimbaud. – Retrait des amendements n° 728 et 918, l'amendement n° 884 rectifié n'étant pas soutenu.

Article 15 (p. 8552)

Amendement n° 632 du Gouvernement. – Rejet par scrutin public.

Amendement n° 194 rectifié de M. Gilbert Barbier. – Retrait.

Amendement n° 195 rectifié de M. Gilbert Barbier. – Retrait.

Adoption de l'article.

Article 16 (p. 8555)

Mme Dominique Gillot

Amendements identiques n° 729 de Mme Laurence Cohen et 1066 de Mme Aline Archimbaud. – Adoption des deux amendements.

Adoption de l'article modifié.

Article 16 *bis* (*supprimé*) (p. 8556)

Amendements identiques n° 4 rectifié *bis* de Mme Françoise Laborde, 641 du Gouvernement, 730 de Mme Laurence Cohen et 1112 de Mme Aline Archimbaud. – Adoption des quatre amendements rétablissant l'article.

Article 17 – Adoption. (p. 8559)

Article 17 *bis* A (p. 8560)

Amendement n° 75 rectifié de M. François Commeinhes. – Retrait.

Adoption de l'article.

Articles 17 *bis* B et 17 *bis* C – Adoption. (p. 8560)

Article 17 *bis* (*supprimé*) (p. 8561)

Amendements identiques n° 5 rectifié *quater* de Mme Françoise Laborde, 468 de Mme Catherine Génisson, 640 du Gouvernement, 731 de Mme Laurence Cohen, 860 rectifié *ter* de M. Jacques Mézard et 1113 de Mme Aline Archimbaud. – Adoption, par scrutin public, des amendements n° 5 rectifié *quater*, 468, 640, 731 et 1113 rétablissant l'article, l'amendement 860 rectifié *ter* n'étant pas soutenu.

Article additionnel après l'article 17 *bis* (p. 8566)

Amendement n° 7 rectifié de Mme Françoise Laborde. – Retrait.

Article 18 (*supprimé*) (p. 8567)

Amendement n° 469 de Mme Catherine Génisson. – Retrait.

Amendement n° 732 rectifié de Mme Laurence Cohen. – Retrait.

Amendement n° 910 de Mme Aline Archimbaud. – Retrait.

Amendement n° 1199 du Gouvernement. – Rejet par scrutin public.

L'article demeure supprimé.

Demande de réserve (p. 8578)

Demande de réserve de l'article 21 *bis* et des amendements portant articles additionnels après l'article 21 *bis*. – Mme Marisol Touraine, ministre ; M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales ; M. le président. – La réserve est ordonnée.

Suspension et reprise de la séance (p. 8578)

5. **Mise au point au sujet d'un vote** (p. 8578)
6. **Modernisation de notre système de santé** – Suite de la discussion en procédure accélérée d'un projet de loi dans le texte de la commission (p. 8578)

Article 18 *bis* (*supprimé*) (p. 8579)

Amendement n° 1129 rectifié de M. Jacques Cornano. – Adoption de l'amendement rétablissant l'article.

Articles additionnels après l'article 18 *bis* (p. 8580)

Amendement n° 913 de Mme Aline Archimbaud. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 911 rectifié de Mme Aline Archimbaud. – Retrait.

Amendement n° 912 de Mme Aline Archimbaud. – Retrait.

Amendement n° 917 de Mme Aline Archimbaud. – Retrait.

Amendement n° 915 de Mme Aline Archimbaud. – Retrait.

Amendement n° 916 de Mme Aline Archimbaud. – Retrait.

Article 18 *ter* (*nouveau*) (p. 8585)

Amendement n° 1215 du Gouvernement. – Adoption de l'amendement supprimant l'article.

Article 19 (p. 8585)

Mme Laurence Cohen

Amendement n° 920 de Mme Aline Archimbaud. – Retrait.

Amendements identiques n° 196 rectifié de M. Gilbert Barbier et 470 de Mme Catherine Génisson. – Rejet des deux amendements.

Amendement n° 1208 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 514 rectifié de Mme Dominique Gillot. – Rejet.

Amendement n° 735 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 875 rectifié de M. Michel Amiel. – Rejet.

Amendement n° 921 de Mme Aline Archimbaud. – Rejet.

Amendement n° 923 de Mme Aline Archimbaud. – Rejet.

Amendement n° 922 de Mme Aline Archimbaud. – Rejet.

Amendement n° 752 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 197 rectifié de M. Gilbert Barbier. – Rejet.

Amendement n° 198 rectifié de M. Gilbert Barbier. – Rejet.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 19 (p. 8591)

Amendements identiques n° 168 rectifié *quinquies* de M. Alain Vasselle, 170 de M. Roland Courteau, 741 de Mme Laurence Cohen et 1088 de Mme Aline Archimbaud. – Rejet des amendements n° 168 rectifié *quinquies*, 741 et 1088, l'amendement n° 170 n'étant pas soutenu.

Amendement n° 840 de Mme Esther Benbassa. – Retrait.

Amendement n° 1089 de Mme Aline Archimbaud. – Retrait.

Article 20 (p. 8593)

M. Maurice Antiste

Adoption de l'article.

Articles additionnels après l'article 20 (p. 8594)

Amendement n° 489 rectifié de M. Hervé Marseille. – Non soutenu.

Amendements identiques n° 406 de M. Philippe Adnot et 661 de M. Alain Vasselle. – Non soutenus.

Amendements identiques n° 342 rectifié de M. Gérard Cornu et 354 rectifié de M. Olivier Cigolotti. – Adoption de l'amendement n° 342 rectifié insérant un article additionnel, l'amendement n° 354 rectifié n'étant pas soutenu.

Amendement n° 254 rectifié de M. Gérard Cornu. – Devenu sans objet.

Amendement n° 333 rectifié de M. Maurice Antiste. – Retrait.

Article 20 *bis* (*supprimé*) (p. 8596)

Amendement n° 739 de Mme Laurence Cohen. – Retrait.

Amendement n° 744 de Mme Laurence Cohen. – Retrait.

L'article demeure supprimé.

Articles additionnels après l'article 20 *bis* (p. 8597)

Amendement n° 301 rectifié *bis* de Mme Françoise Laborde. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 747 de Mme Laurence Cohen. – Retrait.

Amendement n° 1132 rectifié de M. Alain Bertrand. – Non soutenu.

Article 21 (p. 8599)

Amendement n° 836 de Mme Corinne Bouchoux. – Retrait.

Amendement n° 199 rectifié de M. Gilbert Barbier. – Non soutenu.

Amendement n° 748 de Mme Laurence Cohen. – Retrait.

Amendements identiques n°s 45 rectifié de M. François Commeinhes et 158 rectifié de M. Gilbert Barbier. – Retrait de l'amendement n° 45 rectifié, l'amendement n° 158 rectifié n'étant pas soutenu.

Amendement n° 324 rectifié de M. Daniel Chasseing. – Retrait.

Amendement n° 105 rectifié de M. François Commeinhes. – Retrait.

Amendements identiques n°s 782 de Mme Laurence Cohen et 998 de Mme Aline Archimbaud. – Retrait des deux amendements.

Amendement n° 533 de Mme Catherine Génisson. – Retrait.

Adoption de l'article.

Articles additionnels après l'article 21 (p. 8602)

Amendements identiques n°s 403 rectifié de M. Philippe Adnot et 653 rectifié de M. Alain Vasselle. – Non soutenus.

Amendements identiques n°s 404 rectifié de M. Philippe Adnot et 654 rectifié de M. Alain Vasselle. – Non soutenus.

Article 21 *bis* et article additionnel après l'article 21 *bis* (*réservés*) (p. 8602)

Suspension et reprise de la séance (p. 8602)

PRÉSIDENCE DE M. JEAN-PIERRE CAFFET

Article 21 *ter* (p. 8602)

Amendement n° 551 de Mme Catherine Génisson. – Retrait.

Adoption de l'article.

Article 21 *quater* (p. 8603)

Amendement n° 86 rectifié de M. François Commeinhes. – Non soutenu.

Amendement n° 87 rectifié *bis* de M. François Commeinhes. – Non soutenu.

Adoption de l'article.

Article additionnel après l'article 21 *quater* (p. 8604)

Amendement n° 1107 de Mme Aline Archimbaud. – Rejet.

Article 22 (p. 8604)

Amendement n° 258 rectifié de M. Rémy Pointereau. – Non soutenu.

Amendement n° 200 rectifié de M. Gilbert Barbier. – Retrait.

Amendement n° 104 rectifié de M. François Commeinhes. – Non soutenu.

Adoption de l'article.

Articles additionnels après l'article 22 (p. 8605)

Amendement n° 560 de Mme Marie-Christine Blandin. – Rejet.

Amendement n° 561 de Mme Marie-Christine Blandin. – Rejet.

Article 22 *bis* (*supprimé*) (p. 8606)

Amendement n° 471 de Mme Catherine Génisson. – Adoption de l'amendement rétablissant l'article.

Article 23 (*supprimé*) (p. 8607)

Amendement n° 633 du Gouvernement. – Adoption de l'amendement rétablissant l'article.

Article 23 *bis* (*supprimé*) (p. 8607)

Article 24 (p. 8607)

Amendement n° 677 de M. Georges Labazée. – Retrait.

Amendement n° 678 rectifié de M. Georges Labazée. – Retrait.

Amendements identiques n°s 119 rectifié de M. François Commeinhes et 179 rectifié *ter* de M. Alain Vasselle. – Non soutenus.

Amendement n° 668 rectifié de Mme Joëlle Garriaud-Maylam. – Non soutenu.

Amendement n° 25 rectifié *bis* de Mme Élisabeth Lamure. – Non soutenu.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe

M. Alain Milon, corapporteur

Adoption de l'article.

Article 25 (p. 8609)

Amendement n° 337 rectifié de M. Daniel Chasseing. – Non soutenu.

Amendement n° 673 rectifié *bis* de M. Pierre Médevielle. – Non soutenu.

Amendements identiques n°s 37 rectifié de Mme Patricia Morhet-Richaud et 1067 de Mme Aline Archimbaud. – Adoption de l'amendement n° 1067, l'amendement n° 37 rectifié n'étant pas soutenu.

Amendement n° 88 rectifié de M. François Commeinhes. – Non soutenu.

Amendement n° 89 rectifié de M. François Commeinhes. – Non soutenu.

Amendement n° 76 rectifié de M. François Commeinhes. – Non soutenu.

Amendement n° 90 rectifié de M. François Commeinhes. – Non soutenu.

Amendement n° 749 de Mme Laurence Cohen. – Retrait.
 Amendement n° 546 de Mme Catherine Génisson. – Adoption.
 Amendement n° 750 de Mme Laurence Cohen. – Retrait.
 Amendement n° 751 de Mme Laurence Cohen. – Retrait.
 Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 25 (p. 8614)

Amendement n° 670 rectifié de Mme Joëlle Garriaud-Maylam. – Non soutenu.

Amendement n° 880 rectifié de M. Michel Amiel. – Non soutenu.

Article 25 *bis* (nouveau) – Adoption. (p. 8614)

Articles additionnels après l'article 25 *bis*

Amendement n° 370 rectifié de M. Olivier Cigolotti. – Non soutenu.

Amendement n° 841 de Mme Esther Benbassa. – Rejet.

Article 26 A (*supprimé*) (p. 8614)

Amendement n° 426 rectifié *quater* de M. Franck Montaugé et sous-amendement n° 1218 du Gouvernement. – Adoption du sous-amendement et de l'amendement modifié rétablissant l'article.

Article 26 (p. 8615)

M. Maurice Antiste

M. Yves Daudigny

M. Alain Milon, corapporteur

Amendements identiques n° 246 rectifié *bis* de M. Alain Houpert et 278 de M. Gilbert Barbier. – Non soutenus.

Amendement n° 642 du Gouvernement. – Rejet par scrutin public.

Amendement n° 472 de Mme Catherine Génisson. – Rejet par scrutin public.

Amendement n° 753 de Mme Laurence Cohen. – Rejet par scrutin public.

Amendement n° 49 rectifié de M. François Commines. – Non soutenu.

Amendement n° 48 rectifié de M. François Commines. – Non soutenu.

Amendement n° 260 rectifié de M. Rémy Pointereau. – Non soutenu.

Amendement n° 47 rectifié de M. François Commines. – Non soutenu.

Amendement n° 682 de M. Georges Labazée. – Retrait.

Amendement n° 755 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 358 rectifié *bis* de M. Daniel Chasseing. – Non soutenu.

Amendement n° 52 rectifié de M. François Commines. – Non soutenu.

Amendement n° 756 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

7. Mise au point au sujet d'un vote (p. 8622)

8. Modernisation de notre système de santé – Suite de la discussion en procédure accélérée d'un projet de loi dans le texte de la commission (p. 8622)

Article 26 (*suite*) (p. 8622)

Amendement n° 259 rectifié de M. Rémy Pointereau. – Non soutenu.

Amendement n° 829 rectifié *bis* de M. Georges Patient. – Retrait.

Amendement n° 919 de Mme Aline Archimbaud. – Rejet.

Amendement n° 353 rectifié *bis* de M. Daniel Chasseing. – Non soutenu.

Amendements identiques n° 159 de M. Gilbert Barbier, 427 de M. Alain Vasselle et 557 rectifié de M. Daniel Chasseing. – Non soutenus.

Amendement n° 1175 de M. Alain Vasselle. – Non soutenu.

Amendements identiques n° 50 rectifié de M. François Commines et 160 rectifié de M. Gilbert Barbier. – Retrait de l'amendement n° 160 rectifié, l'amendement n° 50 rectifié n'étant pas soutenu.

Amendement n° 46 rectifié de M. François Commines. – Non soutenu.

Adoption, par scrutin public, de l'article.

Articles additionnels après l'article 26 (p. 8624)

Amendement n° 1000 de Mme Aline Archimbaud. – Rejet.

Amendement n° 1001 de Mme Aline Archimbaud. – Rejet.

Amendement n° 1002 de Mme Aline Archimbaud. – Rejet.

Amendement n° 53 rectifié de M. François Commines. – Non soutenu.

Amendement n° 932 de Mme Aline Archimbaud. – Rejet.

Amendement n° 999 de Mme Aline Archimbaud. – Rejet.

Article 26 *bis* A (p. 8626)

Amendement n° 1210 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 26 *bis* B (*supprimé*) (p. 8627)

Amendements identiques n° 617 de M. Yves Daudigny et 1106 de Mme Aline Archimbaud. – Adoption des deux amendements rétablissant l'article.

Amendement n° 757 de Mme Laurence Cohen. – Devenu sans objet.

Article 26 *bis* C (p. 8629)

Mme Laurence Cohen

Adoption de l'article.

Article 26 *bis* (*supprimé*) (p. 8629)

Amendements identiques n° 527 de Mme Catherine Génisson et 758 de Mme Laurence Cohen. – Adoption des deux amendements rétablissant l'article.

Article 26 *ter* A (*supprimé*) (p. 8630)

Amendements identiques n° 473 de Mme Catherine Génisson et 759 de Mme Laurence Cohen. – Adoption des deux amendements rétablissant l'article.

Article 26 *ter* B (p. 8631)

Amendement n° 1213 de la commission. – Rejet.

Adoption de l'article.

Article 26 *ter* (*supprimé*) (p. 8632)

Article 27 (p. 8632)

Mme Laurence Cohen

Amendement n° 760 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 1136 rectifié de M. Michel Amiel. – Retrait.

Amendement n° 474 de Mme Catherine Génisson. – Retrait.

Amendement n° 310 rectifié *bis* de M. Christian Cambon. – Non soutenu.

Amendement n° 671 de Mme Marie-Françoise Perol-Dumont. – Non soutenu.

Amendement n° 761 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 1140 de M. Cyril Pellevat. – Non soutenu.

Amendement n° 428 de M. Alain Vasselle. – Non soutenu.

Amendement n° 55 rectifié de M. François Commeinhes. – Non soutenu.

Amendement n° 545 de Mme Catherine Génisson. – Adoption.

Amendement n° 369 rectifié *bis* de M. Daniel Chasseing. – Non soutenu.

Amendement n° 548 de Mme Catherine Génisson. – Adoption.

Amendement n° 565 de M. Gérard Roche. – Retrait.

Amendement n° 56 rectifié de M. François Commeinhes. – Non soutenu.

Amendement n° 287 rectifié de M. Louis-Jean de Nicolaj. – Non soutenu.

Amendement n° 1217 du Gouvernement. – Adoption.

Amendement n° 762 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 1211 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 801 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 286 rectifié de M. Louis-Jean de Nicolaj. – Non soutenu.

Amendement n° 804 rectifié de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 1212 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 547 de Mme Catherine Génisson. – Adoption.

Amendement n° 423 rectifié de M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – Retrait.

Adoption de l'article modifié.

Article additionnel après l'article 27 (p. 8643)

Amendement n° 553 rectifié *bis* de Mme Corinne Imbert. – Non soutenu.

Article 27 *bis* (p. 8643)

Amendement n° 763 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Adoption de l'article.

Article 27 *ter* (p. 8643)

Amendements identiques n° 57 rectifié de M. François Commeinhes, 161 rectifié de M. Gilbert Barbier et 429 rectifié de M. Alain Vasselle. – Non soutenu.

Adoption de l'article.

Article 27 *quater* – Adoption. (p. 8643)

Article 27 *quinquies* (p. 8644)

Amendement n° 451 de M. Alain Vasselle. – Non soutenu.

Amendement n° 452 de M. Alain Vasselle. – Non soutenu.

Adoption de l'article.

Article 27 *sexies* (p. 8644)

Mme Laurence Cohen

Amendement n° 274 rectifié de M. Gilbert Barbier. – Retrait.

Amendement n° 1195 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 27 *septies* (*nouveau*) – Adoption. (p. 8645)

Renvoi de la suite de la discussion.

9. **Dépôt d'un document** (p. 8645)

| 10. **Ordre du jour** (p. 8645)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTENCE DE MME ISABELLE DEBRÉ

vice-présidente

Secrétaire :
M. Jean-Pierre Leleux.

Mme la présidente. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à neuf heures trente.)

1

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.

2

RENOI POUR AVIS UNIQUE

Mme la présidente. J'informe le Sénat que le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, autorisant l'approbation de l'accord sous forme d'échange de lettres entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la Fédération de Russie sur le règlement des obligations complémentaires liées à la cessation de l'accord du 25 janvier 2011 relatif à la coopération dans le domaine de la construction de bâtiments de projection et de commandement (n° 695, 2014-2015), dont la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées est saisie au fond, est envoyée pour avis, à sa demande, à la commission des finances.

3

AVIS DE L'ASSEMBLÉE DÉLIBÉRANTE D'UNE COLLECTIVITÉ D'OUTRE-MER SUR UNE PROPOSITION DE LOI ORGANIQUE

Mme la présidente. En application de l'article 74 de la Constitution, M. le président du Sénat a reçu de M. le président de l'Assemblée territoriale des îles Wallis et Futuna, par courrier en date du 17 septembre 2015, l'avis de la commission permanente de l'Assemblée territoriale, en date du 10 septembre 2015, sur la proposition de loi organique n° 572 (2014-2015) portant dématérialisation du *Journal officiel de la République française*.

Acte est donné de cette communication.

4

MODERNISATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

Suite de la discussion en procédure accélérée d'un projet de loi dans le texte de la commission

Mme la présidente. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé (projet n° 406, texte de la commission n° 654, rapport n° 653 [tomes I et II], avis n° 627 et 628).

Nous poursuivons la discussion du texte de la commission.

TITRE II (*SUITE*)

FACILITER AU QUOTIDIEN LES PARCOURS DE SANTÉ

Chapitre I^{er} (*suite*)

PROMOUVOIR LES SOINS PRIMAIRES ET FAVORISER LA STRUCTURATION DES PARCOURS DE SANTÉ

Mme la présidente. Dans la discussion des articles, nous en sommes parvenus, au sein du chapitre I^{er} du titre II, à l'article 12 *ter*.

Article 12 *ter* (*Supprimé*)

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

Les deux premiers amendements sont identiques.

L'amendement n° 191 rectifié est présenté par MM. Barbier, Mézard et Guérini, Mme Malherbe et MM. Requier, Arnell, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin et Vall.

L'amendement n° 631 est présenté par le Gouvernement.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Le chapitre IV du titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique, tel qu'il résulte de l'article 38 de la présente loi, est complété par une section 5 ainsi rédigée :

« Section 5

« Pacte territoire-santé

« Art. L. 1434-13. - Le pacte territoire-santé a pour objet d'améliorer l'accès aux soins de proximité, en tout point du territoire.

« Ce pacte comporte des dispositions visant notamment à :

« 1° Promouvoir la formation et l'installation des professionnels de santé et des centres de santé en fonction des besoins des territoires ;

« 2° Accompagner l'évolution des conditions d'exercice des professionnels de santé, notamment dans le cadre des équipes de soins primaires mentionnées à l'article L. 1411-11-1 et des communautés professionnelles mentionnées à l'article L. 1434-11.

« Le pacte peut prévoir des actions spécifiquement destinées aux territoires particulièrement isolés et aux quartiers prioritaires de la politique de la ville, et des dispositions particulières pour les collectivités d'outre-mer.

« Ce pacte est arrêté par le ministre chargé de la santé. Les agences régionales de santé le mettent en œuvre après concertation avec les acteurs concernés et associent les conseils territoriaux de santé mentionnés à l'article L. 1434-9.

« Un comité national est chargé d'élaborer et d'assurer le suivi de la mise en œuvre de ce pacte et d'établir un bilan annuel des actions engagées. Il est composé, notamment, de représentants de professionnels de santé et d'élus, selon des modalités définies par décret. »

La parole est à M. Gilbert Barbier, pour présenter l'amendement n° 191 rectifié.

M. Gilbert Barbier. Madame la présidente, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, je souhaite le rétablissement de l'article 12 *ter*, supprimé par la commission.

En effet, ce texte reprend nombre d'éléments déjà présents dans la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST. Il n'est donc pas contradictoire avec ce que nous avons voté voilà quelques années.

Certes, je comprends bien qu'un certain nombre de ces mesures puissent être considérées comme relevant du règlement. Je pense néanmoins qu'une affirmation positive dans la loi permettrait de bien préciser les choses.

Ce texte prend à mes yeux un engagement, et on ne peut que soutenir cette volonté de traiter le problème de la désertification médicale.

Si l'énumération de mesures pourrait être considérée comme limitative, le terme « notamment » permet cependant d'indiquer que rien n'est exclu. Je pense en effet qu'un certain nombre de mesures supplémentaires, qui ont été longuement évoquées hier soir, pourraient permettre de lutter contre la désertification médicale que l'on constate notamment dans les territoires ruraux, mais aussi dans des zones urbaines.

Une mesure essentielle serait la revalorisation de l'acte médical. L'ouverture du *numerus clausus* est peut-être également nécessaire : compte tenu des nouvelles formes d'exercice de la médecine, le nombre de médecins doit pouvoir augmenter.

On peut enfin suggérer l'ouverture d'un plus grand nombre de postes d'internes de spécialités. On parle en effet beaucoup de la désertification des médecins généralistes en milieu rural, mais la désertification des médecins spécialistes est encore bien autre chose. L'ouverture d'un certain nombre de postes d'internes en ophtalmologie, cardiologie ou autres spécialités permettrait à plus d'internes de choisir ces disciplines.

Mme la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'État, pour présenter l'amendement n° 631.

Mme Laurence Rossignol, secrétaire d'État auprès de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, chargée de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et de l'autonomie. Madame la présidente, mesdames, messieurs les sénateurs, l'augmentation du *numerus clausus* ne répond pas aujourd'hui à l'enjeu des déserts médicaux, sachant que le nombre de nouveaux médecins formés va continuer à augmenter dans les prochaines années, fruit de l'augmentation du *numerus clausus* depuis 2003, lequel est déjà passé de 3 700 à 8 001.

La vraie question n'est pas le nombre des médecins, mais le lieu de leur installation, et donc leur répartition sur le territoire. Il y a aujourd'hui dans notre pays plus de médecins qu'il y a vingt ans, mais deux fois plus de médecins dans le département des Hautes-Alpes que dans le département de l'Eure.

M. Hervé Maurey. Très juste !

Mme Laurence Rossignol, secrétaire d'État. Vous voyez, monsieur Maurey, que nous suivons avec intérêt les problèmes de démographie médicale de votre département !

Les disparités infradépartementales peuvent être plus élevées encore.

Il faut donc mettre en place des solutions qui contribuent à rééquilibrer l'implantation des médecins sur tout le territoire. Telle est la logique même du pacte territoire-santé, avec une démarche pragmatique et la mise en place d'outils opérationnels.

Les résultats commencent à porter leurs fruits. Dans plusieurs départements ayant une faible densité médicale, le nombre de médecins généralistes a augmenté par rapport à 2011. C'est le cas, par exemple, de l'Aube, de la Meuse ou de l'Orne.

Pour aller plus loin, le Gouvernement a annoncé le 14 septembre, à l'issue du deuxième comité interministériel aux ruralités, la révision à la hausse des objectifs de création des maisons de santé, de signature de contrats d'engagement des services publics, ou CESP, et de formation de médecins correspondants du SAMU, les MCS. D'ici à 2017, 1 700 CESP permettront aux étudiants d'aujourd'hui de remplacer les départs à la retraite de demain. Un maillage des maisons de santé sur tous les territoires ruraux sera lancé, avec pour objectif le fonctionnement de 1 000 maisons ou pôles de santé en 2017. Enfin, la formation et la mobilisation de 700 médecins correspondants du SAMU seront engagées ; on prendra en compte tous les médecins volontaires ou formés, notamment en développant les recours à des médecins sapeurs-pompiers et à des médecins militaires.

Pour poursuivre ces engagements, il est donc nécessaire de rétablir l'article 12 *ter* dans la loi. On pourra ainsi amplifier et pérenniser les résultats du pacte territoire santé.

Mme la présidente. L'amendement n° 466, présenté par Mme Génisson, M. Daudigny, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Campion et Claireaux, M. Durain, Mmes Emery-Dumas et Féret, MM. Godefroy, Jeansannetas et Labazée, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mmes Yonnet, Ghali, Monier et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Le chapitre IV du titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique, dans sa rédaction issue de l'article 38 de la présente loi, est complété par une section 5 ainsi rédigée :

« Section 5

« Pacte national de lutte contre les déserts médicaux

« *Art. L. 1434-13.* Le pacte national de lutte contre les déserts médicaux a pour objet d'améliorer l'accès aux soins de proximité, en tout point du territoire.

« Ce pacte comporte des dispositions visant notamment à :

« 1° promouvoir la formation et l'installation des professionnels de santé en fonction des besoins des territoires ;

« 2° accompagner l'évolution des conditions d'exercice des professionnels de santé notamment dans le cadre des équipes de soins primaires mentionnées à l'article L. 1411-11-1 et des communautés professionnelles mentionnées à l'article L. 1434-11.

« Le pacte peut prévoir des actions spécifiquement destinées aux territoires particulièrement isolés.

« Ce pacte est arrêté par le ministre chargé de la santé. Les agences régionales de santé le mettent en œuvre après concertation avec les acteurs concernés et associent les conseils territoriaux de santé mentionnés à l'article L. 1434-9.

« Un comité national est chargé d'assurer le suivi de la mise en œuvre de ce pacte et d'établir un bilan annuel des actions engagées. Il est composé, notamment, de représentants de professionnels de santé et d'élus selon des modalités définies par décret. ».

La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Nous avons très largement débattu hier soir de cet article, que nous souhaitons rétablir dans la formulation adoptée par l'Assemblée nationale.

Au-delà de ce qui a été indiqué hier et de ce que vient de dire Mme la secrétaire d'État, je voudrais rappeler un fait positif.

La nouvelle génération de jeunes médecins installés et d'internes a beaucoup d'exigences quant à l'exercice de leur profession, mais elle est aussi extrêmement ouverte à l'innovation, à l'expérimentation et aux coopérations. Nous devons à mon sens ne pas négliger cette ouverture d'esprit. Les jeunes médecins et les internes en fin de cursus médical que nous avons rencontrés lors de nos auditions nous ont en effet montré leur appétence à exercer leur métier autrement que selon les archétypes, certes très louables, que nous avons connus des années durant.

Je voudrais aussi insister sur les conclusions du rapporteur pour avis de la commission du développement durable au sujet de la réforme des études médicales, même si cela ne relève pas spécifiquement de cet article. Il est important, au sein de l'enseignement de la médecine, de donner ses lettres de noblesse à la médecine générale. Nous avons été beaucoup à le dire, mais ceci est une réalité : quand les étudiants en médecine sont intégrés à des cabinets de médecins généralistes, que ce soit à la ville ou à la campagne, ils côtoient leurs pairs selon le principe du compagnonnage. Cette forme d'apprentissage de la médecine est tout de même fondamentale et donne le goût de la médecine générale.

Mme la présidente. L'amendement n° 79 rectifié *bis*, présenté par MM. Comminhes et Houel, Mme Hummel, M. Charon et Mme Mélot, n'est pas soutenu.

Quel est l'avis de la commission sur les amendements n°s 191 rectifié, 631 et 466 ?

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales, corapporteur. Madame la présidente, mes chers collègues, permettez-moi tout d'abord, avant de répondre, de saluer la nomination de M. Jean-Jacques Hyst au Conseil constitutionnel et de vous rappeler que M. Hyst n'est pas partisan des lois bavardes. Une fois au Conseil constitutionnel, il sera ravi de faire enfin du droit plutôt que de la communication.

S'agissant des amendements identiques n°s 191 rectifié et 631, j'indique que le pacte territoire-santé annoncé en 2012 par Mme la ministre de la santé est déjà mis en œuvre depuis deux ans par voie réglementaire sans qu'aucun texte législatif ait été jusqu'à présent nécessaire.

Au demeurant, je rappellerai que l'article 12 *ter* ne figurait pas dans la version gouvernementale de ce projet de loi, mais a été ajouté par l'Assemblée nationale. Ce texte n'institue aucun dispositif de portée législative de nature à mettre en œuvre les orientations qu'il énonce.

Par ailleurs, je ne peux cacher ma perplexité à la lecture de cet article : à titre personnel, je peine à en deviner le contenu concret. En quoi ces dispositions purement programmatiques sont-elles normatives ? Est-il véritablement nécessaire d'encombrer la loi de mesures aussi floues ? Cette inscription dans la loi nous paraît donc relever, au mieux d'une inutile volonté de pérenniser un dispositif de nature réglementaire, au pire d'une simple volonté d'affichage, incompatible avec l'ambition qui devrait être celle d'une véritable loi de santé.

Cela dit, la commission des affaires sociales a émis un avis défavorable sur ces deux amendements, mais je ne m'insurgerai pas si le Sénat vote le rétablissement de l'article 12 *ter*. C'est pour moi purement normatif.

S'agissant de l'amendement n° 466, l'avis de la commission des affaires sociales est le même.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 466 ?

Mme Laurence Rossignol, secrétaire d'État. Cet amendement vise à rétablir l'article 12 *ter* dans une version légèrement modifiée par rapport à celle qui a été adoptée par l'Assemblée nationale. Compte tenu de cette divergence, et de l'amendement du Gouvernement n° 63, qui est, lui, fidèle à l'intention qui a présidé à notre rédaction du projet de loi, l'avis du Gouvernement sur cet amendement est défavorable.

L'article 12 *ter* vise à faire de la lutte contre les inégalités territoriales d'accès aux soins un enjeu des politiques de santé ; il est donc important de rétablir cet article.

Par ailleurs, j'entends bien, monsieur Milon, vos remarques sur la loi parfois bavarde, qui empiéterait sur le domaine du règlement. Il n'est pas rare néanmoins que le Parlement lui-même souhaite faire entrer dans la loi des affirmations qui lui paraissent symboliquement importantes et qui servent aussi de lois de programmation. C'est pourquoi il arrive que la loi soit bavarde du fait tant du Gouvernement que du Sénat...

Mme Annie David. C'est vrai !

Mme la présidente. La parole est à M. Hervé Maurey, pour explication de vote.

M. Hervé Maurey. Je rejoins tout à fait les propos de M. Milon au sujet des amendements n^{os} 191 rectifié et 631. Quel est l'intérêt d'inscrire dans la loi un dispositif qui a été présenté voilà bientôt trois ans et qui a commencé à se mettre en place ? On a vraiment le sentiment que, en faisant cela, le Gouvernement veut donner l'impression qu'il prend des mesures contre la désertification médicale, alors même que Mme la secrétaire d'État a eu l'honnêteté de reconnaître que la situation en la matière va de mal en pis.

Hier soir, Mme la ministre nous expliquait qu'inscrire ce pacte dans la loi permettrait d'assurer le suivi du dispositif. Mais enfin, une telle inscription n'est pas nécessaire – du moins je l'espère – pour que l'on puisse suivre la mise en œuvre du dispositif !

Je rappelle que, en 2012, Marisol Touraine s'était engagée à dresser régulièrement le bilan de la mise en œuvre du pacte territoire-santé. Si elle l'a fait en 2014, elle ne l'a plus fait depuis. Or ce dispositif doit entrer en vigueur entre 2015 et 2017. J'ai récemment posé à ce sujet une question orale, à laquelle Mme Laurence Rossignol a d'ailleurs répondu, en vue de demander un bilan précis.

Tout cela n'a pas vraiment d'intérêt. Ce qui importe – Mme la secrétaire d'État l'a reconnu –, c'est que la situation en matière de démographie médicale s'aggrave, ainsi que le confirme *l'Atlas de la démographie médicale*. En termes d'installation, on relève des écarts de un à huit pour les médecins spécialistes et de un à quatre pour les médecins généralistes. Nous savons que la situation va empirer.

La réalité – nous aurons l'occasion d'en reparler tout à l'heure –, c'est que l'incitatif, s'il est nécessaire, ne suffit pas. De nombreux rapports parlementaires le montrent depuis plus de dix ans et la Cour des comptes le rappelle régulièrement : « les mesures incitatives ont bénéficié essentiellement aux professionnels déjà installés et l'impact sur les nouvelles installations dans les zones sous-dotées a été marginal, voire nul pour les médecins », a-t-elle ainsi relevé le 15 septembre dernier.

Sans nier l'utilité des mesures incitatives, il est temps de se rendre compte que c'est insuffisant. En matière de démographie médicale, il faut une politique ambitieuse, qui marche sur deux jambes : l'incitation et la régulation.

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Génisson, pour explication de vote.

Mme Catherine Génisson. Je retire l'amendement n^o 466, qui est quasi identique à celui du Gouvernement.

Je le dirai sous forme de boutade : nous ne sommes pas dans la cour de récréation ! Il n'est pas question de renier les mesures positives qui ont été prises par le passé, d'autant que, comme nous l'avons souligné hier, certaines d'entre elles n'ont pas un effet immédiat. Il faut toutefois noter que toutes les mesures prises dans le cadre de la loi HPST – les maisons de santé, l'accompagnement de l'installation des jeunes médecins, etc. – commencent à avoir des résultats. Mme la secrétaire d'État vient en outre de rappeler un certain nombre de nouvelles dispositions prises par le Gouvernement, en particulier sur la prise en charge de l'urgence et la permanence des soins.

L'argumentation du président de la commission des affaires sociales, corapporteur, selon laquelle cette mesure relèverait du domaine réglementaire, m'étonne quelque peu. On peut sans doute reprocher au Gouvernement de reprendre des dispositions qui existent déjà, mais pourquoi ces dernières, qui étaient législatives dans la loi HPST, deviendraient-elles réglementaires à partir du moment où c'est nous qui les présentons ? J'avoue ne pas très bien comprendre le raisonnement... (*Sourires.*)

M. Alain Milon, corapporteur. Je ne répondrai pas ! C'est de la provocation ! (*Nouveaux sourires.*)

Mme la présidente. L'amendement n^o 466 est retiré.

La parole est à Mme Aline Archimbaud, pour explication de vote sur les amendements identiques n^{os} 191 rectifié et 631.

Mme Aline Archimbaud. En matière de démographie médicale et de difficultés d'accès aux soins de proximité, la situation dans un certain nombre de territoires est suffisamment grave pour que le Parlement prenne clairement position. Hervé Maurey l'a fait remarquer avec justesse : l'incitatif ne suffit pas, mais il en faut.

Il est donc bon que le Parlement vote que le pacte territoire-santé est nécessaire, même si ce dernier n'est pas suffisant. Les lois sont bavardes quand elles abordent des questions très pratiques et opérationnelles, mais le problème de la désertification médicale est tellement grave qu'il est impératif que nous, parlementaires, fixions le cap ou le confortions. Je ne vois pas en quoi cela s'oppose à d'autres mesures à prendre par ailleurs.

Si, sur des sujets aussi importants, qui concernent la vie quotidienne de millions de nos concitoyens dans pratiquement toutes les régions, et pas seulement dans les régions rurales – en tant qu'élue de la Seine-Saint-Denis, je puis attester que cela existe aussi dans un certain nombre de zones urbaines –, la loi ne fixe pas le cap, à quoi sert-elle ?

La notion de loi bavarde est donc sujette à interprétation, mais nous pourrions nous entendre sur le fait que, dans des domaines qui touchent gravement et massivement nos concitoyens, les parlementaires que nous sommes doivent donner le cap.

Mme la présidente. La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote.

M. Alain Vasselle. Je soutiendrai la position de la commission. Néanmoins, il serait à mon avis souhaitable que, à l'occasion de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, le Gouvernement fasse un point sur les initiatives qu'il entend prendre dans le cadre du conventionnement avec la Caisse nationale d'assurance maladie afin d'apporter une véritable réponse au désert médical dont souffrent de nombreuses régions françaises.

Les débats l'ont montré, contrairement à ce que l'on peut penser, le problème des déserts médicaux ne concerne pas uniquement les zones rurales dévitalisées; il se pose également dans des quartiers sensibles de grandes villes, voire aux portes de Paris.

Mme Aline Archimbaud. Dans Paris!

M. Alain Vasselle. C'est un problème important qu'il faut régler aussi rapidement que possible.

Je suis bien conscient que la loi n'a pas à s'encombrer de telles dispositions, mais la représentation nationale doit engager un véritable dialogue avec le Gouvernement pour savoir dans quelle direction celui-ci a l'intention d'aller.

Mme Catherine Deroche, corapporteur de la commission des affaires sociales. Très bien!

Mme la présidente. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. Comment le groupe CRC pourrait-il être en désaccord avec des mesures qui visent à améliorer l'accès aux soins pour tous, à changer la formation, à faciliter l'installation des jeunes médecins, à transformer les conditions d'exercice et à investir dans les territoires isolés? Bien sûr, nous ne pouvons qu'être favorables à des dispositions qui permettent d'améliorer la situation et apporter notre soutien au Gouvernement.

Toutefois, une difficulté demeure, à savoir le rôle des agences régionales de santé, qui sont dirigées par ce que l'on a appelé des « supers préfets ». Ceux-ci ont tous les pouvoirs, mais restent en position de contrôle et sont notamment missionnés pour mettre en œuvre des restrictions budgétaires entrant en conflit avec les ambitions affichées. À chaque fois que l'on pointe la façon dont sont organisées les missions des ARS ou l'absence de contre-pouvoir, on nous rétorque que la démocratie sanitaire et sociale s'exerce. Si cette dernière existe certes en théorie, elle n'apparaît pas dans les actes, sur le terrain, ainsi que nous l'indiquent les acteurs de la politique de santé, c'est-à-dire les professionnels du secteur médical ou paramédical.

C'est un vrai problème. Les discours qui visent à confier les soins de proximité aux centres de santé s'apparentent à des déclarations d'intention. Concrètement, rien ne se passe.

Pour toutes ces raisons, le groupe CRC ne votera pas contre l'amendement du Gouvernement, mais s'abstiendra.

Mme la présidente. La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

M. Yves Daudigny. Voter les amendements identiques n^{os} 191 rectifié et 631 ne me pose aucun problème.

En l'espèce, on ne peut pas parler de loi bavarde. Il appartient bien à la loi de fixer des orientations, et ce qui est prévu dans ces amendements identiques répond à un véritable enjeu, qui concerne tout le pays – tous ceux qui se sont exprimés l'ont souligné. (*M. Hervé Maurey s'exclame.*)

Derrière cette orientation forte se trouvent des mesures concrètes, qui ont été rappelées: 1 700 contrats d'engagement de service public, ou CESP, objectif à atteindre dans les années à venir, 1 000 maisons de santé en service d'ici à 2017, 700 médecins correspondants du SAMU à former d'ici à 2016. Tout cela est bien concret. Ces dispositions, même si elles sont certainement insuffisantes, apportent une réponse à l'une des importantes difficultés de notre pays aujourd'hui en matière de santé.

Mme la présidente. La parole est à Mme Élisabeth Doineau, rapporteur.

Mme Élisabeth Doineau, corapporteur de la commission des affaires sociales. Répondre aux problèmes des déserts médicaux, c'est un objectif dont se sont légitimement emparés les élus de tous les territoires. Le Sénat étant l'assemblée représentant les territoires, il est bien normal que ce problème soit ici débattu.

Je ne reviendrai pas sur le diagnostic, les causes, les effets, etc. En revanche, la réponse pratique doit varier en fonction des territoires et de leur nature, rurale ou urbaine. Qui plus est, tous les territoires ruraux ne se ressemblent pas.

Nous avons pu rencontrer un certain nombre d'acteurs des territoires. Hier, nous avons évoqué l'expérimentation qui s'est déroulée dans le département de Loir-et-Cher. En Mayenne, département dont je suis élue et où la désertification médicale est très forte, nous avons pu mettre en place un certain nombre de dispositifs. Je vous invite d'ailleurs à vous rendre sur le terrain pour voir ce qu'il en est. (*Sourires.*)

Mme Catherine Génisson l'a souligné, les résultats des dispositifs mis en place ne peuvent être immédiats. On note toutefois qu'un effet se produit.

Si les réponses diffèrent selon les territoires, trois dénominateurs communs sont toutefois nécessaires.

Premièrement, il faut que les professionnels soient moteurs et entraînent le reste de la population. Sans cette dynamique, cela ne marchera pas.

Deuxièmement, il faut des moyens. Les médecins ne peuvent pas consacrer tout leur temps à réfléchir à l'organisation du territoire en matière de santé. Des réunions doivent avoir lieu, ne serait-ce que pour examiner les aspects juridiques de cette nouvelle organisation. Par exemple, lorsqu'un pôle de santé est créé, il faut parallèlement créer un groupement de coopération sanitaire, voire un groupement de coopération sociale et médico-sociale, pour entraîner tous les professionnels, qu'ils appartiennent au domaine sanitaire ou au domaine médico-social. Je ne m'attarderai pas sur le nombre de soirées que nous avons consacrées à ces questions, assez nouvelles pour l'ensemble des partenaires...

Troisièmement, il faut de l'énergie. Pour l'avoir vécu sur mon territoire, je peux témoigner que cela demande beaucoup de temps.

Ces trois dénominateurs sont absolument impératifs. Il faut mouiller sa chemise, s'impliquer, ne plus décréter, mais faire!

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 191 rectifié et 631.

(*Les amendements sont adoptés.*)

Mme la présidente. En conséquence, l'article 12 *ter* est rétabli dans cette rédaction.

Articles additionnels après l'article 12 *ter*

Mme la présidente. L'amendement n^o 80 rectifié, présenté par MM. Commeinhes, Calvet et Charon, Mme Deromedi, M. Houel et Mmes Hummel et Mélot, n'est pas soutenu.

L'amendement n^o 13 rectifié, présenté par M. Longeot, au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, est ainsi libellé:

Après l'article 12 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La troisième partie du code de l'éducation est ainsi modifiée :

1° Le premier alinéa de l'article L. 632-1 est complété par les mots : « et les former à l'exercice de la médecine ambulatoire, en favorisant leur immersion précoce dans un environnement professionnel » ;

2° L'article L. 632-2 est ainsi modifié :

a) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La validation du deuxième cycle des études médicales est subordonnée à la réalisation d'un stage d'initiation à la médecine générale. Un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé en détermine les modalités et la durée et précise les mesures visant à favoriser l'accueil des étudiants en stage d'initiation. » ;

b) Au dernier alinéa, la référence : « deuxième alinéa » est remplacée par la référence : « troisième alinéa » ;

3° Au premier alinéa du III de l'article L. 713-4, la référence : « deuxième alinéa » est remplacée par la référence : « troisième alinéa ».

La parole est à M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis.

M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable. Cet amendement tend à renforcer la professionnalisation des études de médecine en leur fixant explicitement pour objectif de former à l'exercice de la médecine ambulatoire et de favoriser l'immersion précoce en environnement professionnel.

Cet amendement vise également à rendre obligatoire la réalisation d'un stage d'initiation à la médecine générale au cours du deuxième cycle. Le pacte territoire-santé prévoit un tel stage, mais ne le rend pas obligatoire. L'arrêté du 8 avril 2013 prévoit quant à lui un stage ambulatoire obligatoire, mais ne cible pas spécifiquement la médecine générale. Il s'agit simplement de fusionner les deux, afin d'obliger les universités à promouvoir cette voie. En effet, de façon empirique, nous faisons le constat suivant : plus les étudiants pratiquent la médecine générale, plus ils l'aiment et plus ils la choisissent.

Il convient par conséquent de surmonter l'obstruction de certaines universités qui considèrent que la médecine générale n'est pas une spécialité et font fi des stages pratiques.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Monsieur Longeot, la réalisation d'un stage en médecine générale au cours du deuxième cycle des études médicales est déjà prévue par l'article 14 de l'arrêté du 8 avril 2013.

En outre, le premier engagement du pacte territoire-santé est de généraliser le stage d'initiation à la médecine générale dans un cabinet de généraliste en ville. En réalité, si un peu plus d'un tiers seulement des étudiants en médecine bénéficient d'un stage auprès d'un généraliste avant l'internat, c'est non pas faute d'une possibilité d'accomplir un tel stage, mais en raison de la difficulté à trouver un maître de stage. Il semble dès lors inopportun de prévoir une obligation qui ne pourra être tenue.

La commission vous demande donc de bien vouloir retirer votre amendement, monsieur le rapporteur pour avis. À défaut, je serai obligé d'émettre un avis défavorable.

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

Mme Laurence Rossignol, secrétaire d'État. Le Gouvernement émet sur cet amendement le même avis que la commission des affaires sociales, pour les mêmes raisons.

Mme la présidente. La parole est à M. le président de la commission de l'aménagement du territoire.

M. Hervé Maurey, président de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable. Cet amendement a été voté à l'unanimité par la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable.

Nous le savons, beaucoup de choses sont à revoir sur la formation des futurs médecins. Aujourd'hui, nous formons davantage de futurs praticiens hospitaliers que de futurs médecins, puisque, très tôt dans leur cycle de formation, les étudiants en médecine sont amenés à travailler en service hospitalier et à assumer, parfois, de lourdes responsabilités pour des jeunes. En revanche, leur présence chez un médecin généraliste ou un médecin de ville est beaucoup plus aléatoire.

L'objet de cet amendement à mon avis pertinent est donc de mettre en place un système d'apprentissage, comme cela se pratique dans certains pays tels que le Canada et comme cela a été expérimenté dans le département de l'Aveyron, avec des résultats positifs puisque trente-cinq médecins se sont installés à la suite de cette initiative. Les jeunes étudiants découvriront ainsi le plus tôt possible autre chose que le monde hospitalier.

Lorsque la commission de l'aménagement du territoire avait, en 2013, effectué un rapport sur ces problèmes de déserts médicaux, elle avait déjà suggéré de s'intéresser de plus près qu'aujourd'hui à la formation des futurs médecins, afin que celle-ci ne se déroule pas uniquement à l'hôpital.

Lors de l'examen par le Sénat du projet de loi relatif à l'enseignement supérieur et à la recherche, nous avons déposé des amendements en ce sens. Comme souvent, cela s'est traduit par un article de la loi, en l'occurrence l'article 41, prévoyant que le Gouvernement remette au Parlement un rapport formulant des propositions en termes de formation des futurs médecins. Et comme d'habitude – ou presque –, ce rapport n'a pas été rendu !

Il est donc très important que nous votions cet amendement pour manifester notre souhait que les études de médecine permettent, davantage qu'aujourd'hui, aux futurs médecins de s'orienter vers la médecine de ville.

Mme la présidente. La parole est à Mme Dominique Gillot, pour explication de vote.

Mme Dominique Gillot. De mon point de vue, cet amendement, même s'il est intéressant, s'appuie sur de fausses données et ne tient pas compte des évolutions des textes récents traitant de la formation des médecins. Le chiffre d'« environ 25 % de médecins diplômés d'une faculté française » qui décideraient « finalement, au terme d'un long cursus d'études, de ne pas s'inscrire au tableau de l'ordre des médecins pour exercer d'autres professions » est inexact. Il comprend non seulement les étudiants qui changent effectivement d'orientation, mais également les redoublants qui, au terme d'une année supplémentaire

d'études, s'inscriront bien au tableau de l'Ordre. En réalité, les dernières données indiquent que 12 % seulement des médecins diplômés ne s'inscrivent pas à l'Ordre.

Il est ensuite indiqué que la société financerait « en pure perte » les études des étudiants qui, finalement, choisissent de s'orienter vers le journalisme ou l'administration. Au contraire, je pense qu'on ne peut que se féliciter que des étudiants en nombre raisonnable modifient leur projet professionnel. C'est cela qui permet de diversifier les profils et d'irriguer la société d'une culture médicale permettant notamment d'éviter des contrevérités dans les commentaires.

Peut-être faut-il d'ailleurs à l'inverse favoriser les passerelles vers les études de médecine, comme c'est déjà le cas avec un nombre significatif de diplômés de niveau master qui choisissent de reprendre des études de médecine.

À raison, il est demandé que les étudiants soient immergés dans le milieu médical en amont, bien avant d'effectuer leur choix de spécialisation, c'est-à-dire au cours du deuxième cycle. Pour autant, il y a me semble-il une erreur : le deuxième cycle, depuis la réforme « licence, master, doctorat », ou LMD, s'entend non plus de la troisième à la sixième année d'études, comme l'indique l'objet de l'amendement, mais de la quatrième à la sixième année.

Plus loin, il est dit que « la France accuse un véritable retard en matière de professionnalisation des études de médecine », ce qui est faux. Pour preuve, c'est dès la fin de la première année que les étudiants en médecine doivent réaliser pendant un mois un stage infirmier à l'hôpital, stage qui fait l'objet d'une évaluation. Ensuite, dès le début du deuxième cycle, appelé aussi « externat », les étudiants sont quasiment formés en alternance. En effet, pendant ce cycle de trois ans, les étudiants ont l'obligation de réaliser trente-six mois de stage à mi-temps, qu'ils peuvent aussi regrouper en plein temps. Durant ces trente-six mois, l'étudiant a l'obligation de réaliser de douze à seize semaines à mi-temps de stages en médecine ambulatoire. L'immense majorité des étudiants, lesquels ont donc le choix entre un stage chez un spécialiste libéral et un stage chez un médecin généraliste, choisissent la médecine générale, et y prennent goût, comme l'a précisé Mme Génisson tout à l'heure.

Aussi, la loi relative à l'enseignement supérieur et à la recherche de 2013 a ouvert la possibilité de réaliser des expérimentations pour rénover la première année commune aux études de santé, ou PACES.

Mme la présidente. Il faut conclure, madame Gillot.

Mme Dominique Gillot. L'université d'Angers, par exemple, a choisi d'expérimenter les entretiens individuels pour chaque étudiant.

Ces expérimentations ont pris d'autres formes dans certaines universités et débutent simplement cette année. Laissons le temps à ces établissements de les mettre en œuvre et de les évaluer.

Mme la présidente. La parole est à Mme Aline Archimbaud, pour explication de vote.

Mme Aline Archimbaud. Je voterai l'amendement n° 13 rectifié.

La réalité est là, elle résiste : on manque de généralistes et, lorsque l'on écoute les professionnels dans différentes régions, il apparaît que beaucoup d'étudiants connaissent très mal le métier de médecin généraliste, ce qui explique aussi pourquoi ils ne s'engagent pas dans cette filière.

Cet amendement n'est sans doute pas parfait, il ne résout pas tous les problèmes, et j'entends les difficultés à trouver aujourd'hui suffisamment de médecins généralistes volontaires pour être tuteurs.

Je voterai toutefois cet amendement, fruit d'une proposition positive adoptée à l'unanimité par la commission du développement durable. On ne peut pas toujours refuser des dispositions au motif qu'elles sont impossibles à mettre en œuvre. À un moment donné, il faut avancer et tenter de régler cette question de façon que le métier de médecin généraliste soit mieux connu des étudiants et davantage valorisé. Je ne suis pas médecin, mais il apparaît clairement qu'il s'agit d'un métier extrêmement précieux.

Mme la présidente. La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote.

M. Alain Vasselle. Si je partage l'objectif des auteurs de cet amendement n° 13 rectifié, j'ai été interpellé par l'intervention de notre collègue du groupe socialiste.

Si les affirmations de Mme Gillot sont exactes, nous pourrions être amenés à légiférer sur des données qui ne correspondent pas la réalité, ce qui ne manquerait pas de m'ennuyer.

Il est donc important que le Gouvernement et la commission nous éclairent afin que nous puissions voter en toute connaissance de cause.

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Génisson, pour explication de vote.

Mme Catherine Génisson. J'ai déjà eu l'occasion précédemment dans le débat de remercier M. le rapporteur pour avis de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable pour le « focus » qu'il a fait sur la conduite des études médicales.

Il me semble en effet qu'il existe une très grande distorsion entre l'enseignement de la médecine et l'exercice de la profession médicale par les actuelles générations de médecins généralistes.

Il est très important que la médecine générale soit enseignée sous un angle à la fois théorique et pratique, et, sur le fond, nous souscrivons donc totalement aux propositions de notre collègue.

Madame la secrétaire d'État, il me semble surtout fondamental que vous interpelliez le ministre en charge de l'enseignement supérieur. En effet, nos doyens de facultés de médecine sont plus ou moins sensibles à l'enseignement de la médecine générale, que ce soit dans les amphithéâtres ou auprès des médecins généralistes, et je souhaite que les ministères de l'enseignement supérieur et de la santé puissent aller conjointement de l'avant sur cette question d'importance.

Au vu de ces explications, nous suivrons l'avis de la commission et du Gouvernement sur cet amendement.

Mme la présidente. La parole est à M. Gilbert Barbier, pour explication de vote.

M. Gilbert Barbier. Je ne voterai pas cet amendement, et ce pour plusieurs raisons.

Il me semble que l'apprentissage de la médecine se fait d'abord à l'hôpital et à l'université. Ensuite, comme l'a expliqué Mme Gillot, des dispositions existent déjà sur les stages que les étudiants peuvent accomplir ici ou là. N'oublions pas non plus que ces stages peuvent poser des problèmes pratiques : qui prend en charge les frais de

logement et de déplacement des étudiants? Toutes ces contraintes ne se résoudre pas simplement par une déclaration d'intention, aussi louable soit-elle.

Je profite également de cette intervention pour revenir sur un point figurant dans l'objet de cet amendement. Il est scandaleux d'écrire que « ce sont autant d'années d'études de médecine coûteuses qui sont financées en pure perte par la société ». Les étudiants en faculté de sciences, de lettres ou de droit coûtent aussi de l'argent : considère-t-on pour autant qu'il s'agit de dépenses « en pure perte » ?

L'université forme des jeunes dans diverses disciplines, et il est scandaleux de vouloir obtenir une espèce de retour sur investissement uniquement pour les études médicales. Je m'insurge contre cet argument que l'on voit fleurir de plus en plus.

Depuis longtemps, des études sont suivies dans notre université française sans aucune obligation d'implantation ou d'exercice, et je ne vois pas pourquoi on voudrait instaurer une telle obligation uniquement dans le domaine de la médecine.

Mme Catherine Procaccia. Bravo, monsieur Barbier !

Mme la présidente. La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

M. Alain Milon, corapporteur. Il est vrai que l'on entend un peu partout que les études médicales sont longues, qu'elles coûtent cher à l'État et qu'il faudrait en contrepartie que les étudiants consacrent une partie de leur vie professionnelle à la collectivité.

Dans ces réflexions, on oublie souvent de mentionner que l'étudiant en médecine, à partir de la troisième ou quatrième année, non seulement apprend son métier à l'hôpital, mais rend aussi des services parfois énormes qui ne sont pas comptabilisés dans les dépenses de personnel de l'hôpital. (*M. Alain Vasselle acquiesce.*) Si ces services n'étaient pas rendus par les étudiants, davantage de salariés devraient être employés, ce qui entraînerait une augmentation du budget de fonctionnement de ces établissements.

M. Alain Vasselle. Exact !

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Deroche, corapporteur.

Mme Catherine Deroche, corapporteur de la commission des affaires sociales. Je partage moi aussi pleinement le point de vue de Gilbert Barbier. Il est vraiment injuste de considérer que le coût élevé des études de médecine est un scandale. Ou alors, il faudrait appliquer le système proposé à l'ensemble des étudiants, dans tous les cursus !

Les études de médecine sont très difficiles et les étudiants en médecine travaillent dur. L'entrée en deuxième année d'études est particulièrement exigeante. Certains considèrent que les étudiants en médecine coûtent cher à la nation ; mais, quand on voit travailler ces derniers pour financer leurs études et faire tourner les hôpitaux, on doit faire attention aux formulations employées.

M. Hervé Maurey. Personne ne dit cela !

Mme Catherine Deroche, corapporteur. Ce n'est sans doute pas ce que vous pensez au fond, mais c'est quand même une réflexion que l'on entend beaucoup, et je trouve qu'elle est injuste, d'autant que les étudiants en médecine sont tout sauf – permettez-moi cette expression – des « glandeurs ».

Ces étudiants « bossent » du début jusqu'à la fin de leurs études ! Par conséquent, dire que le coût élevé des études de médecine serait un scandale – et c'est un propos que l'on entend souvent – est vraiment injuste.

Je sais bien que tel n'était pas l'esprit de votre intervention, mais cela ressort de certaines phrases que l'on peut lire ici ou là. Si vous ne le dites pas dans ce sens-là, en revanche, beaucoup ne s'en privent pas. (*Mmes Catherine Procaccia et Patricia Morhet-Richaud applaudissent.*)

M. Alain Vasselle. Très bien !

Mme la présidente. La parole est à Mme Chantal Jouanno.

Mme Chantal Jouanno. Dans ce débat, nous esquivons la question que soulève la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable au travers de cet amendement : pourquoi si peu de médecins, ou pas suffisamment, s'orientent-ils vers la médecine générale ?

L'amendement tend simplement à proposer que les étudiants puissent effectuer un stage pour découvrir les contours de leur futur métier, ce qui ne me semble pas totalement aberrant.

Pour ce qui concerne les chiffres, madame Gillot, citez vos sources ! Mon collègue Jean-François Longeot a mené des auditions et rédigé ce rapport avec les administrateurs du Sénat. L'accuser de communiquer de fausses données en vue d'orienter ce débat me semble par conséquent tout à fait déplacé ! Quoi qu'il en soit, il va vous répondre sur ce point.

Enfin, le président Alain Milon a parfaitement posé le problème : aujourd'hui, les étudiants en médecine assument au sein des hôpitaux des fonctions qui devraient bien souvent relever d'autres personnes. Si ces étudiants n'y travaillaient pas, les hôpitaux devraient embaucher ! Or, cette voie détournée ayant été choisie, nos étudiants ne s'orientent pas vers la médecine générale.

Ne détournez pas le débat du véritable problème de fond auquel sont confrontées les zones rurales comme les zones urbaines, et qui, je le répète, est le suivant : pourquoi si peu de médecins s'orientent-ils vers la médecine générale ?

M. Alain Vasselle. Il ne faut pas dire que les études de médecine coûtent cher...

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis.

M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis de la commission de l'aménagement du territoire. Je suis quelque peu troublé par ce débat. À entendre les précédentes interventions, ce que je dis serait totalement faux.

Comme je l'ai indiqué lors de la discussion générale, lorsque l'ordre des médecins nous a donné ce chiffre de 25 %, j'ai été très étonné.

Madame Gillot, vous ne pouvez pas laisser planer le doute sur la véracité de mes propos ! Ou alors, à votre tour, donnez-nous des chiffres et des informations. Les miens proviennent de l'ordre des médecins ; je ne les ai ni inventés ni trouvés un matin sous mon oreiller. Et de manière générale, je n'ai pas l'habitude de fabuler !

Il y a quelque chose d'inquiétant dans ce dossier. Mieux vaudrait que vous nous disiez que tout va bien : au moins, ce serait clair et nous serions contents. Vous nous feriez croire qu'il n'y a pas de problème, et le sujet, une fois de plus, serait esquivé...

Prenez vos responsabilités : dites que vous n'avez pas envie que des médecins fassent des stages d'immersion sur le terrain. Mais n'inventez pas une réalité qui n'a rien à voir avec les chiffres que l'on m'a communiqués !

Si nous ne disposons pas des mêmes chiffres, il y a effectivement un vrai problème. Mais je tiens à vous dire que je réfute vos propos car, quant à moi, je ne me fonde pas sur de fausses données !

Mme la présidente. La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

M. Alain Milon, corapporteur. Je suis d'accord avec M. Longeot. Cependant, je voudrais répondre à Mme Jouanno sur la question des stages.

Les étudiants en médecine, dans le cadre de leurs études, travaillent à l'hôpital mais ne sont pas des salariés de ce dernier. Qu'on le veuille ou non, c'est ainsi ! Ce service rendu n'est donc pas comptabilisé dans les budgets des hôpitaux. Pour autant, il s'inscrit dans l'évolution normale des études de médecine puisque, en travaillant à l'hôpital, ces étudiants apprennent leur métier. Vous n'avez donc pas tort, ma chère collègue, mais j'ai aussi raison.

M. Longeot a eu raison de dire qu'il faudrait augmenter le nombre de stages. Or un problème se pose, dans la mesure où les maîtres de stage sont des médecins généralistes qui prennent en stage, dans leur cabinet, des étudiants en fin d'études de médecine. Mais la plupart d'entre eux – j'en parle d'expérience, car j'ai longtemps exercé ce métier, et j'ai encore des collègues dans la ville dont j'étais maire – ont tellement de travail qu'ils n'ont pas le temps de former un stagiaire.

La question, pour ces praticiens, n'est pas de vouloir ou de ne pas vouloir prendre en stage ces étudiants qui, étant formés à l'hôpital, ne disposent pas – Catherine Génisson l'a dit fort justement – de la formation nécessaire pour exercer à l'extérieur, c'est-à-dire en médecine générale. Le problème est que les médecins généralistes en exercice ont bien souvent trop de travail pour assumer cette tâche de formation.

Dans ma ville – je prie ceux qui n'aiment pas que l'on cite son expérience personnelle de bien vouloir m'excuser ! –, laquelle compte quatorze médecins généralistes dont cinq vont partir à la retraite d'ici à l'année prochaine, seuls deux acceptent d'être maître de stage et prennent le temps nécessaire pour assumer cette fonction. Le stage durant six mois, ils forment quatre stagiaires par an. Les autres médecins, quant à eux, nous disent qu'ils n'ont pas le temps, sauf à travailler le dimanche, un jour qu'ils préfèrent consacrer à d'autres activités qu'à la médecine.

Le problème de la reconnaissance des maîtres de stage et de la médecine générale au sein des facultés de médecine – on le sait, des problèmes majeurs se posent dans certaines universités – reste donc entier. En outre, il faudrait faire en sorte qu'il y ait davantage de maîtres de stage et que les étudiants puissent travailler avec des médecins généralistes.

Enfin, je rappelle, après l'avoir déjà indiqué hier soir, qu'un changement du *numerus clausus* ne produirait des résultats que dans dix ans.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 13 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 515 rectifié, présenté par Mmes D. Gillot, Espagnac et Khiari et MM. Raoul, S. Larcher, Antiste, Duran, Manable et Cornano est ainsi libellé :

Après l'article 12 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

« Art. L. 4131-... – Un décret pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins fixe la durée maximale du remplacement et les conditions de sa prorogation éventuelle. »

La parole est à Mme Dominique Gillot.

Mme Dominique Gillot. Cet amendement vise à réguler une pratique qui semble se généraliser et a pour effet de mettre en difficulté la permanence de la médecine de ville et d'accélérer la désertification médicale, y compris dans des secteurs urbains ne présentant pas de problèmes de pratiques particulières : des médecins généralistes, donc des médecins de famille, qui veulent prendre leur retraite ne trouvent pas de repenseur pour leur plaque et leur patientèle, même de façon non onéreuse. En revanche, ils trouvent sans difficulté parmi les jeunes praticiens des remplaçants disponibles qui souhaitent renouveler et garder leur statut de remplaçant.

La montée en puissance des remplaçants dans les effectifs médicaux s'est spectaculairement accélérée. Chaque année, leur nombre augmente de façon régulière. Dans son *Atlas de la démographie médicale*, l'ordre des médecins comptabilisait ainsi, au 1^{er} janvier 2014, une augmentation de 3,3 % pour cette seule année 2014.

Les missions temporaires de remplacement ne favorisent l'implication ni dans un territoire ni dans un pacte territoire-santé, pas plus qu'ils ne favorisent la connaissance des maladies ou pathologies spécifiques à une population donnée, ou relevant de prédispositions génétiques, ou encore le suivi sur le long terme des malades qui, pourtant, doivent s'inscrire dans un parcours de soins avec un médecin référent.

Les réserves qui pourraient être émises quant à ces remplacements successifs réitérés, sans reprise de cabinet, tiennent aux obligations déontologiques de continuité des soins et de réponse aux urgences, assumées par tout médecin installé vis-à-vis des patients qu'il prend en charge.

Parce qu'il connaît l'ensemble d'une famille ou parce qu'il suit un patient depuis longtemps, le médecin est sensibilisé, alerté, et sa connaissance empirique de la famille ou de son patient lui permet une meilleure exploitation de ses connaissances scientifiques.

En 2011, la Confédération des syndicats médicaux français, la CSMF, suggérait que le remplacement soit « un mode d'exercice transitoire et exceptionnel », et non « une alternative à l'installation ». Tel est l'objet de cet amendement, par lequel nous en appelons à un décret qui limiterait la durée des remplacements assurés par les jeunes médecins.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Cet amendement tend à prévoir l'intervention d'un décret en Conseil d'État pour fixer la durée maximale de l'autorisation d'exercice de la médecine à titre de remplaçant, ainsi que les conditions de progression éventuelle.

Votre amendement, ma chère collègue, est déjà satisfait par le dernier alinéa de l'article L. 4131-2 du code de la santé publique. Je vous demande donc de bien vouloir le retirer ; à défaut, j'émettrai, au nom de la commission, un avis défavorable.

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

Mme Laurence Rossignol, secrétaire d'État. Madame la sénatrice, le phénomène que vous observez et dont vous souhaitez que nous débattions constitue un véritable sujet, qui doit retenir notre attention au niveau tant statistique que qualitatif. Nous constatons en effet tous une augmentation du nombre de médecins faisant du remplacement une forme d'exercice de la médecine.

Le code de déontologie médicale mentionne clairement que le remplacement est, par principe, temporaire, mais il ne prévoit pas pour autant d'en encadrer la durée. Cet exercice de la médecine relève donc du choix personnel du médecin. Cette pratique permet, par ailleurs, d'assurer une présence médicale dans certains territoires que sa limitation pourrait obérer.

Les médecins remplaçants ont en effet un rôle à jouer en termes de présence médicale dans les territoires à faible démographie. À ce titre, Marisol Touraine a souhaité ouvrir aux praticiens hospitaliers la possibilité d'exercer en qualité de remplaçant.

Je vous demande donc, madame la sénatrice, de bien vouloir retirer votre amendement et vous propose que nous continuions à étudier ce phénomène, ses effets tant positifs que négatifs, et la manière dont nous pouvons mieux l'encadrer.

Mme la présidente. La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote.

M. Alain Vasselle. Je joins mes propos à ceux de Mme la secrétaire d'État et de M. le corapporteur pour demander le retrait de cet amendement. Le moment est en effet mal choisi, à mon avis, pour prendre une initiative de cette nature, notamment pour les motifs que vient d'exposer Mme Rossignol.

Quant à dire, monsieur le corapporteur, que l'amendement est déjà satisfait par des dispositions réglementaires ou législatives, il semblerait que ce ne soit pas tout à fait exact. Si tel était le cas, Mme la ministre aurait confirmé l'existence de limitations de durée s'appliquant aux remplacements.

Nous savons que les médecins généralistes rencontrent, en particulier en milieu rural, de très grandes difficultés pour trouver des remplaçants. Si l'on en venait à limiter, en plus, la durée de l'exercice de médecin remplaçant, la situation de désertification médicale que connaissent certains départements très ruraux en serait encore aggravée.

Lorsque l'on aura trouvé un nombre suffisant de médecins pour couvrir l'ensemble du pays et réussi à moduler leur implantation pour éviter qu'ils ne soient en sureffectif dans certains territoires et en nombre insuffisant dans d'autres, on pourra envisager de prendre des mesures de cette nature. Mais le moment n'est pas encore venu de prendre une telle initiative.

Mme la présidente. La parole est à M. Gilbert Barbier, pour explication de vote.

M. Gilbert Barbier. Votre amendement pose une difficulté, madame Gillot, notamment en cas de remplacement d'un médecin pour raison de maladie : en l'occurrence, il est bon que la durée du remplacement ne soit pas limitée.

Par ailleurs, pourquoi un certain nombre de jeunes médecins adoptent-ils ce statut de remplaçant ? Tout simplement parce que, sur le plan matériel, c'est beaucoup plus intéressant ! D'abord, on gagne quelque argent et, surtout, on mène une vie beaucoup plus conforme à ce que souhaitent nombre de ces jeunes médecins. Certains font des remplacements pendant trois semaines, d'autres pendant un ou deux mois, puis ils vont se promener avec l'argent qu'ils ont gagné...

Mme Nicole Bricq. Ils font ce qu'ils veulent !

M. Gilbert Barbier. Je suis bien d'accord avec vous, madame Bricq !

Telle est la réalité de ce mode d'exercice. Par ailleurs, si on limitait la durée des remplacements, cela poserait un sérieux problème en termes de désertification des territoires !

M. Alain Vasselle. Très bien !

Mme la présidente. La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

M. Alain Milon, corapporteur. Je souhaite répondre à Alain Vasselle. Si j'ai dit à notre collègue Dominique Gillot que son amendement était satisfait, c'est parce qu'elle demande que la durée maximale du remplacement soit fixée par un décret pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins. Or l'article L. 4131-2 du code de la santé publique prévoit déjà ce décret...

Mme Dominique Gillot. On l'attend toujours !

M. Alain Milon, corapporteur. Ce décret a-t-il été pris ? C'est un autre problème !

Mme la présidente. Madame Gillot, l'amendement n° 515 rectifié est-il maintenu ?

Mme Dominique Gillot. Je retire cet amendement, madame la présidente. Je constate en effet que le débat est bien engagé et j'espère que Mme la ministre prendra en compte le fait que les difficultés varient selon les territoires.

Je profite du temps de parole qui m'est accordé pour présenter mes excuses à M. Longeot. Les chiffres sur lesquels je me suis appuyée émanent du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Le taux de 25 % d'étudiants en médecine qui renoncent à s'inscrire au tableau de l'ordre des médecins à l'issue de leur dernière année d'études recouvre deux cas : celui des étudiants qui renoncent effectivement à s'inscrire à l'ordre des médecins et celui des étudiants qui redoublent la dernière année et s'inscriront donc vraisemblablement l'année suivante.

Par ailleurs, la loi relative à l'enseignement supérieur et à la recherche du 22 juillet 2013 prévoit des expérimentations d'amélioration de la première année commune aux études de santé, la PACES, qui sont mises en œuvre depuis un an et qui permettront une évaluation des nouvelles orientations des médecins vers les différentes spécialités ou la médecine générale. Il serait bon de laisser ces expérimentations aller à leur terme, de procéder à l'évaluation de leurs résultats et d'en débattre ensuite, plutôt que de bouleverser dès maintenant un système qui n'a pas encore fait ses preuves.

Mme la présidente. L'amendement n° 515 rectifié est retiré.

Article 12 quater A (nouveau)

- ① La première section du chapitre II du titre VI du livre premier du code de la sécurité sociale est complétée par un article additionnel ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 162-5-5. – La négociation des conventions nationales mentionnées à l'article L. 162-5 porte notamment sur le conventionnement à l'assurance maladie des médecins libéraux dans les zones définies par les agences régionales de santé en application des 1^{er} et 2^o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. »

Mme la présidente. La parole est à M. Jacques Cornano, sur l'article.

M. Jacques Cornano. Mon intervention portera sur la problématique de la répartition des médecins sur le territoire national.

Dans les outre-mer, la médecine ambulatoire se caractérise par une densité médicale et paramédicale très inférieure à celle qui est observée en métropole. De même, des disparités très fortes existent dans la répartition géographique des professionnels de santé, lesquelles sont aggravées par l'isolement et l'insularité de ces territoires.

Ainsi, dans l'archipel de la Guadeloupe, la densité des médecins libéraux, en 2012, est de 147 pour 100 000 habitants contre 201 en métropole. L'offre de soins se caractérise par sa concentration sur la zone de Pointe-à-Pitre et dans le nord-est de l'île de Grande-Terre. Les disparités sont particulièrement sensibles, car l'archipel de la Guadeloupe regroupe six îles distinctes – la Basse-Terre, la Grande-Terre, la Désirade, Marie-Galante, Terre-de-Haut et Terre-de-Bas –, où les inégalités démographiques tendent à créer des situations de « double insularité ». Cette situation complique le transport des malades.

Je tiens à rappeler l'engagement du Président de la République de « prendre en compte le caractère archipélagique de la Guadeloupe dans la conception et la mise en œuvre des décisions publiques ».

Dans un rapport de 2009 intitulé *L'offre de santé dans les collectivités ultramarines*, le Conseil économique, social et environnemental fait les propositions suivantes : recruter des médecins étrangers et mettre en place une formation préparatoire à l'exercice médical outre-mer en insistant sur la connaissance du territoire, ses spécificités culturelles, son contexte économique, social et environnemental, ainsi que sur les pratiques à encourager d'un point de vue professionnel.

Dans un rapport de juin 2014 relatif à la santé dans les outre-mer, la Cour des comptes préconise, pour sa part, l'accroissement du nombre des groupements de professionnels libéraux dans des maisons de santé pluridisciplinaires et le non-conventionnement des professionnels de santé lorsqu'ils souhaitent s'établir dans des zones sur-denses par rapport à la moyenne nationale ; *a contrario*, le conventionnement serait accordé aux seuls personnels acceptant de s'installer dans des zones sous-denses.

Mme Isabelle Debré. Veuillez conclure, mon cher collègue !

M. Jacques Cornano. Dès lors, l'insertion de l'obligation de négociation sur le conventionnement des médecins souhaitant s'installer en zones sous-denses ou sur-denses prévue à l'article 12 quater A est de nature à apporter une réponse à cette question de la répartition des médecins.

Mme la présidente. La parole est à M. Hervé Maurey, sur l'article.

M. Hervé Maurey. Nous arrivons à un point important du débat sur la question de la désertification médicale que nous avons entamé hier soir.

Je regrette que cette discussion intervienne un vendredi matin. J'observe qu'il en avait été de même en 2009, quand nous avons évoqué ce sujet lors de l'examen du projet de loi HPST présenté par Mme Bachelot, même s'il s'agit bien sûr d'un effet du hasard.

Nous allons enfin nous poser clairement la question de savoir s'il faut se limiter aux politiques purement incitatives ou s'il faut s'orienter non pas vers la coercition – personne n'y est favorable –, mais vers une forme de régulation.

La commission des affaires sociales a fait un pas, puisqu'elle envisage, pour la première fois, d'inscrire dans la loi que la négociation des conventions nationales devra porter également sur le conventionnement sélectif. Le rapporteur de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable présentera tout à l'heure un amendement adopté à l'unanimité par cette commission qui tend à étendre à la profession médicale les dispositifs de régulation collectifs qui existent déjà pour tous les autres professionnels de santé. Je rappelle que, depuis 2008, l'ensemble des professionnels de santé, à l'exception des médecins – c'est-à-dire les infirmières, les sages-femmes, les orthophonistes, les chirurgiens-dentistes et les kinésithérapeutes –, se voient appliquer un mécanisme de régulation des installations. Ainsi, lorsqu'une région compte suffisamment de professionnels, les nouveaux candidats à l'installation peuvent s'y établir s'ils le souhaitent, mais ils ne sont pas conventionnés.

Ce dispositif a fait ses preuves, puisque, dans toutes les professions que j'ai citées, dès lors qu'il a été mis en œuvre, on a constaté une diminution des installations dans les zones sur-dotées et une augmentation dans les zones sous-dotées.

Le débat qui va s'engager sur cet article est très important. Les dispositifs purement incitatifs, je l'ai dit, ne suffisent pas : depuis vingt-cinq ans, nous y engloutissons des millions, pour ne pas dire des milliards, les rapports de la Cour des comptes le démontrent. Il est temps de prendre enfin des mesures qui répondent aux besoins de nos territoires. Il est du devoir du Sénat de défendre les intérêts des territoires et l'intérêt général.

Mme la présidente. La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

M. Alain Milon, corapporteur. Premièrement, M. Maurey vient d'évoquer le fait que nous nous retrouvions régulièrement tous les cinq ou six ans un vendredi matin pour discuter de la démographie médicale. Cette situation ne traduit en aucun cas une volonté du Gouvernement ou de la commission des affaires sociales, elle est tout simplement le fruit du hasard. Si nous n'avions pas eu à discuter, dans le courant de la semaine, de l'accueil des réfugiés en France ou de la guerre en Syrie, qui sont des problèmes nettement plus importants pour l'instant, nous aurions pu évoquer la démographie médicale hier après-midi beaucoup plus tranquillement – quoique nous soyons tout à fait tranquilles ce matin et suffisamment nombreux pour le faire.

Deuxièmement, la commission des affaires sociales, comme vous tous, mes chers collègues, comme Mme la ministre et comme les gouvernements précédents, observe que l'installation des médecins pose des problèmes dans différentes zones.

Comme je l'ai déjà dit hier, les rapports du Conseil national de l'ordre des médecins sur la démographie médicale montrent que, contrairement à ce que l'on peut croire, le nombre des installations dans les régions considérées comme sur-denses diminue. C'est en particulier le cas sur la Côte d'Azur et en région PACA : les médecins y sont nombreux, mais vieillissants, et les jeunes s'installent ailleurs. Dans le même ordre d'idées, la région où l'installation de jeunes médecins est la plus forte est l'Alsace. (*M. André Reichardt approuve.*) Les jeunes médecins sont désormais attirés non plus par le soleil, mais peut-être par les excellents vins de cette région, ce qui me semble une bonne solution ! (*Sourires.*)

Troisièmement, si la commission des affaires sociales a introduit dans le projet de loi l'article 12 *quater* A, c'est parce qu'elle a fait le même constat que M. Maurey. Pour certaines professions de santé, des accords ont permis de modifier la répartition des installations. J'insiste sur le fait que cette évolution est le résultat d'accords et non pas de l'instauration d'une obligation légale. S'inspirant de ces expériences, la commission propose que, dans le cadre de la négociation de la convention qui doit être signée entre les caisses d'assurance maladie et les syndicats de médecins, une discussion ait obligatoirement lieu sur la façon dont doit être réglé le problème de la répartition des installations entre les zones sur-denses et les zones sous-denses.

Tel est l'objet de l'article 12 *quater* A, que, je l'espère, vous adopterez, avec les modifications proposées par les auteurs des amendements.

Mme la présidente. Veuillez conclure, monsieur le rapporteur.

M. Alain Milon, corapporteur. C'est sur la base d'accords négociés – qui pourront éventuellement comporter des mesures coercitives –, et non en fixant une obligation dans la loi, comme dans le cas des infirmiers et des sages-femmes, que nous pourrions progresser.

Je vous prie de m'excuser, madame la présidente, d'avoir dépassé mon temps de parole de trente-huit secondes !

Mme la présidente. J'ai reçu des consignes et je dois les faire respecter, monsieur le rapporteur ! (*Sourires.*)

Je suis saisie de trois amendements identiques.

L'amendement n° 192 est présenté par M. Barbier.

L'amendement n° 635 est présenté par le Gouvernement.

L'amendement n° 907 est présenté par M. Pellevat.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Gilbert Barbier, pour présenter l'amendement n° 192.

M. Gilbert Barbier. L'article 12 *quater* A pose effectivement le problème que vient d'évoquer M. Milon. Je propose de supprimer cet article parce que, s'il était adopté tel qu'il est actuellement rédigé, il ferait voler en éclats la politique de conventionnement à laquelle les médecins et la plupart de leurs syndicats sont attachés.

Pour certaines professions paramédicales, des accords ont été obtenus. Il faut donc laisser l'assurance maladie et les représentants élus de la profession médicale discuter de cette convention. Si nous imposons des obligations légales, nous risquons d'ouvrir un nouveau conflit qui n'est pas près de s'éteindre.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre, pour présenter l'amendement n° 635.

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Madame la présidente, mesdames, messieurs les sénateurs, je vous retrouve à ce point du débat sur le conventionnement sélectif. Nous avons engagé ce débat hier soir et j'avais eu l'occasion de définir, comme Laurence Rossignol l'a fait tout à l'heure, les choix du Gouvernement. Je vais maintenant vous expliquer les raisons pour lesquelles le Gouvernement demande la suppression de cet article introduit par la commission des affaires sociales.

J'indique tout d'abord à M. Cornano que je suis très sensible à sa préoccupation de voir adopter des dispositions prenant en compte la situation spécifique des territoires situés outre-mer. Telle est bien la volonté du Gouvernement. L'article 12 *ter*, qui avait été supprimé par la commission, mais que le Sénat vient de rétablir, mentionne des « dispositions particulières pour les collectivités d'outre-mer ». Je travaille avec le ministère des outre-mer à l'élaboration d'une stratégie nationale de santé spécifique pour les outre-mer, ce qui prouve bien que cette question nous tient véritablement à cœur.

Au-delà de ces observations, je tiens à souligner, à l'intention de certains intervenants, qu'il n'y a pas, dans cet hémicycle, ceux qui s'occupent de l'intérêt général et ceux qui s'en désintéressent. J'entends souvent M. Maurey invoquer l'intérêt général, mais celui-ci n'est pas l'apanage de certains, qui le défendraient contre je ne sais quels intérêts particuliers. La question est plutôt de savoir comment parvenir à faire prévaloir cet intérêt général.

J'ai déjà évoqué les mesures incitatives du pacte territoire-santé auquel le Gouvernement est attaché. Faut-il aller au-delà ?

La position du Gouvernement est très claire : il appartient aux professionnels de santé de décider s'ils souhaitent instaurer des mécanismes de conventionnement sélectif. Contrairement à ce qu'a dit M. Maurey, les médecins ne se distinguent pas sur ce point de l'ensemble des autres professionnels de santé. Seules deux professions de santé appliquent aujourd'hui le conventionnement sélectif : les infirmières et les sages-femmes. En revanche, la convention des kinésithérapeutes a été annulée par le Conseil d'État et les chirurgiens-dentistes n'appliquent pas de dispositif de ce type. Certes, ces professions ont engagé aujourd'hui une réflexion sur l'intérêt pour elles de s'engager dans cette voie et nous verrons bien quel en sera le résultat.

Je le répète, il appartient aux professionnels de dire comment ils souhaitent s'organiser.

Mesdames, messieurs les sénateurs, vous ne pouvez pas reprocher au Gouvernement, à l'occasion de la discussion de l'article 12, et, pour certains, de la discussion de ce projet de loi de manière générale, de vouloir imposer une approche étatique, jacobine, coercitive aux professionnels, alors que nous mettons en place des communautés professionnelles territoriales de santé, qui témoignent de la volonté et de l'engagement des professionnels.

Vous ne pouvez pas non plus nous reprocher de souhaiter imposer la toute-puissance de l'État et des agences régionales de santé, et nous expliquer ensuite qu'il faut que la loi définisse le cadre de la convention collective. Ou alors, il faut décider que le temps des conventions a vécu et que

nous devons aller vers un système régulé par la loi. Peut-être certains le souhaitent-ils, auquel cas il faut être cohérent dans tout le texte.

M. Yves Daudigny. Très juste !

Mme Marisol Touraine, ministre. Nous ne nous engageons pas dans cette voie aujourd'hui, puisque le principe est celui de la convention, puis, le cas échéant, une reprise en main par le Gouvernement en cas d'échec. Certes, et j'y tiens, le Gouvernement peut imprimer des orientations à la convention au travers de sa relation avec le directeur de l'assurance maladie.

Dans quel cadre nous situons-nous ? En l'occurrence, le débat ne porte pas seulement sur les déserts médicaux. On ne peut pas mener une politique à la carte et dire que dans tel cas la loi s'impose, tandis que, dans d'autres domaines, personne ne peut savoir mieux que les médecins et que les professionnels de santé eux-mêmes ce qui est bon pour eux.

Le Gouvernement est cohérent. Nous n'avons jamais voulu, dans ce projet de loi, aller vers une étatisation du système de santé. Aussi, nous avons fait évoluer la rédaction de l'article 12, les termes initiaux étant porteurs d'ambiguïtés selon les professionnels. Nous avons donc proposé les communautés professionnelles territoriales de santé. En tout cas, je le répète, nous sommes cohérents avec nous-mêmes et nous n'avons jamais voulu l'étatisation du système de santé.

Nous ne sommes donc pas favorables à la mise en place d'un dispositif qui impose le contenu de la convention. En revanche, nous sommes évidemment très attentifs aux démarches qui pourraient être engagées par les professionnels de santé eux-mêmes.

Tel est le sens de cet amendement.

M. Yves Daudigny. C'est très clair !

Mme la présidente. L'amendement n° 907 n'est pas défendu.

Quel est l'avis de la commission sur les amendements identiques n°s 192 et 635 ?

M. Alain Milon, corapporteur. Encore une fois, il s'agit pour la commission des affaires sociales non pas d'imposer par la loi des mesures de conventionnement sélectif, mais de prévoir qu'un volet des négociations conventionnelles associant les professionnels à l'assurance maladie devra porter sur le conventionnement des médecins souhaitant s'installer dans des zones sous-denses ou sur-denses du point de vue de l'offre médicale.

Il s'agit donc d'une simple obligation de négocier et non d'une obligation de résultat. Le cadre conventionnel constitue en effet la voie privilégiée pour l'encadrement des mesures touchant à l'installation des médecins, à l'exclusion de toute mesure coercitive qui serait prévue par la loi.

Si plusieurs mesures incitatives ont été mises en place, il n'en reste pas moins que les déserts médicaux subsistent. L'efficacité de telles mesures a pu être mise en question, notamment par la Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale de 2011.

Il apparaît donc indispensable de compléter ces mesures par un volet conventionnel qui permettra d'instaurer le dialogue sur cette question particulièrement épineuse.

La commission des affaires sociales a donc émis un avis défavorable sur ces deux amendements.

Mme la présidente. La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote.

M. Alain Vasselle. À mon sens, la rédaction de la commission est quelque peu ambiguë. Certes, si je m'en tenais à l'argumentation qui vient d'être développée par le président de la commission des affaires sociales, je serais prêt à voter l'article dans la rédaction de la commission.

Cela étant, les explications qu'a avancées Mme la ministre pour nous convaincre de supprimer cet article, comme le souhaite également M. Barbier, m'ont pratiquement convaincu. Effectivement, le Parlement ne souhaite nullement aller vers une étatisation. Le président de la commission des affaires sociales se défend en expliquant que telle n'est pas non plus son intention : il souhaite simplement engager un débat sur la désertification médicale dans le cadre des négociations conventionnelles et y associer les médecins.

Cependant, tel qu'il est rédigé, l'article oblige les participants à la négociation conventionnelle non seulement à débattre de ce sujet, mais également à aboutir à un résultat. En tout cas, c'est l'interprétation que j'en fais. M. Milon peut en faire une autre, mais si les syndicats portaient le contentieux sur cette question devant la justice, je me demande quelle serait la réponse des magistrats.

Aussi peut-être serait-il plus sage de notre part de ne pas adopter cet article dans la rédaction proposée par la commission et d'attendre la discussion du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale. Nous pourrions ainsi mettre à profit ce délai pour trouver une rédaction mieux adaptée à l'objectif d'Alain Milon, que je partage par ailleurs. Je le répète, il ne me semble pas que nous obtiendrons le résultat escompté en adoptant la rédaction de la commission.

Je vais donc suivre la position de M. Barbier.

Mme la présidente. La parole est à M. Hervé Maurey, pour explication de vote.

M. Hervé Maurey. Naturellement, je ne voterai pas ces amendements de suppression. Pour tout dire, je suis même étonné que la rédaction de l'article 12 *quater* A puisse choquer, dans la mesure où elle est particulièrement modérée.

Mme Annie David. Tout à fait !

M. Hervé Maurey. On y trouve même le « notamment » auquel faisait référence tout à l'heure M. Milon en rappelant que M. Hyst n'était pas favorable à cet adjectif... (*Sourires.*)

Cet article n'impose pas d'obligation de résultat ni de calendrier. Il rappelle simplement que le conventionnement des médecins doit être abordé lors des négociations des conventions nationales. Le fait qu'il puisse choquer est assez surprenant et montre à quel point certains sont sensibles aux revendications des médecins avant toute autre préoccupation.

Madame la ministre, nous sommes bien loin de l'époque où vous étiez la signataire d'une proposition de loi proclamant la nécessité de « revoir sans tabou le dogme de la liberté d'installation des praticiens médicaux ». Aujourd'hui, personne ne demande une telle mesure dans cette assemblée, et je me dois de dire que nos propos ont été un peu caricaturés tout à l'heure.

D'ailleurs, je profite du temps de parole qui m'est octroyé pour m'adresser à Mme Deroche : lorsque nous avons proposé un apprentissage pour les médecins, nous n'avons

à aucun moment dit que les études de médecine coûtaient cher ou que les étudiants étaient des « glandeurs », pour reprendre le terme que vous avez employé.

Je suis bien placé pour savoir ce qu'est la vie d'un étudiant en médecine. Je sais très bien, comme l'a dit M. Milon, que les étudiants en médecine sont largement utilisés, pour ne pas dire pire, à l'hôpital, mais ce n'est pas une raison pour se désintéresser de la situation de nos territoires ruraux et s'acharner à ne mettre en place que des mesures incitatives, dont on a malheureusement vu, depuis vingt-cinq ans, qu'elles étaient sans doute nécessaires, mais totalement insuffisantes.

Là encore, je rappellerai les propos de Mme Touraine, non pas il y a trois ou quatre ans, mais il y a deux ou trois jours : « Mesdames, messieurs les sénateurs, [...] des mesures fortes, nouvelles, parfois radicales, sont nécessaires, [il faut] assumer la confrontation avec certains conservatismes, avec certains immobilismes ».

Madame la ministre, vous seriez bien inspirée de suivre vos recommandations !

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Génisson, pour explication de vote.

Mme Catherine Génisson. Je pense que l'on peut prendre des mesures courageuses sans détricoter l'organisation de notre système de santé. L'un n'empêche pas l'autre, monsieur Maurey.

Nous sommes les uns et les autres attachés à l'exercice libéral de la médecine, qui suppose le conventionnement avec la sécurité sociale.

L'article 12 *quater* A prévoit que « La négociation des conventions nationales mentionnées à l'article L. 162-5 porte », ce qui signifie qu'il s'agit bien d'une injonction. Il prévoit une obligation de négocier sur le sujet.

Telle est bien votre position lorsque vous déclarez qu'il faut aller au-delà des mesures incitatives...

M. Hervé Maurey. Vous mettez la poussière sous le tapis !

Mme Catherine Génisson. Non, monsieur Maurey ! Nous avons sur le sujet un avis divergent.

À mon sens, nous devons faire en sorte que le système conventionnel, qui est une spécificité de notre médecine libérale ambulatoire, soit le plus efficace possible, même s'il fonctionne déjà bien.

Mme la présidente. La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

M. Alain Milon, corapporteur. Je veux rassurer Alain Vasselle : la commission des affaires sociales, à la lumière de différentes réflexions qui ont pu être faites, y compris et surtout par la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, a souhaité trouver une solution qui ne soit pas obligatoire. Il s'agit bien d'une obligation de moyens et non pas d'une obligation de résultat.

Nous avons considéré que les discussions conventionnelles, qui ont lieu assez régulièrement entre la sécurité sociale et les syndicats de médecins pour régler différents problèmes de la médecine, étaient le meilleur cadre pour évoquer cette question, même s'il ne permettra pas forcément de trouver des solutions.

Vous le savez bien, il est beaucoup plus facile de trouver la solution à un problème lorsqu'on laisse les personnes directement concernées par le sujet en discuter et y réfléchir entre elles, sans intervention du Parlement ou du Gouvernement.

Nous nous sommes appuyés sur l'exemple, dont Mme la ministre a parlé, des infirmières et des sages-femmes : c'est à la suite de discussions entre les syndicats et la sécurité sociale que des solutions ont été trouvées et admises par les intéressées.

Je le répète, nous avons voulu que les professionnels disposent d'un cadre pour discuter entre eux des problèmes de désertification ou des zones sur-denses et essayer de trouver des solutions. Telle était notre seule volonté.

Lorsque nous écrivons dans notre texte que la négociation « porte » sur les zones sur-denses, cela ne signifie nullement que les solutions proposées plairont aux intéressés. Les solutions proposées seront si possible le fruit d'un accord entre les caisses de sécurité sociale et les syndicats de médecins.

Mme la présidente. La parole est à M. Gilbert Barbier, pour explication de vote.

M. Gilbert Barbier. J'ai bien écouté les propos de M. Maurey à l'instant, et je suis de plus en plus convaincu qu'il faut supprimer cet article. Notre collègue souhaite en effet, et il l'a dit à plusieurs reprises, que soient mises en place des mesures à caractère contraignant, pour ne pas dire coercitif. (*M. Hervé Maurey fait un signe de dénégation.*)

S'il était adopté, cet article donnerait une arme formidable à l'assurance maladie contre les médecins. À partir du moment où elle aura le soutien, ce que je n'espère pas, du Gouvernement et du Parlement, elle pourra en effet imposer une négociation sur le refus de conventionnement dans certaines zones ou sur les refus d'installation.

C'est pourquoi il faut supprimer cet article.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. J'utiliserai les mêmes arguments que M. Barbier, mais j'en tirerai une conclusion contraire.

Je ne reviens pas en détail sur ce débat stérile : les mesures incitatives ne fonctionnent pas ; les mesures coercitives n'ont pas non plus apporté la preuve de leur efficacité.

Il me paraît légitime qu'une négociation ait lieu avec l'assurance maladie – c'est tout de même elle qui paie, monsieur Barbier ! –, car c'est par la négociation, nous le voyons bien ici, que nous arriverons à une solution.

Monsieur Vasselle, même si nous revenions sur ce sujet lors de l'examen du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale, nous n'avancerions pas davantage. Ce qu'il faut aujourd'hui, c'est obliger les partenaires à discuter.

Je rappelle que le désert médical est devenu le symbole de l'abandon de nos territoires par l'État. Cela préoccupe la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable.

M. Hervé Maurey, président de la commission de l'aménagement du territoire. Tout à fait !

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. Je dis bien : « le symbole », qu'on le veuille ou non ! Ce n'est pas le seul, mais en tous les cas, il est important.

Il faut donc que nous trouvions des réponses à ce problème. Personne n'ayant de solution miracle à proposer, les partenaires doivent négocier pour avancer. L'article 12 *quater* A, que la commission proposera de modifier légèrement tout à l'heure, permettra des négociations.

Vous l'aurez compris, je ne voterai pas ces amendements de suppression.

Mme la présidente. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. À entendre certains, on a l'impression que les médecins seraient attaqués et qu'il n'y aurait plus de liberté d'installation. Tel n'est pas le cas !

Nous avons attentivement relu l'article : il ne prévoit rien d'autre que « le conventionnement à l'assurance maladie des médecins libéraux dans les zones définies par les agences régionales de santé ». Une telle mesure n'a rien de révolutionnaire.

Il me semble important, pour ne pas dire essentiel, que l'assurance maladie participe à ces négociations.

La solution proposée dans l'article 12 *quater* A pour s'attaquer aux problèmes que nous dénonçons tous – le manque de médecins, les déserts médicaux – me paraît donc tout à fait raisonnable. Ces problèmes ne datent pas d'aujourd'hui, ils sont le résultat des politiques successives qui ont été menées au fil des années. Le *numerus clausus* a ainsi conduit à une diminution considérable du nombre de médecins. On paie aujourd'hui les pots cassés de ces politiques !

Sachons raison garder.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 192 et 635.

J'ai été saisie d'une demande de scrutin public émanant de la commission.

Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(*Le scrutin a lieu.*)

Mme la présidente. Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(*Il est procédé au dépouillement du scrutin.*)

Mme la présidente. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n^o 250 :

Nombre de votants	342
Nombre de suffrages exprimés	341
Pour l'adoption	136
Contre	205

Le Sénat n'a pas adopté.

L'amendement n^o 14, présenté par M. Longeot, au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, est ainsi libellé :

Rédiger ainsi cet article :

Après l'article L. 4131-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4131-6... ainsi rédigé :

« *Art. L. 4131-6-...* - Dans les zones, définies par les agences régionales de santé en concertation avec les organisations syndicales représentatives des médecins au plan national, dans lesquelles est constaté un fort excédent en matière d'offre de soins, le conventionnement à l'assurance maladie d'un médecin libéral ne peut intervenir qu'en concomitance avec la cessation d'activité libérale d'un médecin exerçant dans la même zone. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article. »

La parole est à M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis.

M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis de la commission de l'aménagement du territoire. Cet amendement vise à étendre aux médecins un dispositif de régulation de l'installation analogue à ceux qui existent déjà pour la plupart des autres professionnels de santé et qui ont largement fait leurs preuves.

Le principe est celui de la liberté d'installation. Toutefois, dans une zone sur-dotée, un nouveau venu ne peut bénéficier du régime de conventionnement. J'insiste bien sur le principe, qui reste celui de la liberté d'installation.

Ce mécanisme complète utilement les dispositifs d'incitation à l'installation dans les zones sous-dotées. Ce sont les deux piliers d'une même stratégie, qui ne peut fonctionner correctement si l'un vient à manquer.

L'article 12 *quater* A fait un pas dans cette direction en prévoyant une obligation de négocier à partir de la prochaine convention médicale avec l'assurance maladie. Cette disposition pose toutefois deux problèmes : d'une part, l'obligation de négocier n'offre pas de garantie de succès et n'est qu'un moyen de repousser encore une discussion difficile avec les médecins ; d'autre part, le creux démographique étant attendu pour 2020, c'est aujourd'hui qu'il faut véritablement agir pour y faire face.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Nous comprenons bien les problèmes des zones sur-denses et des zones sous-denses. Sur le fond, nous sommes complètement d'accord.

La commission des affaires sociales propose une négociation, soit une obligation de moyens, sur le conventionnement entre les caisses de sécurité sociale et les syndicats de médecins. Nous ne pouvons pas aller au-delà dans le cadre de la loi.

En revanche, le Gouvernement pourrait demander aux caisses d'assurance maladie d'aborder les problèmes des zones sous-denses et sur-denses lors de cette négociation, mais aussi de discuter de certaines des solutions qui ont été évoquées ce matin.

Nous devons faire en sorte que les médecins s'installent dans les zones où l'on a besoin d'eux. Pour y parvenir, il nous faut des mesures incitatives. Des mesures coercitives sont également probablement nécessaires, mais, je le répète, elles ne peuvent être prévues dans la loi. Elles doivent faire l'objet d'un accord avec les syndicats de médecins, dans le cadre de la négociation des conventions nationales.

Je prie donc notre collègue de bien vouloir retirer son amendement. À défaut, la commission émettra un avis défavorable. Je suis persuadé que votre sagesse, monsieur Longeot, va l'emporter et que nous ne serons pas obligés d'aller jusque-là !

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

Mme la présidente. Monsieur Longeot, l'amendement n° 14 est-il maintenu ?

M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis de la commission de l'aménagement du territoire. Je ne peux pas retirer cet amendement qui a été adopté à l'unanimité par la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable.

Mme la présidente. La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote.

M. Alain Vasselle. Je trouve cet amendement particulièrement intéressant. Certes, j'ai dit tout à l'heure que l'article 12 *quater A*, dans la rédaction proposée par la commission, m'interpellait. Puis l'intervention de M. le rapporteur m'a fait évoluer. Il va maintenant nous falloir attendre de voir comment les choses vont se passer.

Il est vrai, comme l'a dit M. Maurey, que toutes les mesures incitatives qui ont été prises jusqu'à présent n'ont pas donné les résultats escomptés.

Mme Catherine Deroche, corapporteur. Pas encore !

M. Alain Vasselle. Cela étant, il faut relativiser. Ainsi, l'un de nos collègues a pris dans son département des initiatives intéressantes. Il m'a rapporté que le fait d'accorder une aide financière aux étudiants dès la première année d'internat avait permis l'installation de médecins dans des zones défavorisées de son département.

Un autre dispositif semble produire des résultats : il s'agit d'une mesure fiscale à destination des zones franches. Elle a conduit des médecins à quitter certains territoires et à s'installer dans ces zones, afin de bénéficier de cette mesure. Il semblerait – je n'ai pas vérifié ce point – que la disposition fiscale en question ne s'applique plus aux zones de désertification rurale, ce qui serait, à mon avis, une grosse erreur. Il serait souhaitable de la rétablir lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

L'amendement de M. Longeot est intéressant, car il vise les zones dans lesquelles on trouve pléthore de médecins. La mesure proposée reste très limitée : il s'agit, dans les zones sur-denses, de n'autoriser le conventionnement d'un nouveau médecin qu'en cas de départ d'un médecin installé.

Je suis prêt à voter cet amendement.

Mme la présidente. La parole est à Mme Chantal Jouanno, pour explication de vote.

Mme Chantal Jouanno. J'insiste sur le fait que cet amendement a été adopté à l'unanimité par la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable. Tous les territoires sont concernés par la désertification médicale, les territoires ruraux, mais aussi les territoires urbains.

Ainsi, en Île-de-France, où l'on pourrait penser qu'il n'existe pas de déserts médicaux, on dénombre 103 zones déficitaires ou fragiles. En Seine-Saint-Denis, 60 % de la

population se trouve dans une telle zone. C'est également le cas de 48 % de celle du Val-d'Oise et de 47 % de celle de la Seine-et-Marne.

Le problème, je le répète, n'est donc pas que rural, il est aussi urbain.

Lors de nos déplacements, nous le voyons, de nombreuses maisons de santé, ayant nécessité des investissements importants, ne trouvent pas de médecins généralistes pour venir y travailler.

Comme me l'a indiqué M. Maurey tout à l'heure en aparté, dans son département, les aides des élus et les loyers extrêmement faibles ne suffisent pas à faire venir les médecins. C'est aussi le cas en Seine-et-Marne.

Cet amendement est très modeste. Il tend juste à conditionner, après négociation, le conventionnement d'un nouveau médecin dans les zones denses au départ d'un autre. Cela fait dix ans que nous discutons de la mise en place d'une telle mesure en complément des mesures incitatives.

La position de la droite a toujours été à peu près identique, mais je suis agréablement surprise de voir que la gauche se convertit au libéralisme sur cette question particulière, car ce n'est pas toujours le cas sur les dossiers économiques.

Il serait tout de même temps qu'on parvienne à trouver une solution !

Mme la présidente. La parole est à M. le président de la commission de l'aménagement du territoire.

M. Hervé Maurey, président de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable. Comme l'a rappelé Chantal Jouanno, cet amendement a été adopté à l'unanimité en commission, par des parlementaires issus à la fois de territoires ruraux et de territoires urbains, mais aussi de tous les groupes politiques du Sénat, quelle que soit leur tendance politique, certains sénateurs du groupe Les Républicains ayant même estimé que nous n'allions pas assez loin. Notre collègue Hervé Poher, qui est non seulement issu de la majorité présidentielle – il siège au groupe socialiste et républicain –, mais également médecin, a lui aussi voté cet amendement. Il reconnaît qu'on ne peut pas marcher que sur une jambe en ne prônant que des mesures incitatives.

Alain Vasselle a cité des exemples réussis de politiques incitatives. Certains de ces dispositifs ont certes fait leur preuve, mais ils ne suffisent plus. Les mesures incitatives que nous mettons en œuvre depuis vingt-cinq ans gagneraient à être complétées par des mesures de régulation.

Les Allemands, qui ne mettaient en œuvre que des mesures de régulation, les complètent aujourd'hui par des mesures incitatives, comme nous avons eu l'occasion de le constater lors d'un déplacement de la commission en 2012.

Comme l'a rappelé Chantal Jouanno, cet amendement vise non pas à contraindre les médecins ou à leur interdire de s'installer où ils le souhaitent, mais simplement à stopper l'hémorragie en conditionnant le conventionnement d'un nouveau médecin au départ à la retraite ou au déménagement d'un médecin installé.

Mme la ministre a rappelé tout à l'heure à juste titre que la convention des masseurs-kinésithérapeutes avait été annulée. Cette annulation, due à un vice de forme, a aussitôt entraîné une augmentation de 25 % des installations en zones sur-dotées, alors que celles-ci avaient diminué de 30 % pendant

la période d'application de cette convention. Cela démontre les effets positifs du conventionnement, et ceux, négatifs, de sa suppression.

Le Sénat, en tant que représentant des collectivités territoriales, se doit de mettre sa patte sur ce texte. Nous sommes plus là pour défendre les territoires que les médecins !

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

Mme Annie David. Dans mon intervention hier soir sur la désertification médicale, j'ai proposé que le conventionnement d'un nouveau médecin libéral dans les zones sur-denses soit conditionné au départ à la retraite d'un médecin installé. Le groupe CRC soutiendra donc cet amendement.

À mes yeux, il ne s'agit ni d'étatisation, ni d'une mesure de coercition forte. En tant qu'organe de régulation, la sécurité sociale doit se préoccuper autant des professionnels de santé que des patients. Le principe de ne conventionner un nouveau médecin qu'à l'occasion du départ à la retraite d'un autre me semble intéressant.

Il a été question tout à l'heure des difficultés pour les maisons de santé de faire venir des médecins. Les centres de santé municipaux et les centres mutualistes, où le statut des médecins est certes différent, peinent eux aussi parfois à en trouver.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. La solution que propose la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable est intéressante, mais c'est d'un ensemble de solutions dont nous avons besoin.

Une négociation collective est donc nécessaire afin de faire le tri entre les différentes mesures, celles qui ont fait leurs preuves et celles qui pourraient fonctionner, afin d'aboutir enfin à une solution pérenne.

Pour ma part, je suis favorable au retrait de cet amendement et je soutiens l'article 12 *quater* A, que la commission proposera d'ailleurs de modifier tout à l'heure.

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Procaccia, pour explication de vote.

Mme Catherine Procaccia. Les territoires urbains rencontrent eux aussi, cela a été dit, des difficultés de densification, alors même que des départs à la retraite sont programmés dans les deux à quatre années à venir.

En outre, comme je l'ai souligné à plusieurs reprises, certains médecins décident de prendre leur retraite le plus rapidement possible, en raison des obligations qui leur sont imposées au titre de la loi sur le handicap, même si le Sénat est parvenu à les atténuer, car elles vont leur poser des problèmes d'organisation.

Le texte de l'amendement de M. Longeot étant assez imprécis – il y est question de « médecin libéral », or un médecin libéral peut exercer n'importe quelle spécialité –, j'aimerais savoir si un gynécologue désireux de s'installer devra attendre le départ à la retraite d'un autre gynécologue ou s'il pourra s'installer à la place d'un ophtalmologue.

Par ailleurs, un nouveau médecin ne s'installe pas le jour du départ à la retraite de son prédécesseur. La carte de la démographie médicale est connue, on sait qu'un certain nombre de médecins vont prendre leur retraite au cours des deux ou trois prochaines années. Il faut donc anticiper

leur remplacement et attirer de nouveaux médecins suffisamment tôt pour qu'ils aient le temps d'exercer, de récupérer la clientèle et de se faire un nom.

Je ne voterai donc pas cet amendement, qui ne me semble pas du tout incitatif. Je crains qu'il n'aboutisse à l'effet contraire à celui qui est recherché.

Mme la présidente. La parole est à M. Gilbert Barbier, pour explication de vote.

M. Gilbert Barbier. Vous l'avez bien compris, je ne voterai pas cet amendement.

En premier lieu, il suffira aux médecins souhaitant faire des consultations dans une zone sur-dense de s'installer à ses limites extérieures.

En second lieu, l'amendement tend à prévoir qu'« un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article ». Cela signifie que l'État aura la main et qu'il pourra imposer certaines mesures à la convention médicale.

Si on veut un conflit ouvert avec les syndicats de médecins, il n'y a qu'à voter cet amendement !

Mme la présidente. La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

M. Alain Milon, corapporteur. Je ne reviendrai pas sur tout ce qui a été dit, je souhaite simplement répondre à Mme Jouanno sur les maisons de santé qui ne parviennent pas à trouver de médecins.

Il est vrai que de telles situations existent. Elles se produisent lorsque les murs ont été bâtis avant que le programme médical n'ait été projeté ou établi. Pour que ces maisons de santé fonctionnent, il faut qu'un travail et des négociations soient engagés en amont avec les professionnels de santé, sinon elles restent vides.

Comme Mme la ministre l'a rappelé, à la suite des appels à projets lancés par les ARS, 1 000 projets sont actuellement en cours. J'en connais quelques-uns en région Provence-Alpes-Côte d'Azur, et je puis vous dire qu'ils ne fonctionneront que si le projet médical a été élaboré en amont, en concertation avec les professionnels. On ne construit les murs qu'après !

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 14.

J'ai été saisie de deux demandes de scrutin public émanant, l'une, de la commission des affaires sociales et, l'autre, du groupe écologiste.

Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable, de même que celui du Gouvernement.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

Mme la présidente. Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(Il est procédé au dépouillement du scrutin.)

Mme la présidente. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 251 :

Nombre de votants	326
Nombre de suffrages exprimés	319
Pour l'adoption	54
Contre	265

Le Sénat n'a pas adopté.

L'amendement n° 1216, présenté par M. Milon et Mmes Deroche et Doineau, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Remplacer les mots :

porte notamment

par les mots :

doit porter, pour assurer l'offre de soins,

La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

M. Alain Milon, corapporteur. Tel qu'il est actuellement rédigé, l'article 12 *quater* A comprend l'adverbe « notamment ». Vous conviendrez qu'il serait déplaisant pour M. Hiest que nous le conservions alors que nous apprenons sa nomination au Conseil constitutionnel! (*Sourires.*)

Cet amendement tend donc à remplacer les mots : « porte notamment » par les mots : « doit porter, pour assurer l'offre de soins, ».

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote.

M. Alain Vasselle. Monsieur le rapporteur, en proposant de remplacer le verbe « porte » par les termes « doit porter », vous franchissez une étape supplémentaire. Une telle modification m'interpelle.

Il y a un instant, vous m'avez rassuré en m'indiquant qu'il s'agissait d'ouvrir une discussion, non de prendre des mesures à caractère contraignant. Or l'utilisation du mot « doit » donne à penser que le directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie, lorsqu'il négociera avec l'ensemble des syndicats de médecins, pourra leur imposer certaines contraintes.

Mme Nicole Bricq. Le verbe est à l'impératif : nous l'avons compris !

M. Alain Vasselle. Mes chers collègues, c'est l'une des raisons pour lesquelles je me suis abstenu sur le précédent amendement. Mon cœur balance entre les deux solutions. Les divers arguments développés me conduisent à considérer que chacun a un peu raison.

Mme Nicole Bricq. Mais les uns ont plus raison que les autres : c'est le principe de la politique !

M. Alain Vasselle. En cet instant, je ne parviens pas à me faire une juste opinion de la décision à prendre.

Je le répète, je m'inquiète des contraintes qui pourraient être imposées aux syndicats de médecins lors de la négociation si cet amendement était adopté.

Mme la présidente. La parole est à M. Gilbert Barbier, pour explication de vote.

M. Gilbert Barbier. Je ne reprendrai pas les propos de M. Vasselle. Pour ma part, j'ai fait mieux que m'abstenir sur le précédent amendement, j'ai voté contre! (*M. Alain Vasselle rit.*)

On voit bien la méthode suivie : on commence par proposer un nouvel article, on s'efforce de le faire adopter, puis on en durcit les termes.

À mes yeux, ces dispositions susciteront un conflit lors de la future négociation des conventions nationales entre l'assurance maladie et les représentants des organismes professionnels. Pardonnez-moi de le dire, cela revient, ni plus ni moins, à déclencher la guerre ! Aussi, je ne voterai pas cet amendement.

Mme la présidente. La parole est à M. Hervé Maurey, pour explication de vote.

M. Hervé Maurey. Mes chers collègues, avant tout, je me réjouis que le précédent amendement ait été mis aux voix par scrutin public : ainsi, chacun a pris ses responsabilités, et les positions de chacun seront gravées dans le marbre. J'espère que, dans les départements, nos concitoyens regarderont quelle a été la position adoptée par leurs élus sur ces sujets essentiels.

De plus, même si cet amendement est loin d'avoir obtenu la majorité, je constate que les esprits évoluent petit à petit. Lors de l'examen de la loi HPST, nous avions réuni à peine une quinzaine de voix sur un sujet similaire. Les esprits vont nécessairement continuer à évoluer : un jour ou l'autre, un gouvernement courageux – je ne sais s'il sera de droite, de gauche ou du centre – finira bien par se rendre compte qu'il n'y a pas d'autre moyen d'améliorer la situation de ces territoires.

Bien sûr, je voterai le présent amendement, qui tend à proposer une rédaction un peu moins bavarde que celle qui a été adoptée en commission, en supprimant le terme « notamment ».

Vous l'avez compris, le dispositif qui nous est proposé reste selon moi insuffisant. Toutefois, il a le mérite d'inscrire dans la loi, pour la première fois, une disposition frappée au coin du bon sens : au cours des négociations entre les professionnels et la Caisse nationale d'assurance maladie, cette question fondamentale devra être abordée.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1216.

J'ai été saisie d'une demande de scrutin public émanant de la commission.

Je rappelle que l'avis du Gouvernement est défavorable.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(*Le scrutin a lieu.*)

Mme la présidente. Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(*Il est procédé au dépouillement du scrutin.*)

Mme la présidente. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 252 :

Nombre de votants	342
Nombre de suffrages exprimés	331
Pour l'adoption	204
Contre	127

Le Sénat a adopté.

L'amendement n° 323 rectifié *bis*, présenté par MM. Chasseing, G. Bailly, Béchu et Cadic, Mmes Deromedi, Deseyne, Duchêne et Estrosi Sassone et MM. Fouché, B. Fournier, Gremillet, Kennel, Laménie, Lemoine, Lenoir, Mayet, Médevielle, Morisset, Mouiller, Nougein, Requier et Bouvard, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par les mots :

afin de favoriser l'installation de médecins dans les zones déficitaires

La parole est à Mme Jacky Deromedi.

Mme Jacky Deromedi. L'article 12 *quater* A vise à inciter les médecins, dans le cadre de la négociation des conventions nationales, à s'installer dans les territoires déficitaires.

Le présent amendement tend à compléter cet article en rappelant que son but essentiel est d'éviter la formation de déserts médicaux par un dispositif spécifique d'incitation à l'installation en zone déficitaire.

Mme Nicole Bricq. Mais cet amendement est déjà satisfait !

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

M. Alain Milon, corapporteur. La commission demande le retrait de cet amendement. À défaut, elle émettra un avis défavorable. En effet, cet amendement est déjà satisfait par l'article 12 *quater* A tel qu'il a été modifié.

Mme Nicole Bricq. Voilà !

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable !

Mme la présidente. Madame Deromedi, l'amendement n° 323 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Jacky Deromedi. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 323 rectifié *bis* est retiré.

Je mets aux voix l'article 12 *quater* A, modifié.

J'ai été saisie de deux demandes de scrutin public émanant, l'une, de la commission et, l'autre, du groupe de l'UDI-UC.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(*Le scrutin a lieu.*)

Mme la présidente. Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(*Il est procédé au dépouillement du scrutin.*)

Mme la présidente. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 253 :

Nombre de votants	342
Nombre de suffrages exprimés	341
Pour l'adoption	215
Contre	126

Le Sénat a adopté.

Article additionnel après l'article 12 *quater* A

Mme la présidente. L'amendement n° 909, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 12 *quater* A

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de trois ans à compter de la promulgation de la présente loi, les médecins libéraux non signataires du contrat d'accès aux soins ne sont plus autorisés à pratiquer des honoraires différents de ceux prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

Un décret pris en Conseil des ministres précise les conditions d'application du présent article.

La parole est à Mme Aline Archimbaud.

Mme Aline Archimbaud. Plusieurs études ont récemment montré qu'un nombre croissant de Français vivaient dans des déserts médicaux, en particulier en ce qui concerne les médecins spécialistes, alors même que les dépassements d'honoraires ont doublé ces vingt dernières années. De plus en plus de nos concitoyens se trouvent donc dans un désert médical de fait, quand, faute de médecins pratiquant le tarif opposable, ils n'ont plus les moyens de se soigner.

Si l'aspect géographique est bien connu des élus, notamment dans les territoires ruraux, il ne faut pas négliger la pénurie de médecins facturant le tarif de la sécurité sociale, y compris dans les zones urbaines les plus denses.

À titre d'exemple, une enquête menée en 2012 par l'UFC-Que choisir démontrait que les habitants de Paris, Saint-Étienne, Le Mans ou Aix-en-Provence se trouvaient bel et bien dans des zones d'accès difficile, s'agissant des ophtalmologues ne pratiquant pas de dépassement d'honoraires.

Il est urgent de mettre fin à cette fracture sanitaire et de lutter contre le renoncement aux soins que l'on constate chez un nombre croissant de Français, en supprimant progressivement le secteur 2 autorisant les dépassements d'honoraires sans encadrement, pour ne conserver que le secteur 1 et le contrat d'accès aux soins.

Par cet amendement, nous proposons d'entamer la transition vers cet objectif en ménageant un délai de trois ans avant d'interdire aux médecins libéraux non signataires du contrat d'accès aux soins de pratiquer des honoraires différents de ceux du tarif opposable. Ils pourront ainsi toujours choisir entre l'exercice en secteur 1 au tarif opposable et, pour ceux qui bénéficient des titres énumérés à l'article 35-1 de l'arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes, la souscription au contrat d'accès aux soins.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Madame Archimbaud, je comprends parfaitement votre objectif et je partage la préoccupation que vous exprimez face à la permanence, dans certains secteurs géographiques ou professionnels, de dépassements d'honoraires très élevés.

Depuis qu'a été approuvé l'avenant n° 8 à la convention médicale, on observe une diminution des honoraires médicaux grâce à la mise en place du contrat d'accès aux soins.

Faut-il aller plus loin ? Assurément, oui, car nous ne pouvons pas nous satisfaire de la situation actuelle. La mise en place des « contrats responsables » vise ainsi à favoriser une régulation des tarifs, des coûts et des honoraires.

Peut-on, comme vous le proposez, interdire les dépassements d'honoraires – même en trois ans – pour ceux qui ne sont pas signataires d'un contrat d'accès aux soins ? Cela me semble hors de portée. Une telle mesure aurait en outre un effet inverse à celui que vous recherchez, car des professionnels de santé pratiquant des dépassements d'honoraires s'engageraient dans un mouvement de déconventionnement, empêchant leurs patients d'être remboursés.

La solution au problème que vous évoquez ne réside pas, à mon sens, dans une mesure trop rapide ou trop brutale, mais plutôt dans la mise en place de plusieurs procédures de régulation.

Je vous demande donc de bien vouloir retirer votre amendement, auquel le Gouvernement est défavorable.

Mme la présidente. Madame Archimbaud, l'amendement n° 909 est-il maintenu ?

Mme Aline Archimbaud. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 909 est retiré.

Article 12 quater (Supprimé)

Mme la présidente. L'amendement n° 669 rectifié, présenté par Mme Garriaud-Maylam, M. Allizard, Mmes Deromedi et Duchêne et M. Duvernois, est ainsi libellé :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Après le 5° de l'article L. 4130-1 du code de la santé publique, il est inséré un 5° *bis* ainsi rédigé :

« 5° *bis* Administrer et coordonner les soins visant à soulager la douleur. En cas de nécessité, le médecin traitant assure le lien avec les structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur ; ».

La parole est à Mme Joëlle Garriaud-Maylam.

Mme Joëlle Garriaud-Maylam. Madame la présidente, madame la ministre, mes chers collègues, le traitement de la douleur, notamment de la douleur chronique liée aux pathologies de longue durée, est un enjeu majeur de santé publique.

Je rappelle que le soulagement de la douleur est reconnu comme un droit fondamental depuis les lois de santé publique de 2002 et de 2004, et que les médecins eux-mêmes, souvent très démunis, réclament une meilleure coordination et une approche plus globale de cette question.

Pour ces raisons, je déplore la suppression de l'article 12 *quater* et je vous propose de le rétablir dans une rédaction légèrement différente. Il s'agit de confier un rôle plus clair aux médecins dans la définition et dans la mise en place du parcours de santé, afin de concrétiser ce droit.

Cet amendement vise en outre à offrir un moyen d'identifier les acteurs impliqués dans la prise en charge de la douleur, ce que demandent avec insistance de très nombreux médecins.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Ma chère collègue, l'article 12 *quater* ajoutait à la liste des missions du médecin généraliste l'administration et de la coordination des soins visant à soulager la douleur.

Cette précision apparaît redondante, car les médecins doivent déjà prendre en charge la douleur au titre des obligations qui leur incombent en vertu du code de la santé publique et du code de déontologie. L'article L. 1110-5 du code de la santé publique prévoit en particulier que « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. »

La commission a donc jugé préférable de supprimer l'article 12 *quater*. Elle maintient sa position et vous demande de retirer votre amendement. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Favorable.

Mme la présidente. La parole est à Mme Joëlle Garriaud-Maylam, pour explication de vote.

Mme Joëlle Garriaud-Maylam. Je connais bien évidemment cet article du code de la santé publique. L'amendement que nous présentons vise précisément à corriger ses lacunes.

M. Alain Milon, corapporteur. Il n'en a pas !

Mme Joëlle Garriaud-Maylam. La rédaction que nous proposons permet de préciser le parcours de santé et de souligner l'importance, pour les médecins, qui se disent eux-mêmes démunis devant cette question, d'identifier ses acteurs et de mettre en œuvre une prise en charge globale. Tel est, me semble-t-il, l'objet du projet de loi dans son ensemble.

À mon sens, cet esprit doit également s'appliquer à la question de la douleur. Je maintiens donc mon amendement.

Mme la présidente. La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

M. Alain Milon, corapporteur. Les médecins ne sont pas démunis face à la douleur ! La médecine, elle, peut l'être. Les praticiens disposent d'une panoplie de médicaments leur permettant de la traiter. Peut-être est-elle insuffisante pour traiter toutes les douleurs, mais le métier de médecin consiste à soigner le patient dans toutes ses dimensions, y compris la douleur.

Si vous précisez dans la loi que le médecin doit soigner la douleur, il faudra ajouter dans la liste toutes les missions qui incombent à ce dernier, ainsi que d'autres obligations. Or si vous en oubliez, le médecin n'aura plus l'obligation de les remplir.

Le code de santé publique existe et le code de déontologie médicale oblige le médecin à soigner le patient le mieux possible. Le médecin a une obligation de moyens et non

– heureusement encore! – de résultat. Il soigne la douleur – c'est évident! – avec les moyens dont il dispose actuellement. S'il a besoin de moyens supplémentaires, que l'industrie et la recherche lui en donnent!

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Génisson, pour explication de vote.

Mme Catherine Génisson. Il est compliqué d'examiner un tel amendement – et de nombreux amendements de cette nature viendront en discussion ultérieurement! – parce que nous devenons en quelque sorte des prescripteurs, à la place des professionnels.

M. Alain Milon, rapporteur. Tout à fait!

Mme Catherine Génisson. Néanmoins, il est vrai que la prise en charge de la douleur en France – j'évoque là un sujet général, social et sociétal – reste très insuffisante, ...

Mme Joëlle Garriaud-Maylam. Oui!

Mme Catherine Génisson. ... même si des progrès ont été réalisés. Je ne parle pas de la fin de vie où la douleur est autant physique que psychologique, je pense surtout à la douleur des enfants, qui reste mal prise en compte.

Mme Joëlle Garriaud-Maylam. En effet!

Mme Catherine Génisson. Comme les enfants, surtout les tout-petits, s'expriment très peu, on a longtemps considéré qu'ils ne souffraient pas. (*Oui! sur le banc des commissions.*) Ce sujet est donc particulièrement important.

Le problème est générique, il n'est pas lié à une spécialité médicale.

Mme Joëlle Garriaud-Maylam. Absolument!

Mme Catherine Génisson. Même si nous nous montrons un peu trop prescripteurs, je voterai l'amendement n° 669 rectifié.

Mme la présidente. La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote.

M. Alain Vasselle. Cet amendement appelle deux observations de ma part.

En premier lieu, il me semble – je parle sous le contrôle de M. le rapporteur et du Gouvernement – que la formation des médecins généralistes au traitement de la douleur est insuffisante. Ce fait n'est pas nouveau; on en avait déjà fait état voilà plusieurs années. Certes, des progrès ont peut-être été réalisés. Les médecins généralistes, à condition qu'ils en prennent l'initiative, peuvent peut-être suivre une formation dans ce domaine dans le cadre de la formation continue afin d'être plus opérationnels que par le passé. Il n'en demeure pas moins qu'un déficit demeure en la matière.

En second lieu, on le voit bien, il y a un problème de coordination patent entre les médecins généralistes et les structures spécialisées, notamment les établissements de santé.

Mme Joëlle Garriaud-Maylam. Exactement!

M. Alain Vasselle. Aujourd'hui, l'information entre les médecins libéraux, qui sont sur le territoire, et les établissements de santé circule vraiment mal. Si nous avons engagé la réforme de la médecine de ville, nous n'avons pas procédé à celle des établissements de santé. La coordination ne se fait pas dans les deux sens, ce qui explique d'ailleurs le dérapage important des dépenses d'assurance maladie. La coordination n'est pas opérationnelle.

L'intérêt de l'amendement n° 669 rectifié est qu'il permettrait peut-être de *booster* un peu les choses, si je puis dire. Son caractère provocateur incitera peut-être les acteurs à se pencher réellement sur la question de la douleur et à donner les moyens d'améliorer la situation.

M. Milon a souligné qu'il y avait peut-être un problème de moyens. Mais alors que faire pour permettre aux médecins de traiter la douleur? Certes, cet amendement est un peu provocateur, je le répète, pour les médecins – on le sait, ils font leur travail et interviennent chaque fois qu'ils le peuvent –, mais le problème est réel.

Mme la présidente. La parole est à M. Gilbert Barbier, pour explication de vote.

M. Gilbert Barbier. L'amendement tel qu'il est rédigé ne sous-entend pas que les médecins ne savent pas, à titre personnel, traiter la douleur.

Mme Joëlle Garriaud-Maylam. Bien sûr que non!

M. Gilbert Barbier. Les médecins savent la traiter.

Mais, comme vient de le souligner mon collègue Alain Vasselle, on constate un hiatus entre les médecins libéraux et les services spécialisés dans la prise en charge de la douleur, notamment en matière de soins palliatifs. Lorsqu'un médecin n'a pas la possibilité de traiter correctement la douleur, il doit non pas l'abandonner, mais l'orienter vers une structure adaptée.

Préciser dans le texte que le médecin a le devoir d'essayer de soigner la douleur de son patient et de l'orienter vers une structure spécialisée ne me semble donc pas dénué d'intérêt.

Mme la présidente. La parole est à Mme Aline Archimbaud, pour explication de vote.

Mme Aline Archimbaud. Je voterai moi aussi l'amendement n° 669 rectifié.

Certes, de très nombreux progrès ont été réalisés. En effet, les médecins se préoccupent de soigner la douleur et ont les moyens de le faire. Mais il fut une période lointaine – nous en sommes sortis! – où la vision philosophique et morale était différente: soigner la douleur n'était pas l'objectif principal de la médecine.

Je partage les arguments avancés par plusieurs de mes collègues: une plus grande coordination entre les différents services et les différentes structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur est nécessaire. Il ne s'agit pas de faire une loi bavarde, ni, surtout, d'adresser des reproches aux médecins ou de les soupçonner de ne pas vouloir suffisamment traiter la douleur. Mais, dans une loi sur la santé, nous devons rappeler quelles sont les priorités. La mesure ici proposée ne doit donc pas être considérée, je le répète, comme un reproche adressé aux professionnels.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 669 rectifié.

(*L'amendement est adopté.*)

Mme la présidente. En conséquence, l'article 12 *quater* est rétabli dans cette rédaction.

Article 13

① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié:

- ② 1° A La première phrase du c du 2° de l'article L. 1431-2 est complétée par les mots : « et assurent la mise en place du projet territorial de santé mentale mentionné à l'article L. 3221-2 » ;
- ③ 1° (*Supprimé*)
- ④ 2° À la première phrase de l'article L. 3211-2-3, les mots : « n'exerce pas la mission de service public mentionnée au 11° de l'article L. 6112-1 » sont remplacés par les mots : « n'assure pas, en application de l'article L. 3222-1, la prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques au titre des chapitres II à IV du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale » ;
- ⑤ 2° *bis* L'article L. 3212-5 est ainsi modifié :
- ⑥ a) Le I est ainsi rédigé :
- ⑦ « I. – Le directeur de l'établissement d'accueil transmet sans délai au représentant de l'État dans le département ou, à Paris, au préfet de police, et à la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5 toute décision d'admission d'une personne en soins psychiatriques en application du présent chapitre. Il transmet également sans délai à cette commission une copie du certificat médical d'admission, du bulletin d'entrée et de chacun des certificats médicaux mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3211-2-2. » ;
- ⑧ b) Le II est abrogé ;
- ⑨ 2° *ter* Au dernier alinéa de l'article L. 3212-7, les mots : « au représentant de l'État dans le département ou, à Paris, au préfet de police, et » sont supprimés ;
- ⑩ 2° *quater* Au deuxième alinéa de l'article L. 3212-8, les mots : « , les procureurs de la République mentionnés au II de l'article L. 3212-5 » sont supprimés ;
- ⑪ 2° *quinquies* À la deuxième phrase du II de l'article L. 3214-1, la référence : « II » est remplacée par la référence : « I » ;
- ⑫ 2° *sexies* Au 1° de l'article L. 3215-1, la référence : « du dernier alinéa de l'article L. 3212-8 ou » est supprimée ;
- ⑬ 3° Le chapitre I^{er} du titre II du livre II de la troisième partie est ainsi modifié :
- ⑭ a) L'intitulé est ainsi rédigé : « Politique de santé mentale et organisation de la psychiatrie » ;
- ⑮ b) Les articles L. 3221-1 à L. 3221-4 sont ainsi rédigés :
- ⑯ « Art. L. 3221-1. – La politique de santé mentale, à laquelle l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux concernés, notamment les établissements autorisés en psychiatrie et les acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion, contribue, est mise en œuvre par des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale.
- ⑰ « Art. L. 3221-2. – I. – Un projet territorial de santé mentale, dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture, est élaboré et mis en œuvre à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale à un niveau territorial suffisant pour permettre l'association de l'ensemble des acteurs mentionnés à l'article L. 3221-1 et l'accès à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées.
- ⑱ « Il tient compte des caractéristiques socio-démographiques de la population, des caractéristiques géographiques des territoires et de l'offre de soins et de services contribuant à la réponse aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiques.
- ⑲ « II. – Le projet territorial est défini sur la base d'un diagnostic territorial partagé en santé mentale établi par les acteurs de santé du territoire. Le projet territorial associe notamment les représentants des usagers, les professionnels et établissements de santé, les établissements et services sociaux et médico-sociaux, les organismes locaux d'assurance maladie et les services et les établissements publics de l'État concernés, les collectivités territoriales, ainsi que les conseils locaux de santé, les conseils locaux de santé mentale ou toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des sujets de santé mentale, dès lors qu'ils comprennent en leur sein les représentants des usagers et les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux.
- ⑳ « Les diagnostics et les projets territoriaux tiennent compte des projets des équipes de soins primaires mentionnées à l'article L. 1411-11-1 et des pôles de santé mentionnées à l'article L. 1434-11.
- ㉑ « Le diagnostic, qui comprend un état des ressources disponibles, a pour objet d'identifier les insuffisances dans l'offre de prévention et de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux et dans l'accessibilité, la coordination et la continuité de ces services, et de préconiser des actions pour y remédier.
- ㉒ « III. – Le projet territorial de santé mentale organise la coordination territoriale de second niveau. Il définit les actions à entreprendre afin de répondre aux besoins identifiés par le diagnostic territorial partagé.
- ㉓ « Il organise les conditions d'accès de la population :
- ㉔ « 1° À la prévention et en particulier au repérage, au diagnostic et à l'intervention précoce sur les troubles ;
- ㉕ « 2° À l'ensemble des modalités et techniques de soins et de prises en charge spécifiques ;
- ㉖ « 3° Aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale.
- ㉗ « À cet effet, il organise l'accès de la population à un ensemble de dispositifs et de services répondant à des priorités définies par voie réglementaire.
- ㉘ « Il précise les objectifs poursuivis, les évolutions de l'offre de soins et de services et des organisations nécessaires ainsi que les indicateurs de suivi du projet. Il s'appuie sur la transmission et le partage des savoirs acquis et des bonnes pratiques professionnelles, le développement professionnel continu et le développement de la recherche clinique.
- ㉙ « La coordination territoriale de second niveau est déclinée dans l'organisation des parcours de proximité pour assurer à chaque patient, notamment aux patients pris en charge dans le cadre de la mission de psychiatrie de secteur, l'accès à cet ensemble de dispositifs et de services.

- 30 « IV. – Le diagnostic territorial partagé est arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis des conseils locaux de santé mentale et du conseil territorial de santé mentionné à l'article L. 1434-9. Le diagnostic territorial partagé peut être révisé ou complété à tout moment.
- 31 « Le directeur général de l'agence régionale de santé informe des diagnostics et des projets territoriaux de santé la conférence régionale de la santé et de l'auto-nomie et assure leur publication.
- 32 « V. – Les actions tendant à mettre en œuvre le projet territorial de santé mentale peuvent faire l'objet d'un contrat territorial de santé mentale conclu entre l'agence régionale de santé et les acteurs du territoire participant à la mise en œuvre de ces actions.
- 33 « Le contrat territorial de santé mentale définit l'action assurée par ses signataires, leurs missions et engagements, les moyens qu'ils y consacrent et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation.
- 34 « Selon leur territoire d'application, ces actions peuvent être déclinées au sein de conseils locaux de santé mentale. Le conseil territorial de santé mentionné à l'article L. 1434-9 comprend une commission spécialisée en santé mentale.
- 35 « VI. – Les établissements de service public hospitalier signataires d'un même contrat territorial de santé mentale peuvent constituer entre eux une communauté psychiatrique de territoire pour la définition et la mise en œuvre de leur projet médical d'établissement, selon des modalités définies par décret.
- 36 « *Art. L. 3221-3.* – I. – Au sein de l'activité de psychiatrie, la mission de psychiatrie de secteur, qui concourt à la politique de santé mentale mentionnée à l'article L. 3221-1, consiste à garantir à l'ensemble de la population :
- 37 « 1° Un recours de proximité en soins psychiatriques, notamment par l'organisation de soins ambulatoires de proximité, y compris sous forme d'intervention à domicile, assuré par des équipes pluriprofessionnelles, en coopération avec les équipes de soins primaires mentionnées à l'article L. 1411-11-1 et les pôles mentionnés à l'article L. 1434-11 ;
- 38 « 2° L'accessibilité territoriale et financière des soins psychiatriques ;
- 39 « 3° La continuité des soins psychiatriques, notamment pour les patients dont les parcours de santé sont particulièrement complexes, y compris par recours à l'hospitalisation, avec ou sans consentement, en assurant si nécessaire l'orientation vers d'autres acteurs afin de garantir l'accès à des prises en charge non disponibles au sein des établissements assurant la mission de psychiatrie de secteur.
- 40 « La mission de psychiatrie de secteur se décline de façon spécifique pour les enfants et les adolescents.
- 41 « II. – Les établissements de santé assurant la mission de psychiatrie de secteur participent aux actions menées en matière de prévention, de soins et d'insertion dans le cadre du projet territorial de santé mentale et par les équipes de soins primaires et les pôles de santé de terri-toires.
- 42 « *Art. L. 3221-4.* – Le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, parmi les établissements de santé autorisés en psychiatrie et assurant le service public hospitalier défini à l'article L. 6112-1, les établissements de santé assurant la mission de psychiatrie de secteur et sa déclinaison pour les enfants et les adolescents. Afin que l'ensemble de la région soit couvert, il affecte à chaque établissement ainsi désigné une zone d'intervention. Sur cette zone, l'établissement s'engage à travailler en partenariats avec les autres acteurs.
- 43 « Le directeur général de l'agence régionale de santé organise également avec ces établissements les modalités de réponse aux besoins des personnes en situation de précarité ne disposant pas d'une domiciliation stable dans la zone d'intervention considérée.
- 44 « Chaque établissement détermine, dans le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 ou dans les documents définissant la politique médicale mentionnée à l'article L. 6161-2-2, les modalités d'organisation et de fonctionnement de cette activité dans la zone qui lui a été affectée et sa déclinaison pour les enfants et les adolescents, qu'il décline en territoires de proximité appelés secteurs de psychiatrie. » ;
- 45 3° *bis* Après l'article L. 3221-4, il est inséré un article L. 3221-4-1 A ainsi rédigé :
- 46 « *Art. L. 3221-4-1 A.* – L'établissement peut signer une convention avec une association de soins, de prévention, de réadaptation et de réhabilitation afin de mettre en œuvre une démarche thérapeutique, qu'elle définit.
- 47 « La convention précise notamment les modalités de mise à disposition par l'établissement d'équipements et de moyens matériels et financiers et les conditions de leur utilisation par l'association. Elle indique les conditions dans lesquelles le personnel hospitalier peut contribuer au fonctionnement et aux activités de l'association. Elle détermine les modalités de contrôle médical de son exécution.
- 48 « L'association rend annuellement compte par écrit à l'établissement de sa gestion et de l'utilisation des moyens mis à sa disposition. » ;
- 49 4° Le chapitre II du titre II du livre II de la troisième partie est ainsi modifié :
- 50 a) L'intitulé est ainsi rédigé : « Établissements de santé chargés d'assurer les soins psychiatriques sans consentement » ;
- 51 b) L'article L. 3222-1 est ainsi rédigé :
- 52 « *Art. L. 3222-1.* – I. – Seuls les établissements autorisés en psychiatrie peuvent assurer des soins psychiatriques sans consentement en application des chapitres II à IV du titre I^{er} du présent livre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale. Les établissements chargés d'assurer ces soins sont désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis du représentant de l'État dans le département concerné.
- 53 « II. – La zone géographique dans laquelle l'établissement de santé ainsi désigné exerce ces missions est définie, en tenant compte des modalités d'organisation en secteurs de psychiatrie mentionnés à l'article L. 3221-4, dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1.

- 54 « III. – Les moyens mis en œuvre pour l'exercice de ces missions et les modalités de coordination avec l'activité de psychiatrie de secteur mentionnée à l'article L. 3221-3 sont précisés dans le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 ou dans les documents fixant la politique médicale mentionnée à l'article L. 6161-2-2.
- 55 « Lorsque l'établissement de santé désigné en application du I du présent article n'est pas chargé de la mission de psychiatrie de secteur dans la même zone géographique, les modalités de coordination font l'objet d'une convention tripartite entre l'établissement de santé désigné au titre du même I, l'établissement de santé désigné au titre de l'article L. 3221-4 et le directeur général de l'agence régionale de santé.
- 56 « IV. – Dans les établissements n'assurant pas le service public hospitalier, tout patient faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre I^{er} du présent livre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale bénéficie des garanties prévues au I de l'article L. 6112-2. » ;
- 57 c) L'article L. 3222-1-1 A devient l'article L. 3221-5-1 ;
- 58 5° À la fin du premier alinéa de l'article L. 3311-1, les mots : « , sans préjudice du dispositif prévu à l'article L. 3221-1 » sont supprimés ;
- 59 6° Le premier alinéa de l'article L. 6143-2 est complété par une phrase ainsi rédigée :
- 60 « Dans les établissements désignés pour assurer la mission de psychiatrie de secteur en application de l'article L. 3221-4, il précise les modalités d'organisation de cette mission au sein de la zone d'intervention qui lui a été affectée. »
- 61 II (*Non modifié*). – Dans un délai de trois ans à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la mise en œuvre de la politique de santé mentale.

Mme la présidente. La parole est à Mme Laurence Cohen, sur l'article.

Mme Laurence Cohen. Alors que les besoins en psychiatrie sont immenses, je déplore la faible place que ce texte accorde à cette spécialité : 2 articles sur les 200 que comptait le projet de loi tel qu'il a été adopté par l'Assemblée nationale.

Notre pays a toujours été le fer de lance d'une psychiatrie humaine et bienveillante, mais les différentes politiques menées depuis des années lui ont porté de rudes coups.

Comment redévelopper la psychiatrie de secteur, afin de mener une politique de santé mentale innovante et humaine, qui tienne compte des patients ?

Les professionnels parlent à juste titre de recul. Ils nous alertent sur le recours de plus en plus répandu à la contention. Un texte du Collectif des 39 circule à ce sujet et, dernièrement, lors d'un colloque qui s'est tenu au Sénat, le Dr Jean-Claude Pénochet, président du syndicat des psychiatres des hôpitaux, a dénoncé la situation en ces termes : « La contention est un indicateur de la bonne ou de la mauvaise santé de la psychiatrie. Plus elle va mal, plus la contention sera utilisée. »

Ils éprouvent désarroi et colère face à une psychiatrie centrée non plus sur la prise en charge de la souffrance du sujet et la continuité des soins, mais exclusivement sur la crise

et l'abaissement du symptôme ; désarroi et colère face à un manque criant de moyens, notamment en nombre de postes d'infirmiers, de psychologues, de psychiatres.

À cela s'ajoute le fait que la formation n'est pas à la hauteur des défis de la psychiatrie du XXI^e siècle. Pour en revenir à une psychiatrie soucieuse de la personne, centrée sur la relation thérapeutique, il est indispensable de développer une formation spécifique pour tous les soignants exerçant en psychiatrie.

Et comment ne pas évoquer le dénuement de la pédopsychiatrie, la non-reconnaissance du rôle et du statut des psychologues ?

Comment ne pas évoquer les restrictions budgétaires, les fermetures ou les regroupements d'hôpitaux ?

Tous ces facteurs ont pour conséquences des parcours de soins chaotiques, comme le dénoncent non seulement les professionnels, mais également les patients et leurs familles.

Pour toutes ces raisons, il est urgent d'élaborer un cadre spécifique à la santé mentale et d'avoir une ambition à la hauteur des attentes et des besoins des patients et des personnels. Pour l'heure, nous sommes déçus que le présent projet de loi ne compte que deux articles consacrés à la psychiatrie.

J'espère, madame la ministre, que vous entendrez cet appel.

Mme la présidente. La parole est à Mme Annie David, sur l'article.

Mme Annie David. Mon propos s'inscrit dans la continuité de ceux de ma collègue Laurence Cohen.

Pour illustrer la réalité du terrain, permettez-moi d'évoquer la situation de l'hôpital psychiatrique du Vinatier, dont mon ami et collègue Guy Fisher a soutenu avec force les luttes.

Le Vinatier, situé dans la banlieue lyonnaise, est le plus important hôpital psychiatrique de France. Cet hôpital a malheureusement défrayé la chronique au début de l'année : un infirmier du Vinatier a été poignardé par un patient à la fin du mois de janvier ; deux patients se sont ensuite donné la mort, puis ce fut le cas d'un infirmier huit jours plus tard. En juin dernier, une jeune femme a été agressée sexuellement par un autre patient au sein des urgences. Il est à noter que ce patient était présent aux urgences depuis plus de dix jours, ce qui donne un premier aperçu des dysfonctionnements existant dans cet hôpital.

Comme l'indique l'ancienne médecin-chef des urgences, si les professionnels de la psychiatrie ont l'habitude de canaliser la violence, ils se trouvent dans un tel climat de saturation au Vinatier qu'il ne leur est plus possible d'éviter tous les accidents.

En effet, le personnel consacre une grande part de son énergie à trouver des lits, à faire face au manque de places et de moyens, si bien que la prise en charge curative passe au second plan.

Cette situation trouve son origine en 2013, quand quarante lits ont été fermés dans les services de cet hôpital. Résultat, les patients restent et s'entassent aux urgences, ce qui est loin de concourir à leur rétablissement. Le contrôleur général des lieux de privation des libertés ainsi que le bâtonnier ont rendu des rapports accablants : suroccupation chronique, conditions d'exercice des soins « susceptibles d'être à l'origine de violences non maîtrisées », etc.

Alertés, l'agence régionale de santé et le ministère des affaires sociales ont finalement accepté d'ouvrir une unité d'hospitalisation de très courte durée et d'expérimenter des urgences départementales. Or ces projets semblent être davantage politiques que médicaux, et servent de vitrine au directeur, par ailleurs fortement critiqué.

En effet, au-delà de la question des moyens, la situation de l'hôpital du Vinatier serait due, selon l'ensemble des acteurs, à l'impossibilité de dialoguer avec la direction. Ainsi, il faudrait créer des systèmes permettant de contrecarrer les pouvoirs des directeurs ou directrices d'établissement et de prendre davantage en compte l'avis des professionnels, et ce afin de garantir des soins de qualité aux patients.

Mme la présidente. L'amendement n° 1205, présenté par Mmes Deroche et Doineau et M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Après l'alinéa 12

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Au 4° de l'article L. 3215-2, les mots : « de l'article L. 3212-7, » sont supprimés ;

II. – Alinéas 20 et 37

Remplacer la référence :

L. 1434-11

par la référence :

L. 1411-11-2

III. – Alinéa 30

Supprimer les mots :

et du conseil territorial de santé mentionné à l'article L. 1434-9

IV. – Alinéa 34, seconde phrase

Supprimer cette phrase.

V. – Alinéa 41

Supprimer les mots :

de territoires

VI. – Après l'alinéa 48

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° À l'article L. 3221-4-1, les mots : « au second alinéa de l'article L. 3221-1 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 3221-1 ».

La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

M. Alain Milon, corapporteur. Cet amendement vise à procéder à différentes coordinations.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1205.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 727, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Alinéa 17

Après les mots :

niveau territorial suffisant

insérer les mots :

dans la limite de soixante-quinze mille habitants

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. J'ai souligné, dans mon intervention sur l'article 13, toute l'inquiétude du groupe CRC sur la faible part consacrée à la psychiatrie dans le présent projet de loi.

Les secteurs constituaient la base de l'organisation publique avant le plan Hôpital 2007 et la loi HPST de 2009. Cette sectorisation a pourtant perduré en psychiatrie, car elle est la plus à même de répondre aux exigences en matière de continuité des soins.

Pourtant, l'article 13 prévoit de remettre en cause ce qui subsiste de la politique de secteur, dont le fondement principal est non pas le « quadrillage » des populations, mais la continuité des soins de prévention, de cure et de post-cure au long cours par la même équipe.

S'il était adopté l'article 13, les missions de la psychiatrie pourraient se limiter au traitement de la crise, à la suppression des symptômes, à la normalisation des comportements et des populations, y compris dans les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel. La continuité des soins serait assurée par les médecins généralistes, tandis que la continuité de la prise en charge serait garantie par le secteur médico-social.

Avec cette loi, les ARS auraient à redéfinir le territoire des secteurs : une base de 200 000 habitants nous est proposée, ce qui correspond à trois secteurs actuels et reviendrait à généraliser la mise en place des grands pôles, comme le prévoyait d'ailleurs initialement le plan Hôpital 2007. Dans ces conditions, comment suivre les patients ?

On nous dit déjà que des patients souffrant de troubles psychiatriques se retrouvent aujourd'hui dans les prisons. Qu'advient-il demain ?

En outre, l'hospitalisation n'étant plus sectorisée, il y aura de fait mise en concurrence avec des établissements privés à but lucratif.

Madame la ministre, en triplant la population concernée dans un secteur – de 75 000 à 200 000 habitants –, le risque est grand de voir le secteur devenir une entité gestionnaire, un instrument de quadrillage, ce qui annihilerait les raisons mêmes de son existence.

C'est la raison pour laquelle nous souhaitons maintenir la limite des secteurs à 75 000 habitants, comme c'est actuellement le cas.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Mme Cohen propose que les projets territoriaux de santé ne puissent pas être élaborés et mis en œuvre à l'échelle d'un bassin de vie excédant 75 000 habitants.

Son amendement pose, outre un problème de rédaction, un problème de fond : s'il était adopté, il remettrait en cause la souplesse permise par l'alinéa 17 de l'article 13 dans sa rédaction actuelle. Or si les secteurs couvrent des territoires comptant en moyenne 75 000 habitants, il faut tenir compte des territoires pour lesquels l'application stricte de cette limite pourrait poser problème pour la mise en œuvre d'une véritable coordination.

La commission souhaite obtenir du Gouvernement des précisions sur ce sujet; en tout cas, elle a émis un avis défavorable sur l'amendement n° 727, pour le cas où il ne serait pas retiré.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je suis défavorable à cet amendement, qui vise à instaurer un cadre beaucoup trop rigide.

Si les premiers textes sur la politique psychiatrique sectorielle fixaient une référence de population, il est très vite apparu que ce principe était peu adapté à la réalité du terrain. De fait, il faut pouvoir tenir compte à la fois des bassins de population, des caractéristiques de la population et de sa densité, ainsi que de l'offre de soins qui existe par ailleurs. Au demeurant, la plupart des professionnels de santé du secteur sont attachés à la possibilité de disposer de la souplesse nécessaire dans la définition de leur organisation et dans la prise en charge des patients.

L'adoption de votre amendement, madame la sénatrice, rigidifierait un système qui a besoin de souplesse !

Mme la présidente. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. Notre intention n'est pas de rigidifier les règles, elle est de donner suite aux alertes que les professionnels du secteur psychiatrique lancent aux parlementaires que nous sommes.

Au cours des auditions que la commission des affaires sociales a tenues, mais aussi de celles qui ont été organisées par notre groupe, un certain nombre de ces professionnels nous ont alertés avec insistance sur l'état actuel de la psychiatrie. Or ils demandent non pas un éloignement, mais une proximité plus grande, ainsi qu'un meilleur suivi des patients. Comment peut-on prétendre relever une psychiatrie qui a été mise à mal du fait de l'élargissement des secteurs ?

Nous avons besoin d'une psychiatrie humaine, qui suive les patients; d'une psychiatrie qui n'enferme pas, ni ne recoure à la camisole médicamenteuse pour calmer les patients. À cet égard, les sénatrices et les sénateurs de notre groupe ont été particulièrement sensibles aux témoignages non seulement des personnels psychiatriques, mais aussi des patients. Ces derniers nous ont signalé que, dans un contexte de dénuement des personnels, le recours aux traitements médicamenteux, voire à des contentions et des enfermements, était de plus en plus fréquent. Je tiens à souligner que ces pratiques n'avaient pas cours naguère, grâce au rôle pionnier joué par la psychiatrie française; songeons à des figures emblématiques comme Bonnafé.

Aujourd'hui, on fait comme si la psychiatrie allait bien, et on persévère dans une voie qui me semble extrêmement néfaste pour la santé mentale, qui est un enjeu de société: il s'agit de savoir quel projet nous élaborons pour la société d'aujourd'hui et de demain. Ce n'est pas une question de rigidité, c'est une affaire de projet politique !

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 727.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 178 rectifié *bis*, présenté par MM. Vasselle, B. Fournier et Laménié, Mme Hummel et MM. Mayet et Cambon, est ainsi libellé :

Alinéa 19, seconde phrase

Après les mots :

, les professionnels

insérer le mot :

, centres

La parole est à M. Alain Vasselle.

M. Alain Vasselle. Cet amendement vise à réparer ce qui me paraît être un oubli : les centres de santé ne sont pas cités parmi les acteurs associés à l'élaboration du projet territorial de santé mentale.

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

M. Alain Milon, corapporteur. À vrai dire, il ne s'agit pas d'un oubli : la rédaction de l'alinéa 19 est générale et non exhaustive; elle n'exclut pas que les centres de santé puissent être associés à l'élaboration de ce projet, sans compter qu'elles couvrent les professionnels qui travaillent en leur sein.

Par ailleurs, pour des raisons de clarté, il nous paraît difficile de citer uniquement les centres de santé sans faire référence aussi aux maisons de santé, aux pôles de santé et à d'autres structures. Si nous citons l'une d'entre elles, il faut les citer toutes, et nous risquons d'en oublier ! Mieux vaut donc nous en tenir à une formulation générale.

Je prie donc M. Vasselle de bien vouloir retirer son amendement; à défaut, j'émettrai un avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

Mme la présidente. Monsieur Vasselle, l'amendement n° 178 rectifié *bis* est-il maintenu ?

M. Alain Vasselle. Puisqu'il est satisfait, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 178 rectifié *bis* est retiré.

L'amendement n° 81 rectifié, présenté par MM. Commeinhes, Charon et Calvet, Mme Deromédi, M. Houel et Mme Mélot, est ainsi libellé :

Alinéa 21

Compléter cet alinéa par les mots :

, notamment l'actualisation du projet régional de santé et des documents qui le constituent

La parole est à Mme Jacky Deromédi.

Mme Jacky Deromédi. L'intérêt majeur d'un diagnostic des insuffisances de l'offre de prestations en santé sur le territoire est de permettre l'actualisation des documents supports de la régulation publique de cette offre.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Ma chère collègue, cet amendement paraît superfétatoire compte tenu de la logique de l'article 38 du projet de loi. Cet article prévoit une planification stratégique et un diagnostic territorial, et il est raisonnablement permis de penser que la première repose nécessairement sur le second. Si le diagnostic territorial réalisé en santé mentale fait l'objet de modalités spécifiques, il est explicitement mentionné aux alinéas 50 et 51 du même article, qui régissent le diagnostic territorial partagé.

En outre, l'alinéa 19 de l'article 13 prévoit clairement que le projet territorial spécifique au secteur de la santé mentale sera défini sur le fondement de ce diagnostic.

Enfin, pour des raisons de parallélisme, il paraît difficile de préciser explicitement que le diagnostic territorial détermine l'actualisation du projet régional de santé pour le seul secteur de la santé mentale.

Pour ces raisons, nous sollicitons le retrait de cet amendement ; à défaut, nous émettrons un avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

Mme la présidente. Madame Deromedi, l'amendement n° 81 rectifié est-il maintenu ?

Mme Jacky Deromedi. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 81 rectifié est retiré.

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

L'amendement n° 1108, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 26

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° À un programme d'accès rapide et de maintien dans le logement pour les personnes à la rue, en situation de précarité sociale sévère, et souffrant de troubles psychiques graves et d'addiction, moyennant un accompagnement pluridisciplinaire assuré par l'ensemble des acteurs mentionnés à l'article L. 3221-1.

La parole est à Mme Aline Archimbaud.

Mme Aline Archimbaud. Parmi les personnes souffrant de troubles psychiques sévères, les personnes à la rue en situation de précarité sociale sévère échappent souvent aux actions de prévention, de soin et d'insertion proposées.

Afin d'assurer à tous, en particulier aux personnes les plus vulnérables, un égal accès aux services, nous proposons de déployer sur les territoires, dans le cadre du projet territorial de santé mentale, des dispositifs adaptés aux besoins des sans-abri les plus fragiles, ceux qui souffrent de troubles psychiques et d'addictions et cumulent les plus grandes difficultés.

Nous nous inspirons du programme de recherches « Un chez-soi d'abord », qui fait le pari d'orienter directement ces personnes vers un logement ordinaire, sans condition de traitement ni d'arrêt des consommations de produits psychoactifs, en leur prodiguant un accompagnement très soutenu assuré par une équipe pluridisciplinaire médico-sociale. Cette démarche casse donc les frontières traditionnelles entre l'action sociale, la psychiatrie, l'addictologie, et l'accès au logement.

Les premiers résultats de ce programme, expérimenté depuis avril 2011 dans quatre grandes villes françaises, montrent un maintien dans le logement pour plus de 80 % des 350 personnes accompagnées, une réduction de moitié des temps d'hospitalisation dans le cadre de parcours de santé coordonnés associant l'ensemble des acteurs concernés sur le territoire, mais aussi une diminution des symptômes et une amélioration de la qualité de vie et du rétablissement des personnes.

Les premiers éléments d'évaluation font apparaître que l'expérimentation est un outil efficace pour la coopération entre les acteurs de la santé, du social, du médico-social, de l'addictologie et du logement, et qu'elle favorise, aux échelles nationale et locale, un décloisonnement global.

Du point de vue des pratiques professionnelles, le programme, fondé sur la philosophie du rétablissement, apparaît comme un laboratoire favorisant l'innovation autour de la pluridisciplinarité, l'apport des médiateurs de santé pairs et les pratiques collaboratives.

Enfin, il apparaît que ce programme permet globalement de réaliser des économies, tant sur le plan de la santé que sur le plan de l'hébergement et de l'accompagnement social.

Mme la présidente. L'amendement n° 1104, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 28

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Un programme relatif au maintien dans le logement et d'accès au logement et à l'hébergement accompagné est développé pour les personnes en souffrance psychique qui en ont besoin.

La parole est à Mme Aline Archimbaud.

Mme Aline Archimbaud. Il est défendu, madame la présidente.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Ma chère collègue, des programmes du type de ceux qui sont visés par les amendements n° 1108 et 1104 pourront être mis en œuvre en application des alinéas 26 et 27 de l'article 13. Afin de garantir la bonne intelligibilité de la loi, la commission a estimé qu'il n'était pas opportun d'aller aussi loin dans les détails que vous le proposez dans le cadre d'un article qui fixe des principes généraux.

Je vous prie donc de bien vouloir retirer vos amendements ; à défaut, j'émettrai un avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. La question que vous soulevez est tout à fait importante. Il apparaît en effet nécessaire de proposer une offre telle que celle que vous avez présentée, qui est vraiment de nature sanitaire puisque l'accès au logement fait partie du processus thérapeutique.

Si je comprends très bien la position de M. le rapporteur, qui considère que, tel qu'il est actuellement rédigé, le projet de loi permet déjà cette offre, je suis également très sensible au type de programme que vous évoquez, madame Archimbaud. Dans la mesure où il est novateur, il me paraît utile de la mettre en avant. Le programme international de recherches « Un chez-soi d'abord », qui s'implante en France, ouvre à cet égard des perspectives intéressantes.

Madame Archimbaud, vos deux amendements sont assez voisins, mais l'amendement n° 1108 vise à la fois les personnes en situation de précarité et les personnes ayant besoin de soins psychiatriques, tandis que l'amendement n° 1104 porte plus précisément sur les personnes recevant des soins psychiatriques. Compte tenu de l'objet du présent projet de loi, je vous suggère de retirer le premier, étant entendu que je suis favorable au second.

Mme la présidente. Madame Archimbaud, l'amendement n° 1108 est-il maintenu ?

Mme Aline Archimbaud. Je remercie Mme la ministre d'encourager cette démarche et je retire bien volontiers l'amendement n° 1108.

Mme la présidente. L'amendement n° 1108 est retiré.

La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

M. Alain Milon, corapporteur. Je souscris au propos de Mme la ministre : de toute évidence, nous ne sommes pas hostiles à ce que les personnes atteintes de troubles psychiques graves puissent disposer d'un appartement thérapeutique où elles seraient suivies. Encore faut-il que l'on dispose des moyens d'assurer ce suivi, s'agissant notamment des infirmières psychiatriques, ce qui me paraît incertain ; et que l'on dispose de suffisamment de logements pour l'ensemble des malades, ce qui ne me semble pas être encore le cas.

Si Mme la ministre émet un avis favorable sur l'amendement n° 1104, c'est qu'elle estime pouvoir fournir des appartements à l'ensemble des malades psychiatriques qui en ont besoin ; dans ces conditions, nous suivons son avis.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1104.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 44 rectifié, présenté par MM. Commeinhes, Charon et Calvet, Mme Deromedi, MM. D. Robert, Malhuret, César, B. Fournier et Mouiller, Mme Mélot et M. Houel, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 31

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Une publication, sur le site de l'agence régionale de santé, du diagnostic territorial partagé est obligatoire, visant à permettre aux établissements de santé publics et privés, aux structures médico-sociales, aux professions libérales de la santé et aux représentants d'associations d'usagers agréées de prendre connaissance des actions et modalités.

La parole est à Mme Jacky Deromedi.

Mme Jacky Deromedi. Le présent projet de loi prévoit un pacte territoire-santé. Dans un souci de transparence vis-à-vis de l'ensemble des acteurs de santé du territoire, ce pacte doit être accessible à tous sur le site internet des agences régionales de santé.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Avis défavorable, madame la présidente.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

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

(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° 1133 rectifié, présenté par MM. Amiel et Guérini, Mme Malherbe et M. Requier, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 467, présenté par Mme Génisson, M. Daudigny, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Champion et Claireaux, M. Durain, Mmes Emery-Dumas et Féret,

MM. Godefroy, Jeansannetas et Labazée, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mme Yonnet et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 35

1° Remplacer les mots :

signataires d'un même contrat territorial de santé peuvent constituer entre eux une communauté psychiatrique de territoire

par les mots :

peuvent constituer une communauté psychiatrique de territoire

2° Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Ils en ont l'obligation en cas d'absence de groupement hospitalier de territoire relatif à l'activité de psychiatrie.

La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. L'article 13 vise à mettre en place une nouvelle politique de santé mentale et d'organisation de la psychiatrie. À cet effet, il ouvre la possibilité aux établissements « signataires d'un même contrat territorial de santé mentale » de « constituer entre eux une communauté psychiatrique de territoire pour la définition et la mise en œuvre de leur projet médical d'établissement ».

Notre amendement tend à rendre obligatoires les communautés psychiatriques de territoire pour l'ensemble des acteurs intervenant dans le domaine de la psychiatrie, et ce sur un territoire pertinent en termes de parcours de soins et de vie ainsi qu'en l'absence de groupement hospitalier de territoire relatif à l'activité de psychiatrie.

Cette obligation nous apparaît primordiale eu égard à la nécessité d'articuler et de coordonner l'ensemble des actions avec les champs médico-social et social.

Précédemment, j'ai dénoncé le caractère trop souvent prescriptif des amendements présentés. Si j'ai conscience que celui-ci l'est quelque peu, je considère que la psychiatrie constitue un domaine à part entière et qu'il est difficile de ne pas en tenir compte. Elle est, en quelque sorte, une « médecine à côté de la médecine ».

Pour autant, je vais écouter attentivement les arguments présentés successivement par M. le corapporteur et par Mme la ministre.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Madame Génisson, je vous remercie de m'écouter avec attention (*Sourires.*), même si je rappelle qu'un débat sur ce sujet a déjà eu lieu hier soir en commission. J'essaierai donc d'être bref, afin de laisser Mme la ministre exposer sa position plus longuement.

L'article 13 constitue le pendant, dans le secteur psychiatrique, des articles 12 et 12 *bis*, qui permettent aux professionnels de travailler en coopération, selon diverses formules. Afin de garantir leur efficacité, les différents groupements ainsi créés doivent l'être sur l'initiative des professionnels de santé. Ils ne sauraient, dès lors, être constitués de manière coercitive, surtout en milieu psychiatrique.

Par ailleurs, nous avons rencontré les représentants du secteur – vous étiez d'ailleurs présente, madame Génisson – et ceux-ci se sont déclarés satisfaits du point d'équilibre atteint par cet article 13. Il ne nous paraît donc pas, à ce stade, souhaitable de le remettre en cause.

Par conséquent, la commission vous prie de bien vouloir retirer votre amendement, faute de quoi elle émettra un avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Madame Génisson, je tiens à vous remercier d'avoir engagé ce débat, qui ne saurait être élué.

L'objectif est bien de trouver le maillage territorial le plus complet possible en matière d'offre psychiatrique, de soins psychiatriques et de prise en charge psychiatrique. Or, à l'évidence, nous n'en sommes pas encore là.

Ainsi, la question de l'articulation entre l'offre de soins que je n'ose qualifier de « classiques » et l'offre de soins psychiatriques reste un enjeu sur lequel nous devons travailler. Au fond, nous tournons autour de la question suivante : comment, à l'heure où se constituent les communautés professionnelles territoriales de santé, favoriser la prise de conscience de la nécessaire diffusion de l'offre de soins psychiatriques ?

À ce stade, je suis tentée de répondre que la question doit être posée aux professionnels de santé dans le cadre de ces communautés. Ainsi, ils proposeront les solutions qui leur apparaissent nécessaires.

J'ai d'ailleurs eu l'occasion de le dire à de multiples reprises : il existe toute une série de sujets sur lesquels les professionnels devront apporter des réponses (*Mme Catherine Génisson acquiesce.*), qu'il s'agisse de la permanence des soins ambulatoires, de la prise en charge des personnes vieillissantes ou de la santé mentale.

La meilleure méthode consiste-t-elle, aujourd'hui, à fixer des obligations ? Je crains qu'on ne puisse pas, de la sorte, obtenir des résultats satisfaisants. Pour ma part, je suis persuadée qu'il sera nécessaire d'évaluer la mise en place de ces dispositifs, en particulier pour la santé mentale, d'ici un ou deux ans.

Si vous acceptiez de retirer votre amendement, madame la sénatrice, au bénéfice de ce débat, et en gardant à l'esprit le fait que celui-ci est engagé, qu'une direction a été prise qui exclut de procéder par la contrainte, je vous en serais reconnaissante.

Mme la présidente. Madame Génisson, maintenez-vous votre amendement ?

Mme Catherine Génisson. Madame la ministre, je vous remercie de vos propos, qui ont montré notamment combien il était important d'observer les initiatives.

Dans le Nord-Pas-de-Calais, beaucoup de travail a été accompli et beaucoup de propositions innovantes ont été avancées pour resserrer les liens entre le secteur psychiatrique et le reste de la médecine classique, ainsi que pour mettre en relation l'ensemble des acteurs les uns avec les autres – les acteurs des services médico-social et social sont très importants dans ces domaines-là – et avec les élus.

À titre d'exemple, l'accompagnement en appartement thérapeutique des patients en psychiatrie s'est particulièrement développé, ce qui prouve qu'il existe désormais de nombreuses alternatives à l'hospitalisation.

Nous retirons notre amendement, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 467 est retiré.

L'amendement n° 82 rectifié, présenté par MM. Commeinhes et Mandelli, Mme Mélot et MM. Houel, Charon et Calvet, n'est pas soutenu.

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

L'amendement n° 411 rectifié *bis*, présenté par MM. Houpert, Cadic, Longuet et Saugey, Mme Deromedi et MM. Lefèvre, Joyandet, Charon et Guerriau, est ainsi libellé :

Alinéa 46

Après le mot :

réhabilitation

rédigé ainsi la fin de cet alinéa :

, regroupant notamment des usagers, des personnels des établissements de santé et des tiers, personnes physiques ou morales, afin qu'elle participe à mettre en œuvre une démarche thérapeutique préalablement définie dans le cadre d'un établissement de santé autorisé en psychiatrie.

La parole est à Mme Jacky Deromedi.

Mme Jacky Deromedi. Il conviendrait de modifier l'alinéa 46 de l'article 13 afin de préciser que l'association qui signe une convention avec un établissement pour la mise en œuvre d'une démarche thérapeutique regroupe essentiellement les personnes concernées par une telle démarche : les usagers, leurs proches, leurs représentants et les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux. Il s'agit d'éviter l'exposition d'une population fragile aux entreprises, pas toujours bienveillantes, de groupes se présentant comme des « associations de soins, de prévention, de réadaptation et de réhabilitation ».

En outre, il est préférable de préciser que l'association ne fait que participer à la mise en œuvre d'une démarche thérapeutique, car le secteur public n'a pas vocation à déléguer ces missions essentielles à une structure de droit privé. En d'autres termes, la définition d'une telle démarche est à l'évidence de la responsabilité d'un établissement de soins, au travers de son projet médical.

Mme la présidente. L'amendement n° 625 rectifié, présenté par Mme Blondin, M. F. Marc, Mme Yonnet, MM. Poher et Lalande, Mmes Khiari, Conway-Mouret et Bataille, M. Botrel, Mme Jourda, M. Courteau et Mmes S. Robert et Schillinger, est ainsi libellé :

Alinéa 46

Après le mot :

réhabilitation

insérer les mots :

regroupant notamment des usagers, des personnels des établissements de santé et des tiers personnes physiques ou morales

La parole est à Mme Evelyne Yonnet.

Mme Evelyne Yonnet. L'article 13, tel qu'il a été adopté par l'Assemblée nationale, a conforté l'existence des associations de secteur ou thérapeutiques, dont le rôle est d'accompagner les personnes atteintes de maladies psychiques auprès des établissements de santé autorisés en psychiatrie.

Susceptibles d'amplifier l'effet des thérapeutiques, ces associations représentent des outils de soins fondamentaux, complémentaires de la prise en charge individualisée. Elles dynamisent ainsi la démarche de soins et s'opposent aux principaux effets de la maladie sur le plan social, comme la rupture par rapport au monde extérieur, l'isolement ou l'exclusion.

Le présent amendement vise à préciser la composition de ces associations. En effet, ces dernières devraient avant tout regrouper les personnes dites « concernées », notamment les usagers, leurs proches, leurs représentants et des professionnels de santé, mais aussi les acteurs sociaux et médico-sociaux. Lorsqu'elles sont ainsi composées, elles arrivent à soutenir la participation des usagers et de leurs familles et à l'articuler avec l'organisation des soins et de leur vie sociale. On peut d'ailleurs constater que, grâce à cela, le recours à des mesures de contrainte, d'isolement ou de contention, est désormais moins fréquent dans les établissements psychiatriques et que le risque de passage à l'acte automutilateur ou suicidaire y est en baisse.

Mes chers collègues, ces associations constituent des outils dont la contribution au développement d'un travail pédagogique soutenu à l'égard des usagers et de leur entourage est essentielle.

Mme la présidente. L'amendement n° 626 rectifié, présenté par Mme Blondin, M. F. Marc, Mme Yonnet, MM. Poher et Lalande, Mme Khiari, M. Raoul, Mmes Conway-Mouret et Bataille, M. Botrel, Mme Jourda, M. Courteau et Mmes S. Robert et Schillinger, est ainsi libellé :

Alinéa 46

Remplacer les mots :

mettre en œuvre une démarche thérapeutique qu'elle définit

par les mots :

participer à la mise en œuvre d'une démarche thérapeutique préalablement définie et validée dans le cadre d'un établissement de santé autorisé en psychiatrie

La parole est à Mme Evelyne Yonnet.

Mme Evelyne Yonnet. Ce second amendement vise à conforter la participation des associations à la démarche thérapeutique et à faire valoir la spécificité de leur apport à l'organisation des soins, tout en rappelant que cette démarche thérapeutique est définie dans le cadre d'un établissement de santé autorisé en psychiatrie.

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

M. Alain Milon, corapporteur. L'amendement n° 411 rectifié *bis* tend à préciser la nature des associations avec lesquelles les établissements intervenant en santé mentale peuvent signer une convention. Il a également pour objet de préciser le champ d'intervention de ces associations : celui-ci devrait se limiter à une participation à la mise en œuvre d'une démarche thérapeutique, au lieu de consister dans sa mise en œuvre pleine et entière.

Sur le premier point, l'amendement tel qu'il est rédigé ne permet pas de répondre la préoccupation affichée par ses auteurs : son dispositif ne vise pas seulement les personnes « concernées » mais les « tiers » de manière générale. Par ailleurs, il nous semble que définir le champ des associations autorisées à intervenir par leur objet – les soins, la prévention, la réadaptation ou la réhabilitation – est plus protecteur que de le faire par la qualité, très large, des personnes qui la composent.

Sur le second point, la rédaction actuelle de l'alinéa 46 ne peut être interprétée comme autorisant l'association à mettre entièrement en œuvre une démarche thérapeutique. Cet alinéa signifie en réalité que les modalités de cette mise en œuvre seront définies par la convention signée avec l'établissement, et qu'elles pourront dès lors être partagées entre celui-ci et l'association.

La commission demande le retrait de cet amendement, à défaut duquel elle émettra un avis défavorable.

L'amendement n° 625 rectifié tend à préciser la composition des associations avec lesquelles les établissements intervenant en santé mentale peuvent signer une convention. Le dispositif ainsi proposé est rédigé de manière particulièrement large et englobe, en pratique, l'ensemble des associations, quelle que soit leur mission.

Il nous paraît plus opérationnel et plus prudent de désigner les associations concernées par leur objet, ce qui permet d'englober l'ensemble des prises en charge qui peuvent être nécessaires en secteur psychiatrique, de la prévention à la réhabilitation.

Là encore, la commission demande le retrait de l'amendement ; à défaut, l'avis serait défavorable.

Enfin, l'amendement n° 626 rectifié tend à préciser le champ de l'intervention des associations avec lesquelles les établissements psychiatriques peuvent signer une convention. Ce champ devrait se limiter à une participation à la mise en œuvre d'une démarche thérapeutique, plutôt qu'à sa mise en œuvre pleine et entière.

Pour les raisons indiquées précédemment à propos du second point de l'amendement de Mme Deromedi, la commission sera défavorable à cet amendement, s'il n'est pas retiré.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Madame Deromedi, je vous demanderai de bien vouloir retirer l'amendement n° 411 rectifié *bis*, faute de quoi le Gouvernement émettra un avis défavorable. En effet, il appartient à l'association de définir elle-même sa démarche thérapeutique ; ce n'est pas à la loi de le faire.

Par ailleurs, je comprends bien l'intention manifestée par les auteurs des amendements n° 625 rectifié et 626 rectifié. La loi franchit une étape importante en reconnaissant la place et le rôle des associations dans l'offre de soins, l'accompagnement et la prise en charge des patients. Elle les reconnaît comme des partenaires à part entière des établissements de santé.

Cependant, on ne peut pas inscrire dans la loi des dispositions qui relèvent d'une convention signée entre un établissement de santé et une association. Un tel acte relève du domaine contractuel et non de la loi, laquelle ne peut donner

des injonctions aux parties liées par un contrat. Le Conseil d'État le réaffirme régulièrement dans sa jurisprudence, en ce qui concerne les associations relevant de la loi de 1901.

Les précisions apportées à la composition de ces associations ne peuvent relever que des conventions éventuelles passées avec les partenaires locaux.

Je vous demanderai donc, madame Yonnet, de bien vouloir retirer votre premier amendement, à défaut de quoi j'y serai défavorable.

Il en va de même pour l'amendement n° 626 rectifié : si un établissement peut mettre du personnel à la disposition d'une association, il ne peut en aucun cas être responsable de l'activité d'une telle association sans risquer d'être considéré comme sous-traitant son activité, ce qui poserait des difficultés juridiques.

Mme la présidente. Madame Deromedi, l'amendement n° 411 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Jacky Deromedi. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 411 rectifié *bis* est retiré.

Madame Yonnet, les amendements n° 625 rectifié et 626 rectifié sont-ils maintenus ?

Mme Evelynne Yonnet. Non, je les retire, madame la présidente.

Mme la présidente. Les amendements n° 625 rectifié et 626 rectifié sont retirés.

La parole est à M. Dominique Watrin, pour explication de vote sur l'article.

M. Dominique Watrin. Vous l'aurez compris, le groupe CRC votera contre cet article 13, dont les dispositions constituent de véritables régressions pour le secteur hospitalier et psychiatrique. Entre les déclarations d'intentions souvent louables et les actes concrets, il existe malheureusement trop souvent un abîme...

Ainsi, j'ai rencontré récemment les syndicats de salariés de l'établissement public de santé mentale de Saint-Venant, situé dans mon département. À quels problèmes sont-ils confrontés ?

D'abord, à la suppression programmée de dizaine de lits quand, parallèlement, l'ARS, au nom du cordon financier, bloque tous les projets internes de diversification et d'innovation dans les prises en charge publiques.

C'est pourquoi je ne suis pas aussi optimiste que ma collègue Catherine Génisson : en l'occurrence, tous les projets se retrouvent stoppés, qu'il s'agisse de la création d'un centre d'addictologie avec la clinique de Divion ou du développement d'un SAS – service action santé.

Ensuite, dans ce même territoire, une structure privée pointe le bout de son nez.

Autant dire que l'inquiétude est grande parmi le personnel attaché au service public. Pourquoi ? En premier lieu parce que ce sont les personnels les plus précarisés qui commencent à faire les frais du plan de retour à l'équilibre. Ensuite, parce que grande est la crainte de voir le secteur public mis dans l'incapacité de jouer son rôle. Déjà, dans cet établissement, les sorties encadrées ont dû être annulées, faute de moyens.

Enfin, parce qu'ils ont le sentiment que tous les patients ne pourront plus être accueillis, que ce soit dans leur établissement ou dans un autre.

On parle de « virage ambulatoire ». En réalité, ce sont bien souvent les contraintes financières qui priment, sans que les services et établissement médico-sociaux ou l'hospitalisation à domicile disposent pour autant de plus de moyens.

Je suis donc particulièrement sceptique vis-à-vis de cet article 13. Je pense plus précisément aux dispositions prévues à l'alinéa 42, selon lequel le directeur général de l'ARS affecte à chaque établissement une zone d'intervention, et à l'alinéa 39, qui prévoit d'assurer « si nécessaire l'orientation vers d'autres acteurs afin de garantir l'accès à des prises en charge non disponibles au sein des établissements assurant la mission de psychiatrie de secteur ».

On nous reproche souvent de vouloir imposer des carcans, mais, avec cet article, on ouvre grand les vannes de la régression du service public de prise en charge psychiatrique.

Mme la présidente. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. Dominique Watrin vient, avec beaucoup de pertinence, d'illustrer d'un exemple concret les raisons pour lesquelles cet article 13 nous pose problème.

Alors que la psychiatrie a été marquée, au cours des dernières décennies, par de profondes évolutions, puisqu'on est passé d'une politique asilaire à un mouvement désaliéniste, le malade étant désormais respecté, considéré comme une personne à part entière et à ce titre intégré à la société, on a l'impression d'assister à une régression.

La sectorisation remonte au 15 mars 1960. Lucien Bonnafé voulait alors « détruire le système asilaire et bâtir son contraire sur ses ruines », ce qui a permis de mettre en place une approche moderne des soins psychiatriques, dans laquelle, en particulier, les infirmières et infirmiers jouent un rôle central. Ces derniers ne sont plus cantonnés à un rôle de gardiens, ils sont devenus de véritables acteurs des soins, permettant enfin, et pour la première fois, aux équipes de psychiatrie de sortir des murs de l'hôpital et de travailler dans la ville, sur le terrain.

Je regrette donc profondément que la limite de 75 000 habitants ait été rejetée au profit de la création de « méga-secteurs ».

Il faut le reconnaître, la maladie mentale fait peur ; elle est méconnue et tabou, tout en faisant l'objet de nombreux stéréotypes. Elle n'est pourtant pas rare et chacun, de près ou de loin, peut y être confronté. Les malades sont très souvent considérés comme des personnes dangereuses, qu'il s'agirait de tenir éloignées de la société en les enfermant – pour maintenir, au dehors, le fameux « ordre public » –, mais aussi en utilisant des moyens de contention d'un autre âge, qu'il est important de dénoncer.

Je rappelle que, s'il existe un danger, il menace plus souvent le patient lui-même que la société. Il faut vraiment prendre en considération la souffrance psychique de ces personnes.

Pour le groupe CRC, la politique de secteur, dans ses missions de prévention, de soins et de postcure, doit redevenir le centre du dispositif public de psychiatrie en France. Nous voterons donc contre cet article.

Je terminerai en rappelant ce que disait François Tosquelles, psychiatre catalan : « Sans la reconnaissance de la valeur humaine de la folie, c'est l'homme qui disparaît. »

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 13, modifié.

J'ai été saisie d'une demande de scrutin public émanant du groupe CRC.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

Mme la présidente. Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(Il est procédé au dépouillement du scrutin.)

Mme la présidente. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 254 :

Nombre de votants	342
Nombre de suffrages exprimés	342
Pour l'adoption	323
Contre	19

Le Sénat a adopté.

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 cinquante-cinq, est reprise à quatorze heures trente-cinq, sous la présidence de M. Hervé Marseille.)

PRÉSIDENTE DE M. HERVÉ MARSEILLE vice-président

M. le président. La séance est reprise.

Nous poursuivons la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé.

Article additionnel après l'article 13

M. le président. L'amendement n° 1105, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 13

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement présente au Parlement un rapport sur les modalités de coopération des agences régionales de santé et des établissements de santé chargés de la sectorisation psychiatrique avec les collectivités territoriales, la protection maternelle et infantile, la médecine scolaire et universitaire ainsi que la médecine du travail, pour l'amélioration des réponses aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiques, notamment dans le domaine de la prévention et de

l'éducation à la santé, du logement et de la lutte contre l'isolement social et les représentations négatives des troubles psychiques.

La parole est à Mme Aline Archimbaud.

Mme Aline Archimbaud. Cet amendement vise à ce que soit présenté au Parlement un rapport concernant les coopérations entre les acteurs, en vue d'améliorer la réponse aux besoins des patients, notamment du point de vue de la prévention, du logement ou de la lutte contre l'isolement social.

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

M. Alain Milon, corapporteur. C'est encore une demande de rapport... Je m'en suis déjà expliqué, la commission a décidé, sur l'initiative des corapporteurs, d'exprimer par principe un avis défavorable sur tous les amendements – et ils sont fort nombreux – tendant à demander la présentation d'un rapport. Celui-ci n'échappe évidemment pas à cette règle.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

M. le président. La parole est à Mme Aline Archimbaud, pour explication de vote.

Mme Aline Archimbaud. Monsieur le président, je retire mon amendement, mais je suis persuadée que la coordination de l'ensemble des acteurs recèle des possibilités d'action inexploitées à ce jour. C'est ce que je voulais souligner en défendant cet amendement.

J'espère que l'action publique tendra à faciliter cette coordination, qui est loin d'être évidente.

M. le président. L'amendement n° 1105 est retiré.

Article 13 bis (Non modifié)

Aux deux premières phrases du 3° du I de l'article L. 3211-12-1 du code de la santé publique, après la référence : « L. 3211-12 », sont insérées les références : « , L. 3213-3, L. 3213-8 ». – *(Adopté.)*

Articles additionnels après l'article 13 bis

M. le président. L'amendement n° 83 rectifié, présenté par MM. Commeinhes et Mandelli, Mme Mélot, M. Houel, Mme Deromedi et MM. Charon et Calvet, est ainsi libellé :

Après l'article 13 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le 2° du I de l'article L. 241-6 du code de l'action sociale et des familles est complété par les mots : « de préconiser sa prise en charge par un établissement de santé ou de l'adresser à une plate-forme territoriale d'appui à la coordination des parcours de santé complexes mentionnée à l'article L. 6327-2 du code de la santé publique ; ».

La parole est à Mme Jacky Deromedi.

Mme Jacky Deromedi. L'évolution de la situation des personnes en situation de handicap conduit, au fil du temps, à devoir envisager, dans leur intérêt, une modification de leur accompagnement qui justifie la reconnaissance juridique de la notion de parcours de santé.

À ce titre, il importe que la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, la CDAPH, non seulement puisse faire évoluer l'orientation d'une personne d'une catégorie d'interventions sociales et médico-sociales à une autre, mais soit également compétente pour adresser cette personne vers un établissement de santé ou l'une des plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes créées par la loi.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Ma chère collègue, la CDAPH a pour mission de se prononcer sur les mesures propres à assurer l'insertion scolaire ou professionnelle et sociale. Pour ce faire, elle doit désigner les établissements ou services susceptibles d'accompagner au mieux l'enfant ou l'adulte handicapé dans ce but. Il s'agit avant tout de structures sociales ou médico-sociales.

Étendre explicitement sa compétence au secteur sanitaire en mentionnant les établissements de santé et les plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes n'apparaît ni nécessaire ni opportun pour assurer l'insertion des personnes handicapées.

En outre, les plates-formes territoriales s'adressent non pas aux patients, mais aux professionnels et sont placées sous le pilotage de l'ARS.

Aussi la commission demande-t-elle le retrait de cet amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

M. le président. Madame Deromedi, l'amendement n° 83 rectifié est-il maintenu ?

Mme Jacky Deromedi. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 83 rectifié est retiré.

L'amendement n° 84 rectifié, présenté par MM. Commeinhes, Calvet et Charon, Mme Deromedi et M. Houel, est ainsi libellé :

Après l'article 13 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 241-6 du code de l'action sociale et des familles est complété par un paragraphe ainsi rédigé :

« ... – La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées statue en urgence :

« 1° Sur toute demande de reconnaissance de handicap psychique présentée, au profit d'un patient sortant, par tout établissement relevant de la mission de psychiatrie de secteur au sens de l'article L. 3221-3 du code de la santé publique, et sur toute demande, présentée dans les mêmes circonstances, tendant à l'orientation d'un patient sortant vers un établissement ou un service social ou médico-social ;

« 2° Sur toute demande de prononcé de la sortie d'un travailleur handicapé présentée par un directeur d'établissement ou service d'aide par le travail, lorsqu'il est rendu compte d'une situation de mise en danger au sens de l'article R. 243-4 du code de l'action sociale et des familles. Dans ce cas, la commission statue sur la demande de sortie ; dans le même temps, elle évalue l'opportunité de procéder à l'orientation de la

personne vers une autre catégorie d'établissements ou de services ou de préconiser une autre suite à son parcours. »

La parole est à Mme Jacky Deromedi.

Mme Jacky Deromedi. Il est défendu, monsieur le président.

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

M. Alain Milon, corapporteur. La mesure proposée est d'ordre réglementaire, ma chère collègue. Aussi la commission demande-t-elle le retrait de cet amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

M. le président. Madame Deromedi, l'amendement n° 84 rectifié est-il maintenu ?

Mme Jacky Deromedi. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 84 rectifié est retiré.

Article 13 *ter* (Non modifié)

① Le dernier alinéa du I de l'article L. 3211-12-2 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

② « En cas de transfert de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques dans un autre établissement de santé, après que la saisine du juge des libertés et de la détention a été effectuée, l'établissement d'accueil est celui dans lequel la prise en charge du patient était assurée au moment de la saisine. » – (Adopté.)

Article 13 *quater*

① Après l'article L. 3222-5 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 3222-5-1 ainsi rédigé :

② « Art. L. 3222-5-1. – L'admission en chambre d'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur prescription d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin.

③ « Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1 du code de la santé publique. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, il mentionne le nom du psychiatre l'ayant décidée, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Ce registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.

④ « L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour en limiter le recours et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce

rapport est transmis pour avis à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1.

- ⑤ « Les modalités de mise en œuvre du présent article sont précisées par décret en Conseil d'État. »

M. le président. Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 1134 rectifié, présenté par MM. Amiel, Arnell, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin et Guérini, Mme Malherbe et MM. Mézard, Requier et Vall, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 504 rectifié *ter*, présenté par Mmes Yonnet et Cartron, M. Courteau, Mme Jourda, MM. Labazée, Madec et F. Marc, Mme D. Michel, M. Raoul, Mme Schillinger et MM. Sueur et Sutour, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 2

1° Première phrase

Remplacer les mots :

L'admission

par les mots :

Le placement

2° Deuxième phrase

Remplacer le mot :

prescription

par le mot :

décision

II. – Alinéa 4, première phrase

Remplacer les mots :

d'admission

par les mots :

de placement

La parole est à Mme Evelyne Yonnet.

Mme Evelyne Yonnet. L'article 13 *quater* définit l'isolement et la contention des patients des établissements publics de santé mentale qui font l'objet de soins sous contrainte en tant que pratiques de dernier recours.

La rédaction de l'article tel qu'il a été adopté par la commission, en remplaçant le mot « prescription » par celui de « décision » et le mot « admission » par celui de « placement », ne saurait s'accorder avec le caractère exceptionnel de cette procédure privative de liberté.

En effet, cette privation de liberté fait écho, d'une certaine manière, à celle qui est exercée dans le cadre de la détention pénitentiaire. Certes, cette mesure de privation est exécutée au sein du milieu médical et dans le but de protéger tant la personne concernée par ce recours que toutes les autres personnes. Mais il convient de ne pas la transcrire en recourant à un vocabulaire strictement médical, qui diminuerait la portée et le sens de ces pratiques et qui effacerait la perception juridico-institutionnelle des mots « décision » et « placement ».

D'ailleurs, le fait que, dans chaque établissement, un registre permettant d'en suivre l'utilisation et devant pouvoir être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués, ainsi qu'aux parlementaires – puisque ceux-ci peuvent désormais visiter les hôpitaux psychiatriques de la même manière qu'ils peuvent visiter les centres pénitentiaires –, démontre toute la portée de cette procédure.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Cet amendement vise à remplacer les termes « admission en chambre d'isolement » par ceux de « placement en chambre d'isolement » et la notion de « prescription d'un psychiatre » par celle de « décision d'un psychiatre ».

La rédaction retenue par la commission apporte une précision sémantique qui a toute son importance puisqu'elle permet d'affirmer que les actes d'isolement et les actes de contention effectués dans le cadre d'une prise en charge psychiatrique sont bien des actes thérapeutiques. L'inverse n'est pas vrai.

Pour ces raisons, la commission demande le retrait de cet amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement, pour sa part, juge intéressante la suggestion de Mme Yonnet. La vérité oblige à dire que, contrairement à ce qu'il en est dans d'autres situations, il n'y a pas là de consensus international en matière de vocabulaire. Remplacer le mot « admission » par le mot « placement » me semble une bonne chose. Cela permet de mettre l'accent sur la situation du patient, même si, il faut le dire, une autre solution pourrait consister à parler d'« isolement ».

Le remplacement du mot « prescription » par le mot « décision » fait en revanche davantage débat puisque, en 2005, la Haute Autorité de santé a retenu celui de « prescription », cependant que la littérature internationale fait plutôt référence au terme « décision ».

Le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson, pour explication de vote.

Mme Catherine Génisson. S'il me semble que le remplacement du mot « admission » par le mot « placement » peut se concevoir, à mon sens, en revanche, le mot « prescription », qui correspond à l'acte médical, avec la responsabilité qu'il implique, est plus protecteur pour le patient que le mot « décision ».

À chacun d'assumer ses responsabilités. Dès lors que l'on prescrit, on assume en toute connaissance de cause, qu'elle soit d'ordre médical ou social, en prenant le patient dans sa globalité.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. Je suis très gênée par l'emploi du mot « prescription ». Signifie-t-il que l'acte de contention serait un acte thérapeutique ?

Mme Catherine Génisson. Quand c'est chimique, c'est bien pire !

Mme Laurence Cohen. Le doute que l'éprouve est d'ailleurs partagé puisque certains des professionnels que j'ai rencontrés considèrent l'acte de contention ou d'isolement non comme un acte thérapeutique, mais comme une mesure de dernier recours, donc exceptionnelle.

Par conséquent, les membres du groupe CRC et moi-même estimons que le terme « prescription » n'est pas adéquat.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 504 rectifié *ter*.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant de la commission.

Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable et que le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(*Le scrutin a lieu.*)

M. le président. Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(*Il est procédé au dépouillement du scrutin.*)

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 255 :

Nombre de votants	335
Nombre de suffrages exprimés	225
Pour l'adoption	37
Contre	188

Le Sénat n'a pas adopté.

L'amendement n° 85 rectifié, présenté par MM. Comminhes, Calvet, Charon et Houel et Mmes Mélot et Deromedi, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 4

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent article est applicable aux établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant des 2°, 6°, 7° et 12° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ; en ce cas, les prérogatives reconnues à un psychiatre le sont au médecin qui a prescrit le placement en chambre d'isolement ou la mesure de contention, sauf si l'usager concerné est en situation de handicap psychique. Le rapport annuel prescrit est transmis pour avis au conseil de la vie sociale ainsi qu'au conseil d'administration de l'organisme gestionnaire.

La parole est à Mme Jacky Deromedi.

Mme Jacky Deromedi. Certains établissements et services sociaux et médico-sociaux sont parfois appelés, en fonction de l'état de santé des personnes accueillies, à devoir recourir temporairement à leur placement en chambre d'isolement ou à leur contention.

La conférence de consensus ANAES-Fédération hospitalière de France des 24 et 25 novembre 2004 relative à la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et

médico-sociaux tout comme la recommandation de l'ANAES intitulée : « Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : limiter les risques de la contention physique de la personne âgée », ont démontré l'analogie de problématique qui peut exister en la matière entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social.

Compte tenu du caractère éminemment attentatoire de ces pratiques aux droits des personnes, il est indispensable qu'un encadrement législatif soit fourni aux professionnels. Ainsi l'institution d'un tel régime au profit des établissements de santé autorisés en psychiatrie fournit-elle l'occasion d'une initiative de même nature en direction de celles des catégories d'établissements et services médico-sociaux qui peuvent effectivement être concernées, notamment pour protéger un usager de tentatives auto-agressives.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Les mesures d'admission en chambre d'isolement et la contention ne peuvent être pratiquées, et c'est heureux, que dans des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par l'ARS pour assurer des soins psychiatriques sans consentement. Ces mesures ne peuvent être déclenchées que par une prescription d'un psychiatre, et pour une durée limitée. Cet encadrement juridique ne saurait être transposé tel quel, comme vous le souhaitez, ma chère collègue, au secteur médico-social pour la prise en charge de personnes handicapées ou de personnes âgées.

Pour toutes ces raisons, la commission est extrêmement défavorable à cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis !

M. le président. La parole est à Mme Jacky Deromedi, pour explication de vote.

Mme Jacky Deromedi. J'ai pu moi-même constater que des personnes subissant des traitements à domicile, par exemple pour traiter la maladie d'Alzheimer, subissaient des mesures de contention en étant parfois attachées.

Cela étant, je retire l'amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 85 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'article 13 *quater*.

(*L'article 13 quater est adopté.*)

Article 13 *quinquies*

Dans un délai de deux ans à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement présente au Parlement un rapport sur l'évolution de l'organisation de l'infirmier psychiatrique de la préfecture de police de Paris pour sa mise en conformité avec le régime de protection des personnes présentant des troubles psychiques et relevant de soins psychiatriques sans consentement et sur l'application à cette structure des dispositions prévues au I de l'article L. 3222-1 du code de la santé publique. – (*Adopté.*)

Article 14

① Le code de la santé publique est ainsi modifié :

② 1° Le titre II du livre III de la sixième partie est complété par un chapitre VII ainsi rédigé :

③ « CHAPITRE VII

④ « *Fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes*

⑤ « Art. L. 6327-1. – Des fonctions d'appui à la prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes sont organisées en soutien des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux par les agences régionales de santé, en concertation avec les représentants des professionnels et des usagers. Elles contribuent à prévenir les hospitalisations inutiles ou évitables ainsi que les ruptures de parcours.

⑥ « Le parcours de santé est dit complexe lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux.

⑦ « Le recours aux fonctions d'appui est déclenché par le médecin traitant ou un médecin en lien avec ce dernier, en veillant à leur intégration dans la prise en charge globale du patient.

⑧ « Les fonctions d'appui peuvent être mises en œuvre par une équipe de soins primaires ou un pôle de santé.

⑨ « Les fonctions d'appui font l'objet d'une évaluation annuelle en concertation avec les représentants des professionnels et des usagers.

⑩ « Art. L. 6327-2. – Pour assurer l'organisation des fonctions d'appui définies à l'article L. 6327-1, l'agence régionale de santé peut constituer, par convention avec un ou plusieurs acteurs du système de santé, une ou plusieurs plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes. Les établissements autorisés à exercer sous la forme d'hospitalisation à domicile peuvent participer au fonctionnement d'une ou plusieurs plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes.

⑪ « La convention définit les missions, les engagements et les apports des différents signataires.

⑫ « Art. L. 6327-3. – Les modalités d'application du présent chapitre sont fixées par décret. » ;

⑬ 2° Le 2° de l'article L. 1431-2 est complété par un j ainsi rédigé :

⑭ « j) Elles sont chargées d'organiser les fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes, dans les conditions prévues aux articles L. 6327-1 et L. 6327-2 ; ».

M. le président. L'amendement n° 155 rectifié, présenté par MM. Barbier et Guérini, Mmes Laborde et Malherbe et MM. Requier, Mézard, Longeot, Arnell, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin et Vall, est ainsi libellé :

Alinéa 7

Remplacer les mots :

ou un médecin en lien avec ce dernier

par les mots :

, un médecin en lien avec ce dernier ou une sage-femme dans le cadre de sa compétence

La parole est à M. Gilbert Barbier.

M. Gilbert Barbier. Il s'agit de donner aux sages-femmes la possibilité d'intervenir dans le projet de santé des femmes qu'elles sont amenées à suivre notamment dans le cadre de leur parcours de santé en périnatalité.

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

M. Alain Milon, corapporteur. La logique des articles 12 et 14 consiste à reconnaître le rôle pivot du médecin traitant, notamment du médecin généraliste, dans la coordination du parcours de soins. Il n'a pas paru souhaitable, du moins dans un premier temps et pendant la phase de montée en puissance du dispositif, de morceler cette compétence. Les sages-femmes pourront par ailleurs bénéficier des fonctions d'appui, en application du premier alinéa de l'article 14.

La commission sollicite donc le retrait de cet amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Quel est l'objectif de la mise en place de ces plates-formes territoriales d'appui ? Il s'agit d'apporter un soutien, des ressources, aux professionnels qui sont chargés de gérer, au bénéfice de leurs patients, des parcours de santé complexes et sont susceptibles d'avoir besoin d'informations pour bénéficier, toujours au bénéfice de leurs patients, de diagnostics territoriaux ou d'orientations en direction d'autres professionnels du secteur sanitaire ou des services médico-sociaux.

La plate-forme n'est pas un acteur nouveau, elle n'est pas une personne morale, elle ne se substitue pas à ceux qui délivrent des soins. Elle apporte un vrai appui technique. Cet appui doit être destiné à des professionnels capables de gérer des parcours complexes. Or les sages-femmes, aujourd'hui, prennent en charge la grossesse physiologique, qui ne suppose pas, en principe, d'interventions diverses et multiples.

Donc, dans le cadre même de ce texte, et compte tenu de la nature des responsabilités des sages-femmes, il ne me paraît ni utile ni opportun d'accueillir cet amendement. Ce n'est pas une manifestation de méfiance à l'égard des sages-femmes, c'est juste une question de cohérence d'ensemble.

Le Gouvernement sollicite également le retrait de cet amendement ; à défaut, il émettra un avis défavorable.

M. le président. La parole est à M. Gilbert Barbier, pour explication de vote.

M. Gilbert Barbier. Cet amendement constitue somme toute un amendement d'appel. En effet, les sages-femmes voudraient tout de même connaître de manière un peu plus précise les limites de leur intervention. On leur demande toujours plus. Qu'on définit donc plus clairement leurs missions !

Je vais retirer cet amendement, mais il ne faut pas oublier que les sages-femmes se sentent quelque peu perdues dans les tâches qu'on leur confie. Ce problème mérite qu'on l'étudie de manière plus approfondie.

M. le président. L'amendement n° 155 rectifié est retiré.

L'amendement n° 181 rectifié *bis*, présenté par MM. Vasselle et Labazée, Mme Hummel et MM. Mayet et Cambon, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 257 rectifié *bis*, présenté par MM. Pointereau, Mouiller, Mayet, Commeinhes, Charon et Saugey, Mme Deromedi, MM. Trillard et Pellevat, Mme Mélot, M. Houel et Mme Grunty, est ainsi libellé :

Alinéa 10, première phrase

Après le mot :

constituer,

insérer les mots :

après avis conforme des équipes de soins primaires ou des pôles de santé,

La parole est à Mme Jacky Deromedi.

Mme Jacky Deromedi. L'alinéa 10 de l'article 14 prévoit que, pour assurer l'organisation des fonctions d'appui définies à l'article L. 6327-1, l'agence régionale de santé peut constituer, par convention avec un ou plusieurs acteurs du système de santé, une ou plusieurs plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes.

Il est indispensable que la mise en place de ces plates-formes ait lieu après avis conforme des équipes de soins primaires ou des pôles de santé, lorsqu'ils existent.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Les plates-formes d'appui, comme l'a dit Mme la ministre, sont des outils qui pourront être utiles à l'ensemble des professionnels de santé d'un territoire, qu'ils aient ou non souhaité se regrouper sous l'une des formes prévues par les articles 12 et 12 *bis*.

Il n'apparaît donc pas utile d'alourdir et de complexifier leur mise en place, voire de la bloquer, par l'obligation de recueillir l'avis conforme d'équipes de professionnels qui n'en seront pas les seuls bénéficiaires.

À défaut du retrait de cet amendement, l'avis de la commission sera défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

M. le président. Madame Deromedi, l'amendement n° 257 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Jacky Deromedi. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 257 rectifié *bis* est retiré.

Je mets aux voix l'article 14.

(L'article 14 est adopté.)

Articles additionnels après l'article 14

M. le président. L'amendement n° 886 rectifié, présenté par MM. Amiel, Mézard et Guérini, Mme Malherbe et MM. Arnell, Castelli, Collin, Esnot, Fortassin, Requier et Vall, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 777 rectifié, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 14

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 4131-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4131-6-... ainsi rédigé :

« Art. L. 4131-6-... – Dans un délai de trois mois à compter de la délivrance de leur diplôme d'État de docteur de médecine, les médecins désireux d'exercer leurs fonctions à titre libéral en font la déclaration auprès de l'agence régionale de santé de la région dans laquelle ils souhaitent exercer. Ils doivent s'installer pour

une durée au moins égale à deux ans dans un territoire isolé où l'offre de soins de premier recours ne suffit pas à répondre aux besoins de santé de la population.

« Le premier alinéa s'applique également aux médecins titulaires des titres de formation mentionnés à l'article L. 4131-1 et à ceux mentionnés à l'article L. 4131-1-1, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. ».

La parole est à M. Dominique Watrin.

M. Dominique Watrin. Cet amendement aurait en fait dû être placé de manière à être intégré dans le débat que nous avons eu ce matin à propos des incitations susceptibles de contrer la désertification médicale. Diverses propositions ont été alors formulées, allant jusqu'à la coercition.

Je préfère donc que nous revenions sur ce sujet dans un autre débat et, pour ne pas être redondant aujourd'hui, je retire cet amendement.

M. le président. L'amendement n° 777 rectifié est retiré.

Chapitre II

FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS DE PREMIER RECOURS

(Suppression maintenue de la division et de l'intitulé)

Article additionnel avant l'article 15

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques.

L'amendement n° 728 est présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

L'amendement n° 884 rectifié est présenté par MM. Amiel et Guérini et Mme Malherbe.

L'amendement n° 918 est présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Avant l'article 15

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au dernier alinéa de l'article L. 1411-11 du code de la santé publique, après les mots : « sécurité sociale, », sont insérés les mots : « les permanences d'accès aux soins de santé mentionnées à l'article L. 6111-1-1, les services de protection maternelle et infantile ».

La parole est à Mme Brigitte Gonthier-Maurin.

Mme Brigitte Gonthier-Maurin. L'objet de notre amendement est de préciser l'article L. 1411-11 du code de la santé publique, qui a trait à l'organisation des soins.

Cet article dispose que l'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, lesquelles s'apprécient en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité.

Ces soins comprennent : la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ; l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; l'éducation pour la santé.

Sont visés particulièrement les médecins généralistes et les centres de santé, mais il nous semble qu'il conviendrait de leur ajouter les services de protection maternelle et infantile – PMI. Il est indéniable que les professionnels de santé qui composent ces services concourent tout autant à l'offre de soins et à leur permanence. Nous pensons qu'il est important de leur reconnaître ce rôle et cette place de soins de premier recours, d'autant que les services de PMI sont, on le sait, fragilisés dans de nombreux départements. Les intégrer spécifiquement à cette place-ci dans le code de la santé permettrait de revaloriser leurs missions.

Je sais que des rencontres et des concertations ont eu lieu ces derniers mois à la direction générale de la santé pour pérenniser l'avenir des services de PMI ; je souhaiterais que vous puissiez nous faire un point rapide, madame la ministre, sur les engagements du Gouvernement en faveur de ces structures essentielles à la politique de protection de l'enfance.

M. le président. L'amendement n° 884 rectifié n'est pas soutenu.

La parole est à Mme Aline Archimbaud, pour présenter l'amendement n° 918.

Mme Aline Archimbaud. Il est défendu, monsieur le président.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Ces deux amendements tendent à faire figurer, parmi les acteurs assurant des soins de premier recours tels qu'identifiés par l'article L. 1411-11 du code de la santé publique, les services de PMI ainsi que les permanences d'accès aux soins de santé, ou PASS.

À nos yeux, si les PMI et les PASS jouent indubitablement un rôle important dans l'accès aux soins, l'article L. 1411-11 s'inscrit dans une logique de définition générale des soins de premier recours. Dans la mesure où les PMI et les PASS exercent des missions particulières et s'adressent à des publics spécifiques, il ne nous a pas semblé opportun de les faire figurer dans cet article, d'autant que leurs missions sont définies par des articles dédiés.

À défaut de retrait de ces amendements, l'avis de la commission sera défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Il est le même, monsieur le président. En effet, les structures évoquées, qu'il s'agisse de la PMI ou des PASS, font évidemment partie de l'offre de soins de premier recours. Toutefois, la définition qui est donnée des soins de premier recours dans le texte est fonctionnelle et non organique : on définit le positionnement dans le système de soins sans passer en revue l'ensemble des acteurs qui peuvent accomplir ces missions. Il ne s'agit donc pas d'exclure la PMI ou les PASS, mais bien de donner une définition de la fonction qu'assument les soins de premier recours.

M. le président. Madame Gonthier-Maurin, l'amendement n° 728 est-il maintenu ?

Mme Brigitte Gonthier-Maurin. Non, je me rends aux arguments qui ont été avancés et je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 728 est retiré.

Madame Archimbaud, l'amendement n° 918 est-il maintenu ?

Mme Aline Archimbaud. Non, je le retire, monsieur le président, compte tenu des explications données.

M. le président. L'amendement n° 918 est retiré.

Article 15

- ① I. – L'article L. 6314-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le premier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :
- ③ « La mission de service public de permanence des soins est assurée par les médecins mentionnés à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, dans le cadre de leur activité libérale, et aux articles L. 162-5-10 et L. 162-32-1 du même code, dans les conditions définies à l'article L. 1435-5 du présent code. Tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique a vocation à y concourir selon des modalités fixées contractuellement avec l'agence régionale de santé.
- ④ « Cette mission est assurée en collaboration avec les établissements de santé, sans que l'activité de ces derniers puisse se substituer à celle des professionnels intervenant dans le cadre de leur activité libérale. »
- ⑤ 2° Le troisième alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑥ « La régulation téléphonique de l'activité de permanence des soins ambulatoires est accessible gratuitement par un numéro national de permanence des soins. Ce numéro national est coordonné avec les dispositifs d'intervention en urgence en psychiatrie.
- ⑦ « La régulation téléphonique est également accessible par les numéros des associations de permanence des soins disposant de plates-formes d'appels interconnectées avec le numéro d'accès à la régulation de l'aide médicale urgente, dès lors que ces plates-formes assurent une régulation médicale des appels. »
- ⑧ II (*nouveau*). – Les dispositions du présent article entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017.

M. le président. L'amendement n° 632, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Rédiger ainsi cet article :

Le troisième alinéa de l'article L. 6314-1 du code de la santé publique est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« La régulation téléphonique de l'activité de permanence des soins ambulatoires est accessible gratuitement par un numéro national de permanence des soins ou par le numéro national d'aide médicale urgente. En application de l'article L. 1435-5, le directeur général de l'agence régionale de santé détermine, pour la région, lequel des deux numéros est utilisé pour la permanence des soins ambulatoires. Lorsqu'il choisit le numéro d'aide médicale urgente, l'accès à la régulation téléphonique de permanence des soins ambulatoires reste toutefois accessible par le numéro national de permanence des soins. Cette permanence est coordonnée avec les dispositifs de psychiatrie d'intervention en urgence.

« La régulation téléphonique est également accessible par les numéros des associations de permanence des soins disposant de plates-formes d'appels interconnectées avec

le numéro d'accès à la régulation de l'aide médicale urgente, dès lors que ces plates-formes assurent une régulation médicale des appels. »

La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, ministre. Par cet amendement, nous vous proposons de rétablir la rédaction du Gouvernement pour la permanence des soins ambulatoires. Il vise ainsi à permettre une meilleure lisibilité d'un numéro de permanence des soins ambulatoires, ainsi qu'un meilleur usage pour la population.

Cet article a pour objet la mise en place d'un numéro de téléphone unique au niveau national, mis à la disposition de nos concitoyens, en particulier quand le cabinet de leur médecin traitant est fermé, dès lors qu'ils n'ont à l'évidence pas besoin de se rendre dans un hôpital ou même qu'ils s'interrogent sur la nécessité de s'y rendre.

Aujourd'hui, comme on le sait, il existe sur le territoire national des numéros hétérogènes. Il s'agit donc de faciliter l'accès à cette permanence des soins. À cette fin, la rédaction du Gouvernement paraît mieux adaptée puisqu'elle permet à chaque ARS d'intervenir sur les choix d'organisation de son territoire.

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

M. Alain Milon, corapporteur. L'amendement du Gouvernement vise à revenir à la rédaction de l'article 15 adoptée par l'Assemblée nationale.

Le Gouvernement veut donc rétablir la possibilité d'accéder à la régulation téléphonique de la permanence des soins ambulatoires, ou PDSA, par le numéro 15, qui est commun à l'aide médicale urgente.

Cet amendement tend également à supprimer la précision selon laquelle les établissements de santé ne peuvent, sur décision du directeur de l'ARS, se substituer dans le cadre de la PDSA aux professionnels libéraux.

Sur le premier point, ainsi que nous l'avons déjà indiqué en commission, nous avouons notre perplexité devant le dispositif qui nous est proposé. Mme la ministre a affiché son ambition de clarifier la situation en créant un numéro de téléphone unique pour l'accès à la régulation de la PDSA.

Pourtant, ce qui nous est ici proposé revient de fait à ajouter aux deux types de numéros qui existent déjà en application de l'article L.6314-1 du code de la santé publique, à savoir, d'une part, le numéro 15, commun à l'aide médicale urgente, et, d'autre part, les numéros particuliers des différentes associations de permanence des soins, un troisième numéro, qui serait national et spécifique à la permanence des soins. Il reviendrait à chaque ARS de trancher entre le 15 et ce numéro national en fonction des contraintes techniques de chaque territoire. Dans certains départements, la PDSA resterait donc accessible par le 15, ce qui ne pourrait que contribuer à entretenir chez nos concitoyens la confusion entre permanence des soins et aide médicale urgente.

Nous considérons que des ajustements d'ordre simplement technique ne peuvent justifier le maintien d'une telle confusion. Un système lisible doit être mis en place, permettant aux patients d'identifier l'interlocuteur auquel ils doivent s'adresser en fonction de la gravité de leur situation : il s'agit soit de l'AMU, soit de la PDSA, accessible chacune par un numéro différent. Afin de permettre à certains terri-

toires qui utiliseraient le 15 pour ces deux services de s'adapter, nous avons cependant prévu une période transitoire.

Sur le second point, il a été porté à notre connaissance que certaines ARS avaient décidé de supprimer la PDSA entre minuit et huit heures du matin. De telles décisions aboutissent à limiter les solutions proposées au public soit à un simple conseil médical par téléphone, sans visite à domicile, soit à la prise en charge hospitalière, dont les coûts sont très élevés. Nous considérons donc que l'activité des médecins libéraux, et notamment celle des associations de permanence des soins, doit être préservée dans l'organisation de la PDSA.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson, pour explication de vote.

Mme Catherine Génisson. Ce qui est ici en question, c'est la régulation médicale de la permanence des soins : il s'agit de faire en sorte que les médecins puissent décider de la meilleure réponse à apporter à des appels d'urgence, hors les cas d'urgence vitale, qui relèvent de l'activité des SAMU et des SMUR.

Ce principe de la régulation médicale de la permanence des soins représente déjà à mes yeux une très bonne chose.

Par ailleurs, il est hautement souhaitable d'offrir à nos concitoyens une facilité de lisibilité dans cette régulation médicale de la permanence des soins. Parmi les numéros d'urgence, nous avons aujourd'hui le 15, mais aussi le 18 pour les pompiers, ou encore le numéro européen, qu'on oublie trop souvent, le 112. Ainsi, ce dernier numéro est très utilisé dans la région Nord-Pas-de-Calais.

Cette volonté de simplifier l'accès à la régulation médicale de la permanence des soins est très importante, mais il faut en même temps pouvoir s'adapter. Je citerai encore l'exemple de la région Nord-Pas-de-Calais, que mon collègue Jean-Marie Vanlerenberghe connaît bien. La régulation est opérée à la fois par le 15, c'est-à-dire le SAMU-SMUR, et ce que nous appelons le 15 *bis*. Pour ce dernier, la régulation médicale est effectuée par des médecins libéraux, mais ceux-ci sont installés dans les mêmes locaux que ceux de la régulation du SAMU-SMUR. C'est un atout majeur pour les permanenciers qui reçoivent les appels. Ils sont dotés de consignes très précises, de fiches réflexes pour savoir vers quel service orienter l'appel : urgence vitale ou permanence des soins.

Voilà pourquoi cette partie de l'amendement du Gouvernement nous convient parfaitement.

En ce qui concerne la permanence de nuit profonde, c'est-à-dire de minuit à huit heures du matin, il faut d'abord reconnaître que les appels sont heureusement rares, mais ils sont souvent sérieux. Cependant, les réponses sont apportées de façon très diverse. Certains médecins de garde assument totalement ces missions de permanence des soins de nuit ; d'autres, en revanche, le font moins. Cela tient à diverses raisons ; je ne retiens pas l'explication selon laquelle les femmes le feraient moins que les hommes, mais force est d'admettre que la volonté de ne pas répondre aux urgences de la nuit profonde est partagée par un grand nombre de médecins.

Tout le monde l'a dit, certains directeurs d'agences régionales de santé ont pris la décision de supprimer la garde des médecins libéraux. (*Mme Catherine Procaccia s'exclame.*) Ce problème relève d'ailleurs plus du domaine réglementaire que du domaine législatif.

Il faut laisser aux territoires la faculté de déterminer la permanence de soins vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

Par conséquent, le groupe socialiste et républicain votera l'amendement du Gouvernement.

M. le président. La parole est à M. Jean-Marie Vanlerenberghe, pour explication de vote.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. Je partage les excellentes remarques formulées par notre collègue Catherine Génisson. Des expérimentations ont eu lieu, dont la commission a tenu compte dans la rédaction de cet article. Pour ma part, je ne suis pas hostile à la création d'un numéro national qui serait d'une grande facilité d'accès.

Plus que l'expérimentation réalisée dans le Pas-de-Calais, je souhaite évoquer celle qui est menée depuis trois ans dans le Loir-et-Cher et qui a permis, selon ses initiateurs, de rendre quasiment inutile la permanence de soins la nuit.

Cette plate-forme, dénommée PAÏS – plate-forme alternative d'innovation en santé –, mise en place par un praticien hospitalier, soutenue par l'agence régionale de santé et labellisée par le conseil général, permet à un réseau de médecins généralistes d'un même territoire exerçant en cabinet médical isolé ou groupé de garantir cette médecine de proximité à laquelle tout le monde est attaché. Elle permet en outre d'attirer de jeunes médecins.

Dans ce cadre, chaque médecin adhérent assure des journées d'astreinte et mutualise les informations sur ses clients avec les autres médecins adhérents. Ainsi, tous les habitants du territoire reçoivent une réponse médicale entre huit heures et vingt heures du lundi au vendredi, entre huit heures et douze heures le samedi. En contrepartie, un défraiement forfaitaire de 100 euros par astreinte est prévu, auquel s'ajoute le tarif des consultations.

Ce système fonctionne parfaitement. Cette expérimentation a même été remarquée par la Cour des comptes dans son dernier rapport, qui l'a présentée comme un modèle à suivre. Elle fait actuellement l'objet d'une évaluation par un professeur spécialiste d'économie de la santé.

Madame la ministre, il s'agit d'une intéressante alternative aux maisons de santé, car elle offre plus de souplesse. Elle pourrait s'insérer dans les pôles santé et répondre à votre attente d'une permanence des soins qui soit véritablement exercée sur tout le territoire. C'est la raison pour laquelle je souhaite connaître votre position sur cette expérience.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je connais bien cette expérience, qui s'est déroulée dans ma région et qui m'a été présentée, notamment, par l'agence régionale de santé. Elle donne des résultats tout à fait satisfaisants.

Ce qui importe, c'est de pouvoir garantir un contact entre des patients et des professionnels de santé en dehors des horaires d'ouverture des cabinets, alors que le nombre de consultations ne justifie pas une présence physique dans un lieu identifié. Il est donc tout à fait pertinent de pouvoir mettre en réseau l'ensemble des professionnels.

Le numéro unique ne va pas du tout à l'encontre de cette démarche. Je suis d'ailleurs convaincue que, à terme, le numéro unique viendra rassembler l'ensemble des initiatives. Au fond, un numéro unique, qu'est-ce que c'est ? C'est une porte d'entrée pour les patients. D'une certaine façon, ce qui se trouve derrière cette porte, c'est notre travail, c'est-à-dire celui des professionnels et celui des administrations. Que

l'organisation derrière la porte, en coulisses, ne soit pas la même dans le Loir-et-Cher, le Pas-de-Calais ou l'Aisne, peu importe ! Ce qui compte, c'est que la personne qui appelle reçoive une réponse.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 632.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant de la commission.

Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

M. le président. Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(Il est procédé au dépouillement du scrutin.)

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 256 :

Nombre de votants	343
Nombre de suffrages exprimés	343
Pour l'adoption	137
Contre	206

Le Sénat n'a pas adopté.

L'amendement n° 194 rectifié, présenté par MM. Barbier, Mézard et Guérini, Mme Laborde et MM. Requier, Arnell, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin et Vall, est ainsi libellé :

Alinéa 6

Rédiger ainsi cet alinéa :

« La régulation téléphonique de l'activité de permanence des soins ambulatoires est accessible gratuitement par un numéro national de permanence des soins ou par le numéro national d'aide médicale urgente. En application de l'article L. 1435-5 du présent code, le directeur général de l'agence régionale de santé détermine, pour la région, lequel des deux numéros est utilisé pour la permanence des soins ambulatoires. Lorsqu'il choisit le numéro d'aide médicale urgente, l'accès à la régulation téléphonique de permanence des soins ambulatoires reste toutefois accessible par le numéro national de permanence des soins. Cette permanence est coordonnée avec les dispositifs de psychiatrie d'intervention en urgence.

La parole est à M. Gilbert Barbier.

M. Gilbert Barbier. Dans la mesure où cet amendement a un objet similaire à celui que vient de présenter le Gouvernement, je le retire, monsieur le président. Cela permettra de gagner du temps en évitant un scrutin public...

M. le président. L'amendement n° 194 rectifié est retiré.

L'amendement n° 195 rectifié, présenté par MM. Barbier, Mézard et Guérini, Mme Laborde et MM. Requier, Arnell, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin et Vall, est ainsi libellé :

Alinéa 7

1° Après le mot :

numéros

insérer les mots :

non surtaxés

2° Remplacer les mots :

le numéro d'accès à la régulation de l'aide médicale urgente

par les mots :

ce numéro national

La parole est à M. Gilbert Barbier.

M. Gilbert Barbier. *Idem!* (*Sourires.*)

M. le président. L'amendement n° 195 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'article 15.

(*L'article 15 est adopté.*)

Article 16

- ① I (*Non modifié*). – L'avant-dernier alinéa de l'article L. 541-1 du code de l'éducation est complété par les mots : « , ainsi que les modalités de coordination avec les missions particulières des médecins traitants mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale ».
- ② II (*Non modifié*). – Le 2° de l'article L. 2112-2 du code de la santé publique est complété par les mots : « , en tenant compte des missions particulières des médecins traitants mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale ».
- ③ III. – Le chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ④ 1° L'article L. 162-5 est ainsi modifié :
- ⑤ a) Le 17° est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ⑥ « Ces missions et modalités d'organisation sont distinctes de celles prévues au 23° » ;
- ⑦ b) Le 18° est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ⑧ « Ces modalités ne sont pas applicables aux patients âgés de moins de seize ans » ;
- ⑨ c) Après la deuxième phrase du 22°, est insérée une phrase ainsi rédigée :
- ⑩ « Ces engagements sont distincts de ceux prévus au 23° » ;
- ⑪ d) Sont ajoutés des 23° et 24° ainsi rédigés :
- ⑫ « 23° Les missions particulières des médecins traitants des patients de moins de seize ans mentionnés à l'article L. 162-5-3 et les modalités de l'organisation de la coordination des soins spécifique à ces patients, le cas échéant, avec les médecins d'autres spécialités, notamment en ce qui concerne le parcours de soins des enfants atteints d'une maladie chronique et la transition vers le parcours de soins de l'adulte ;
- ⑬ « 24° Le cas échéant, les modes de rémunération autres que le paiement à l'acte, y compris ceux intervenant en contrepartie d'engagements individualisés définis au 22° relatifs aux missions et modalités d'organisation prévues au 23° » ;

⑭ 2° L'article L. 162-5-3 est ainsi modifié :

⑮ a) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

⑯ « Pour les ayants droit âgés de moins de seize ans, l'un au moins des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale choisit le médecin traitant et l'indique à l'organisme gestionnaire. » ;

⑰ b) Le début de la première phrase de l'avant-dernier alinéa est ainsi rédigé : « Sauf pour les patients âgés de moins de seize ans, la participation... (*le reste sans changement*) » ;

⑱ 2° *bis* À la première phrase de l'article L. 162-5-4, les mots : « du cinquième » sont remplacés par les mots : « de l'avant-dernier » ;

⑲ 3° À la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 162-26, après le mot : « patients », sont insérés les mots : « âgés de plus de seize ans ».

M. le président. La parole est à Mme Dominique Gillot, sur l'article.

Mme Dominique Gillot. Bien que l'amendement que j'ai déposé sur ce sujet ait été invalidé au titre de l'article 40 de la Constitution, je souhaite aborder la problématique de la prescription d'une visite de médecin spécialiste par une sage-femme et connaître votre point de vue sur cette question, madame la ministre.

À l'occasion du suivi des grossesses ou du suivi gynécologique de prévention et de contraception, les sages-femmes sont amenées à prescrire des examens, notamment pour confirmer ou infirmer des diagnostics et dépister d'éventuelles situations pathologiques. Ainsi, l'article L. 4151-4 du code de la santé publique dispose que les sages-femmes peuvent prescrire tous les « examens strictement nécessaires à l'exercice de leur profession ».

Parallèlement, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a instauré un dispositif reposant sur le choix par chaque assuré d'un médecin traitant dans le cadre d'un parcours de soins coordonnés. Si une patiente consulte directement un médecin spécialiste, hormis un gynécologue obstétricien, sans passer préalablement par son médecin traitant, elle sera moins bien remboursée par l'assurance maladie.

De ce fait, dans le cadre du bon suivi de la grossesse ou du suivi gynécologique de prévention et de contraception, lorsqu'une sage-femme adresse sa patiente à un médecin spécialiste autre qu'un gynécologue, celle-ci devra préalablement consulter son médecin traitant. À défaut, sa consultation de spécialiste sera moins bien remboursée. De plus, elle ne bénéficiera d'aucune prise en charge par le régime complémentaire d'assurance maladie, compte tenu du « contrat responsable » qu'aura conclu l'organisme dont elle dépend.

Ne serait-il pas utile d'autoriser les femmes à s'adresser, sur prescription de leur sage-femme, à un médecin spécialiste, sans être pour autant pénalisées ? Cette mesure, outre qu'elle constituerait une amélioration et une simplification dans le parcours de soins des femmes, serait source d'économies pour la sécurité sociale, sachant que les patientes ne seraient plus tenues, comme aujourd'hui, de consulter leur médecin traitant pour obtenir la prescription d'examens que les sages-femmes sont en mesure de leur fournir.

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n°729 est présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

L'amendement n° 1066 est présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par les mots :

et sans préjudice des compétences des médecins du service de protection maternelle et infantile

La parole est à Mme Annie David, pour présenter l'amendement n°729.

Mme Annie David. Même si nous avons bien entendu les arguments qui ont conduit notre collègue Brigitte Gonthier-Maurin à retirer l'amendement n°728, la disposition proposée dans l'amendement n°729 nous semble importante, car elle vise à reconnaître le rôle joué par les services de PMI.

Il s'agit de mieux coordonner les soins entre les médecins traitants et les médecins de PMI. En effet, la nouvelle rédaction proposée introduit une ambiguïté à l'article L. 2112-2 du code de la santé publique quant aux compétences respectives des médecins de PMI et des médecins traitants, ambiguïté qui pourrait conduire à une interprétation par les médecins traitants tendant à subordonner à une consultation préalable chez le médecin traitant toute orientation par les médecins de PMI de l'enfant vers une prise en charge spécialisée.

C'est afin de mettre fin à ce flou entre deux catégories professionnelles essentielles et complémentaires que nous avons déposé cet amendement de clarification.

M. le président. La parole est à Mme Aline Archimbaud, pour présenter l'amendement n° 1066.

Mme Aline Archimbaud. Le deuxième alinéa de l'article 16 complète l'article du code de la santé publique définissant les missions des services de protection maternelle et infantile en précisant que les consultations et actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, notamment en école maternelle, se font « en tenant compte des missions particulières des médecins traitants ».

Or, tel qu'il est rédigé, cet alinéa pourrait être interprété comme une subordination à une consultation préalable chez le médecin traitant de toute orientation par les médecins de PMI de l'enfant vers une prise en charge spécialisée. Ainsi, l'enfant chez qui le médecin de PMI aurait dépisté un trouble visuel devrait d'abord être adressé à son médecin traitant, avant que celui-ci ne l'adresse à un ophtalmologiste.

Outre que cela jetterait une suspicion sur les compétences des médecins de PMI, cela aurait surtout pour conséquence de compliquer le parcours de soins de l'enfant au lieu de le faciliter. Nous pensons en particulier aux familles les plus modestes.

Cet amendement vise donc à éviter toute ambiguïté dans l'interprétation de l'alinéa 2 de l'article 16 en y ajoutant que cette nécessaire coordination se fait « sans préjudice des compétences des médecins du service de protection maternelle et infantile ».

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

M. Alain Milon, corapporteur. Ces amendements portent sur un article d'un chapitre du code de la santé publique relatif au service départemental de PMI. Il n'a donc pas semblé nécessaire à la commission de préciser que les compétences de ce service s'exerçaient sans préjudice de sa propre compétence...

C'est pourquoi l'avis est défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Ces amendements apportent des clarifications utiles à la rédaction de l'article relatif au médecin traitant de l'enfant. Il paraît en effet nécessaire de garantir la place de chacun des acteurs, et c'est pourquoi j'émetts un avis favorable.

Je profite de cette intervention pour répondre à Mme Gillot.

Vous suggériez, madame la sénatrice, que, lorsque les sages-femmes prennent en charge des femmes dans le cadre de leurs compétences et souhaitent les adresser à des spécialistes, cette orientation se fasse sans surcoût financier pour les femmes concernées. C'est effectivement un point important, dont nous avons pris bonne note. Nous allons voir si nous pouvons apporter une réponse positive à ce problème d'ici au prochain passage du texte à l'Assemblée nationale.

À l'évidence, la reconnaissance de la responsabilité des sages-femmes, au sein de leur champ de compétences précisément identifié, doit garantir aux femmes ainsi prises en charge qu'elles n'auront pas besoin de passer par la case « médecin traitant » pour aller consulter un spécialiste.

M. le président. La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

M. Alain Milon, corapporteur. Ces deux amendements identiques sont évidemment intéressants, mais les textes précisent déjà que les médecins de PMI sont spécialisés pour les enfants de moins de trois ans, de moins de six ans, etc. Réécrire deux fois la même chose dans la loi ne me semble pas très logique. Pour le reste, nous sommes évidemment d'accord pour dire que les médecins de PMI doivent s'occuper des enfants !

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

Mme Marisol Touraine, ministre. J'entends ce qui a été fort bien exprimé par M. le président de la commission. Toutefois, un petit changement est intervenu, à savoir la création du médecin traitant de l'enfant. C'est parce que l'on met en place cette nouvelle responsabilité qu'il apparaît nécessaire de coordonner la rédaction des textes. En réalité, il s'agit moins d'ajouter au texte existant que de tirer les leçons de la création du médecin traitant de l'enfant dans l'organisation de nos textes.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n°729 et 1066.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 16, modifié.

(L'article 16 est adopté.)

Article 16 bis **(Supprimé)**

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements identiques.

L'amendement n° 4 rectifié *bis* est présenté par Mmes Laborde, Billon et Blondin, MM. Bonnacarrère, Castelli et Détraigne, Mme Gatel, MM. Guérini, Guerriau, L. Hervé et Houpert, Mmes Jouanno et Jouve, M. Kern, Mmes Malherbe et Morin-Desailly et M. Requier.

L'amendement n° 641 est présenté par le Gouvernement.

L'amendement n° 730 est présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

L'amendement n° 1112 est présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste.

Ces quatre amendements sont ainsi libellés :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Après le mot : « grossesse », la fin de la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 6323-1 du code de la santé publique est ainsi rédigée : « dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-10 du présent code, selon des modalités définies par un cahier des charges établi par la Haute Autorité de santé, dans le cadre d'une convention conclue au titre de l'article L. 2212-2 du même code. »

La parole est à Mme Chantal Jouanno, pour présenter l'amendement n° 4 rectifié *bis*.

Mme Chantal Jouanno. Cet amendement vise à rétablir une disposition du texte prévoyant que les centres de santé peuvent pratiquer des IVG « instrumentales ». La délégation aux droits des femmes, après avoir scrupuleusement étudié cette proposition, l'a reprise à la quasi-unanimité.

Nous sommes en effet confrontés aujourd'hui à une fermeture de centres pratiquant des IVG. Ma collègue Annick Billon a rappelé que 130 centres avaient fermé, ce qui pose des problèmes d'accès de proximité et de respect des délais. La décision de pratiquer une IVG est souvent douloureuse, et nombre de femmes se retrouvent tout simplement hors délai.

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour présenter l'amendement n° 641

Mme Marisol Touraine, ministre. Cela n'étonnera personne, je propose un amendement de rétablissement des dispositions de ce projet de loi qui permettraient aux centres de santé de pratiquer des IVG par méthode instrumentale.

J'ai annoncé cette mesure au mois de janvier dernier, lors de la présentation du plan national d'action pour améliorer l'accès à l'interruption volontaire de grossesse, qui vise à permettre aux femmes d'accéder à des centres existants, mais aussi à diversifier l'« offre » et les façons de pratiquer l'interruption volontaire de grossesse.

Le présent texte contient deux mesures en ce sens : l'autorisation donnée aux sages-femmes de pratiquer l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse ; la possibilité donnée aux centres de santé de réaliser des interruptions volontaires de grossesse selon la méthode instrumentale. La commission des affaires sociales a supprimé cette dernière disposition, considérant que le dispositif proposé ne permettrait pas de garantir que toutes les conditions de sécurité sanitaire seraient réunies pour les patientes et les professionnels de santé.

J'ai explicitement indiqué, lors de la présentation de cette mesure, en janvier, puis à nouveau devant l'Assemblée nationale, que la Haute Autorité de santé allait définir les condi-

tions de réalisation de ces interruptions volontaires de grossesse. Des recommandations précises encadreront donc la démarche et la pratique.

Avant de faire cette proposition, nous nous sommes également inspirés de l'expérience d'autres pays, en particulier celle de la Belgique, où la très grande majorité des interruptions volontaires de grossesse par méthode instrumentale est réalisée par des médecins en centre de santé, sans que ce type de prise en charge se traduise par davantage de complications qu'en milieu hospitalier.

Au-delà, je veux rassurer Mme Jouanno sur le fait que le Gouvernement est évidemment très attentif au maintien de lieux où les femmes pourront réaliser des interruptions volontaires de grossesse. Du reste, afin de disposer d'une cartographie précise, dans chaque région, un plan d'accès à l'IVG est en cours de réalisation ou a d'ores et déjà été réalisé. Les agences régionales de santé ont la responsabilité de s'assurer que, sur leur territoire, un plan d'accès à l'IVG est effectivement disponible.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour présenter l'amendement n° 730.

Mme Laurence Cohen. Je remercie Mme la ministre de ses propos. Je me félicite que le Gouvernement ait, à l'instar de différents collègues et de nous-mêmes, déposé un amendement tendant à rétablir un article adopté sur l'initiative de l'Assemblée nationale et visant à permettre aux centres de santé de pratiquer des IVG chirurgicales, en plus des IVG réalisées par voie médicamenteuse.

Cet article fait partie du triste lot des avancées supprimées par la majorité sénatoriale en commission des affaires sociales. En l'occurrence, prétexte a été tiré du fait que cette disposition concernerait les lois de bioéthique. Nous pensons au contraire que le droit à l'IVG a été acquis de haute lutte et qu'il ne peut être considéré comme relevant de la bioéthique. C'est pourquoi nous continuons, comme le Gouvernement, à défendre ce droit, en faisant en sorte que les IVG puissent être pratiquées dans les centres de santé.

Nous avons en effet tous remarqué que de nombreux centres d'interruption volontaire de grossesse avaient fermé, en même temps que les maternités auxquelles ils étaient adossés. Je rappelle que, depuis dix ans, 130 centres d'IVG ont fermé, rendant l'accès à ce droit de plus en plus difficile, avec des délais d'attente qui peuvent se révéler catastrophiques pour les femmes, certaines se trouvant ainsi obligées d'aller à l'étranger.

Dans ce contexte, il est important de permettre à des structures supplémentaires de pratiquer les IVG « chirurgicales ».

Le motif de sécurité sanitaire n'est pas un argument recevable selon nous puisque, justement, les centres de santé offrent la garantie d'une équipe pluridisciplinaire.

Pour toutes ces raisons, nous soutenons la pratique des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses et chirurgicales par les centres de santé.

M. le président. La parole est à Mme Aline Archimbaud, pour présenter l'amendement n° 1112.

Mme Aline Archimbaud. Nous faisons nôtres les arguments qui viennent d'être avancés par Mme la ministre et nos deux collègues.

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

M. Alain Milon, corapporteur. L'article 16 *bis* prévoyait donc, avant sa suppression par la commission des affaires sociales, d'ouvrir la possibilité pour les centres de santé de pratiquer non plus seulement les IVG médicamenteuses, mais aussi les IVG instrumentales.

Nous avons considéré que la réalisation d'IVG instrumentales en centre de santé ne permettait pas d'offrir toutes les garanties de sécurité que l'on est en droit d'exiger de telles opérations. Il y va du respect de l'obligation de moyens qui s'impose au corps médical, comme cela a été avancé en commission par certains d'entre nous, appartenant à des tendances politiques différentes.

Compte tenu des risques médicaux encourus lors d'un tel acte – accidents d'anesthésie, hémorragie utérine –, la présence d'un bloc opératoire nous paraît indispensable. Il est donc impératif que les IVG instrumentales ne soient réalisées qu'en établissement relevant du service public de santé.

Mme la ministre a insisté sur le fait qu'elle allait demander à la Haute Autorité de santé de mettre en place un cahier des charges. Selon moi, celui-ci devrait impérativement prévoir la présence d'une salle d'opération, d'un anesthésiste et d'un chirurgien.

M. le président. La parole est à M. Gilbert Barbier, pour explication de vote.

M. Gilbert Barbier. J'ai entendu nos collègues du groupe CRC parler d'« IVG chirurgicale ». J'ai un petit avantage sur d'autres, madame Cohen : dès 1975, j'ai commencé à pratiquer des IVG, et je vous assure que, à l'époque, dans les hôpitaux, ce n'était pas facile !

Je ne suis pas opposé à la pratique des IVG dans les centres de santé, mais il faudrait effectivement définir les moyens techniques dont ces centres devraient impérativement disposer, notamment une salle d'opération, un médecin anesthésiste et un chirurgien.

Une IVG pratiquée dans les premières semaines de grossesse se fait par aspiration et ne présente pas de gros risque chirurgical. En revanche, certaines IVG pratiquées dans les limites actuelles de la loi doivent l'être par curetage, une technique qui présente davantage de risque.

Je veux bien que des IVG se déroulent dans un centre de santé à condition celui-ci soit équipé correctement, mais, au préalable, il faudrait, me semble-t-il, modifier l'article en limitant cette possibilité aux IVG instrumentales effectuées par aspiration jusqu'à un certain stade de la grossesse.

Je m'excuse de ces détails un peu techniques, mais ces précisions me semblent importantes pour la sécurité des femmes qui recourent à une interruption volontaire de grossesse.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson, pour explication de vote.

Mme Catherine Génisson. Je ne voudrais pas donner l'impression que le corps médical monopolise la parole puisque l'anesthésiste que je suis succède au chirurgien... (*Sourires.*)

M. Barbier et moi-même n'avons pas *d'a priori* contre le déroulement de l'IVG dans les centres de santé. Mais qui dit IVG instrumentale dit aussi logique d'environnement chirurgical. Car un instrument, si bien utilisé soit-il, peut être source d'accident : aucune technique ne garantit de réussite à 100 %.

Nous savons pouvoir compter sur votre vigilance et votre détermination, madame la ministre. Je considère, pour ma part, que les stipulations de la Haute Autorité de santé devront être très précises, y compris sur les techniques d'aspiration ou de curetage, et sur l'accès à l'IVG instrumentale au regard du délai d'aménorrhée. En effet, à douze semaines de grossesse, c'est bien une IVG instrumentale, et donc chirurgicale, qui doit être pratiquée, avec toutes les précautions que cela implique.

Nous attendons donc avec impatience les clauses du cahier des charges que fixera la Haute Autorité de santé : elles seront primordiales pour la santé des femmes recourant à une IVG. C'est d'autant plus important que l'accès à l'IVG devient de plus en plus difficile en France et que, pour cette raison, les centres de santé doivent devenir des lieux où se pratiquent les IVG instrumentales.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Procaccia, pour explication de vote.

Mme Catherine Procaccia. On peut être favorable à l'IVG, comme c'est mon cas – je tiens d'ailleurs à prendre la parole, afin que les hommes ne soient pas seuls à s'exprimer sur ce sujet –, compte tenu de la situation que connaissent un certain nombre de femmes, sans vouloir faire courir de risques aux femmes.

Gilbert Barbier a donné des explications techniques très claires sur les risques encourus en fonction du type d'IVG et du nombre de jours ou de semaines de grossesse. En ce domaine, madame la ministre, vous ne sauriez vous dispenser de prévoir toutes les garanties et les précautions nécessaires.

Vous laissez à la Haute Autorité de santé le soin de fixer le cahier des charges. Pourquoi ne pas faire figurer dans l'amendement, et donc dans la loi, les précisions nécessaires sur les délais ou sur le type d'IVG pouvant être pratiqué dans les centres de santé ? Ainsi, nous serions rassurés.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Deroche, corapporteur.

Mme Catherine Deroche, corapporteur. Je suis tout à fait d'accord avec Catherine Procaccia : il n'est nullement question de remettre en cause l'IVG, car la loi Veil a beaucoup profité aux femmes et permis de résoudre des situations dramatiques. Le problème ici posé est celui des techniques d'IVG possibles dans les centres de santé.

On nous dit que l'IVG instrumentale sera permise dans ces centres selon les modalités qui seront définies dans un cahier des charges établi par la Haute Autorité de santé. Ne vaudrait-il pas mieux faire d'abord travailler la Haute Autorité et ensuite légiférer en toute connaissance de cause ? Moi, en cet instant, je suis dubitative.

Je maintiens donc la position défavorable de la commission des affaires sociales, qui est fondée sur des raisons non pas éthiques, mais techniques et liées à la sécurité sanitaire.

Alors que la tendance actuelle est d'exiger toujours plus en termes de sécurité et de contraintes – et c'est une bonne chose ! –, par moments, sous prétexte de résoudre des situations difficiles, on s'affranchit de certaines règles de sécurité. Ce n'est pas bien !

M. le président. La parole est à Mme Chantal Jouanno, pour explication de vote.

Mme Chantal Jouanno. Je me réjouis qu'il y ait une convergence de vues, que chacun s'accorde sur un accès facilité à l'IVG et sur la nécessité de la pratiquer dans de bonnes conditions.

La rédaction de ces amendements identiques me semble offrir beaucoup de garanties, parmi lesquelles l'avis de la Haute Autorité de santé.

Nous avons évoqué les différentes méthodes d'IVG. Mais nous ne sommes que législateurs, même si certains parmi nous sont très compétents en la matière. Pour ma part, je n'appartiens pas au corps médical, mais je sais que les techniques peuvent évoluer. Nous prendrions donc le risque, à viser trop précisément telle ou telle technique, de voir la loi devenir obsolète du fait de l'apparition de nouvelles techniques.

Par ailleurs, nous pouvons faire confiance aux professionnels de santé, dont la responsabilité est si facilement engagée aujourd'hui, pour ne pas pratiquer d'IVG en cas de risques pour la santé !

J'ajoute que, en Île-de-France, seuls 32 % des établissements acceptent de pratiquer l'IVG entre la dixième et la douzième semaine. (*Mme Nicole Bricq opine.*) Même si ces interventions ne sont pas interdites, dans les faits, leur nombre diminue donc fortement à ce stade de la grossesse.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Madame Procaccia, vos mots ont sans doute dépassé votre pensée. Vous ne pouvez pas laisser entendre que j'aurais l'intention de faire courir des risques aux femmes !

Mme Catherine Procaccia. Je ne l'ai pas dit en ce sens !

Mme Marisol Touraine, ministre. Je réagis à vos propos avec une certaine distance... Je ne peux imaginer que vous doutiez de ma volonté d'apporter toutes les garanties de sécurité aux femmes, et aux hommes, d'ailleurs, chaque fois que les unes et les autres ont besoin de s'adresser à des professionnels de santé.

Je le dis à ceux qui souhaitent le maintien des structures existantes : nous devons toujours avoir à l'esprit les enjeux de sécurité. Mais je ne peux pas laisser dire que cette proposition du Gouvernement serait irresponsable, ou qu'elle irait délibérément à l'encontre de la sécurité sanitaire.

Comme l'a souligné Chantal Jouanno, ces amendements identiques visent à apporter des garanties. Il y est tout de même indiqué que ces IVG se dérouleraient « dans les conditions prévues aux articles L. 2212 1 à L. 2212 10 du présent code, selon des modalités définies par un cahier des charges établi par la Haute Autorité de santé ».

Cela signifie que, tant que les modalités ne seront pas définies, ces IVG ne pourront pas être pratiquées dans les centres de santé. Un préalable clair est défini : la Haute Autorité de santé produira des recommandations qui s'imposeront, comme elle a déjà eu l'occasion de le faire par le passé.

Peut-on fixer dans la loi le nombre de semaines au-delà duquel de telles IVG ne seront pas possibles ? (*Mme Catherine Deroche, corapporteur, fait un signe de dénégation.*) Je suis convaincue, monsieur Barbier, que ce point fera partie des recommandations de la Haute Autorité de santé. Mais il n'appartient pas au législateur de se substituer à une autorité dont la vocation est de définir les modalités de prise en charge.

Je comprends la préoccupation qui est la vôtre, et je vous remercie de l'exprimer ainsi, car cela traduit votre sensibilité et votre intérêt pour cette proposition, mais il me semble que c'est à la Haute Autorité de se prononcer à cet égard.

Je tiens à rassurer celles et ceux d'entre vous qui seraient inquiets : une procédure très stricte sera suivie. Je citerai encore une fois l'exemple belge : il est possible de mettre en place un tel dispositif dans des conditions de sécurité optimales. Nous ne disposons d'aucun élément d'information indiquant que, dans des pays au niveau de développement comparable au nôtre, ce type d'IVG accroîtrait les risques encourus par les femmes prises en charge. (*Mme Evelyne Yonnet applaudit.*)

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 4 rectifié *bis*, 641, 730 et 1112.

(*Les amendements sont adoptés.*)

M. le président. En conséquence, l'article 16 *bis* est rétabli dans cette rédaction.

Article 17 (*Non modifié*)

- ① I. – L'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° (*Supprimé*)
- ③ 2° Le 2° est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ④ « Ces conditions prévoient que les modes de rémunération définis par ces conventions, autres que le paiement à l'acte, font l'objet, au plus tard six mois après la conclusion de ces conventions ou d'avenants à ces conventions, d'un examen dans les conditions prévues par l'accord en vue de leur intégration au sein de celui-ci, conformément au premier alinéa de l'article L. 162-32-2. » ;
- ⑤ 3° (*Supprimé*)
- ⑥ II. – Le deuxième alinéa de l'article L. 162-32-2 du même code est remplacé par sept alinéas ainsi rédigés :
- ⑦ « L'opposition formée, dans des conditions prévues par décret, à l'encontre d'un accord national par au moins la moitié des organisations représentatives des centres de soins infirmiers ou au moins la moitié des organisations représentatives des centres de santé médicaux, dentaires et polyvalents fait obstacle à sa mise en œuvre.
- ⑧ « L'accord national, ses annexes, ses avenants et le règlement arbitral sont applicables aux centres de santé tant qu'ils n'ont pas fait connaître à la caisse primaire d'assurance maladie qu'ils ne souhaitent pas être régis par ces dispositions.
- ⑨ « En l'absence d'opposition à sa reconduction formée, dans les conditions réglementaires prévues à l'article L. 162-15-2, par l'un au moins des signataires ou par une ou plusieurs organisations représentatives des centres de santé, l'accord national est renouvelé par tacite reconduction.
- ⑩ « L'accord national arrivé à échéance ou résilié continue de produire ses effets jusqu'à la publication au *Journal officiel* du nouvel accord national ou du règlement arbitral qui le remplace.

- ⑪ « Lorsqu'un accord est conclu et approuvé dans les conditions prévues à l'article L. 162-15, l'accord précédent est réputé caduc.
- ⑫ « En cas de rupture des négociations préalables à l'élaboration de l'accord national ou d'opposition au nouvel accord national ou à l'issue d'un délai de six mois à compter du début des négociations, un arbitre arrête un projet d'accord dans le respect du cadre financier pluriannuel des dépenses de santé et dans les conditions prévues aux quatre derniers alinéas du I de l'article L. 162-14-2.
- ⑬ « L'arbitre est désigné par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation représentative des centres de santé. À défaut ou en cas d'opposition à cette désignation par la majorité des organisations représentatives des centres de santé, il est désigné par le président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. » – (Adopté.)

Article 17 bis A
(Non modifié)

- ① L'article L. 2311-5 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ③ a) À la première phrase, après le mot : « assurer, », sont insérés les mots : « la prévention, » ;
- ④ b) À la dernière phrase, après la première occurrence du mot : « relatives », sont insérés les mots : « à la prévention, » ;
- ⑤ 2° Après le même alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑥ « Au titre de leur mission de prévention, les centres de planification ou d'éducation familiale réalisent les vaccinations prévues par le calendrier des vaccinations. Les dispositions relatives au respect de l'anonymat ne s'appliquent pas. » ;
- ⑦ 3° À la seconde phrase du deuxième alinéa, après le mot : « afférentes », sont insérés les mots : « à cette prévention, ».

M. le président. L'amendement n° 75 rectifié, présenté par M. Commeinhes, Mmes Deseyne, Deromedi et Hummel, M. Houel, Mme Mélot et MM. Charon et Calvet, est ainsi libellé :

Alinéas 5 et 6

Supprimer ces alinéas.

La parole est à Mme Jacky Deromedi.

Mme Jacky Deromedi. Les Français se vaccinent de moins en moins et il est de plus en plus difficile de les convaincre du bienfait de cet acte de prévention sans équivalent. La question du déficit de vaccination se pose surtout pour la grippe et pour certains vaccins spécifiques, par exemple le vaccin contre le papillomavirus, en prévention du cancer du col de l'utérus.

Le problème de la vaccination sur le territoire n'est pas lié à la nature de la personne qui vaccine, mais à la conception de l'opinion publique à l'égard des vaccins et à l'absence de mesures incitatives fortes en la matière.

On a déjà connu des initiatives qui n'ont pas abouti aux résultats attendus – je pense à la vaccination par les infirmiers –, alors qu'on sait que les choix politiques clairs, comme l'instauration des vaccins obligatoires à l'école ou en crèche, sont efficaces.

Il est essentiel que le rôle du médecin comme coordinateur de la vaccination soit réaffirmé et que le Gouvernement prenne des positions claires sur le sujet.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Cet amendement tend à supprimer la possibilité reconnue aux centres de planification et d'éducation familiale, les CPEF, de réaliser les vaccinations.

L'élargissement des missions des CPEF à la vaccination va dans le sens des recommandations régulièrement émises par le Haut Conseil de la santé publique sur la nécessité d'une diversification des lieux de réalisation de la vaccination. Le public se rendant dans les CPEF pourra ainsi bénéficier à la fois d'une vaccination spécifique contre certaines maladies sexuellement transmissibles et d'une mise à jour de l'ensemble des vaccinations recommandées.

L'article 17 bis A va donc dans le bon sens pour améliorer la couverture vaccinale de la population, et notamment des jeunes adultes. C'est pourquoi la commission demande le retrait de cet amendement ; à défaut, l'avis sera défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Je partage l'avis de la commission des affaires sociales.

Tout l'enjeu est aujourd'hui de faciliter l'accès à la vaccination et donc d'ouvrir ou de maintenir ouverts des lieux dans lesquels jeunes et moins jeunes peuvent être suivis, se faire vacciner, être accompagnés.

Ce n'est pas en restreignant le champ des lieux d'accès à la vaccination que l'on améliorera la couverture vaccinale dans notre pays. Le Haut Conseil de la santé publique émet d'ailleurs régulièrement des recommandations qui vont dans le sens du texte proposé.

M. le président. Madame Deromedi, l'amendement n° 75 rectifié est-il maintenu ?

Mme Jacky Deromedi. Non, monsieur le président, je le retire.

M. le président. L'amendement n° 75 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'article 17 bis A.

(L'article 17 bis A est adopté.)

Article 17 bis B
(Non modifié)

Au troisième alinéa de l'article L. 3111-1 du code de la santé publique, après le mot : « communes », sont insérés les mots : « et les médecins des centres pratiquant les examens de santé gratuits prévus à l'article L. 321-3 du code de la sécurité sociale ». – (Adopté.)

Article 17 bis C
(Non modifié)

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les organisations représentatives des centres de santé disposent d'un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi pour réviser l'accord conclu en application de

l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, afin d'y intégrer les modifications résultant de l'application de la présente loi. – (*Adopté.*)

Article 17 bis
(Supprimé)

M. le président. Je suis saisi de six amendements identiques.

L'amendement n° 5 rectifié *quater* est présenté par Mmes Laborde et Billon, MM. Bonnecarrère, Castelli, Guerriau, L. Hervé, Houpert et Kern et Mmes Jouanno, Jouve et Morin-Desailly.

L'amendement n° 468 est présenté par Mme Génisson, M. Daudigny, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Campion et Claireaux, M. Durain, Mmes Emery-Dumas et Féret, MM. Godefroy, Jeansannetas et Labazée, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mmes Yonnet, Monier et les membres du groupe socialiste et républicain.

L'amendement n° 640 est présenté par le Gouvernement.

L'amendement n° 731 est présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

L'amendement n° 860 rectifié *ter* est présenté par MM. Mézard, Amiel et Guérini, Mme Malherbe et MM. Requier, Arnell, Collin, Esnol, Fortassin, Hue et Vall.

L'amendement n° 1113 est présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste.

Ces six amendements sont ainsi libellés :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

L'article L. 2212-5 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le mot : « écrite », la fin de la première phrase est supprimée ;

2° Après la référence : « L. 2212-4 », la fin de la seconde phrase est supprimée.

La parole est à Mme Chantal Jouanno, pour présenter l'amendement n° 5 rectifié *quater*.

Mme Chantal Jouanno. Nous reparlons là encore d'IVG, mais cette fois-ci sous un angle qui n'est pas purement médical. Il s'agit du délai de réflexion, entre le premier et le deuxième rendez-vous chez un praticien, imposé aux femmes souhaitant se soumettre à une IVG.

Ce délai, qui est en France d'une semaine, soit le plus long d'Europe – on rencontre chez nos voisins une grande diversité de situations –, est parfois utilisé de manière abusive pour faire obstacle à une IVG dans les dernières semaines de grossesse.

Je le disais précédemment, certains établissements, notamment en Île-de-France et en outre-mer, ne pratiquent aucune IVG entre la dixième et la douzième semaine.

Indépendamment de cette difficulté, la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes a estimé que ce délai était particulièrement infantilisant pour les femmes et irrespectueux des professionnels de santé.

Il nous semble très étonnant que l'on demande encore aux femmes, en 2015, de s'y prendre au moins à deux fois pour arrêter leur décision, alors que celle-ci, à l'évidence, est difficile et ne saurait être prise sur un coup de tête.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson, pour présenter l'amendement n° 468.

Mme Catherine Génisson. Ce sujet a occupé longuement la commission des affaires sociales. Le président de la commission et les corapporteurs ont estimé qu'il ne devait pas être traité dans le cadre du présent projet de loi, puisqu'il touche à l'éthique.

Bien évidemment, nous devons tous remercier Mme Simone Veil du courage dont elle a fait preuve face à une droite conservatrice et parfois odieuse. Il faut aussi remercier les parlementaires de gauche qui, à l'époque, ont permis l'adoption de cette loi.

Mme Laurence Cohen. Et le mouvement des femmes !

Mme Catherine Génisson. Bien sûr, ma chère collègue !

Je voudrais citer les propos tenus par Mme Veil à l'occasion du vingtième anniversaire de la promulgation de la loi : « L'avortement ne représente plus en France un enjeu politique. » Toutes les évolutions intervenues par la suite dans ce domaine sont des adaptations de la loi qu'elle a défendue.

En 2001, la loi relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception a allongé de dix à douze semaines le délai légal pour pratiquer l'IVG. Au fil des années, nous avons donc amélioré l'accès à l'interruption volontaire de grossesse. Madame la ministre, vous avez vous-même pris des mesures importantes, puisque vous avez accordé la gratuité de la contraception aux mineures et garanti l'accès gratuit à l'interruption volontaire de grossesse.

Imposer aujourd'hui ce délai de réflexion de sept jours à une femme qui a pris la difficile décision de pratiquer une interruption volontaire de grossesse ne semble plus de mise. Cela n'empêche pas, bien évidemment, que la femme puisse demander à bénéficier d'un délai de réflexion, et jamais un médecin ne le refusera, dans la mesure où l'intéressée reste dans le délai des douze semaines d'aménorrhée.

De même, jamais un médecin ne s'opposera à ce qu'une femme revienne au dernier moment sur sa décision de pratiquer l'IVG. Cette précision s'adresse à M. Barbier : au début de l'application de la loi Veil, on pratiquait beaucoup l'anesthésie générale et, lorsque je faisais la visite de pré-anesthésie, j'indiquais aux patientes qu'elles pouvaient revenir sur leur décision jusqu'au dernier moment.

Ce délai de réflexion représente donc une difficulté supplémentaire à assumer pour les femmes. J'ajoute que, si certaines associations font parfois un travail remarquable, d'autres abusent de la douleur de ces femmes pour les manipuler. M. le président de la commission des affaires sociales ne me contredira pas si j'affirme que certains mouvements sectaires s'immiscent dans le fonctionnement de ces associations, pour diffuser des idées peu acceptables.

La suppression de ce délai de réflexion est donc très importante.

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour présenter l'amendement n° 640.

Mme Marisol Touraine, ministre. Je ne vais pas reprendre les arguments énoncés par les deux sénatrices qui viennent d'intervenir. Ces six amendements identiques visent à rétablir le texte initial du projet de loi, car il constitue l'un des engagements forts de cette loi, pris à l'occasion du débat parlementaire.

Le délai de réflexion est assez variable en Europe. Vous avez eu raison de souligner, Mme Jouanno, que le délai applicable chez nous est le plus long d'Europe ; il est de cinq jours aux Pays-Bas, mais n'existe pas au Royaume-Uni.

Je veux insister sur le fait qu'il appartient à chaque femme de se fixer son propre délai de réflexion, pour autant qu'elle souhaite attendre et qu'elle en ait la possibilité, si elle est très avancée dans sa grossesse.

Une femme est responsable. Or, derrière ce délai de réflexion obligatoire, on décèle l'idée d'une irresponsabilité morale de la femme : celle-ci ne serait pas capable, lorsqu'elle va voir un médecin, d'assumer sa décision.

Bien sûr, le plus souvent, lorsqu'une femme se rend chez le médecin, elle sait déjà dans quel état d'esprit elle se trouve et pourquoi elle accomplit cette démarche. J'ajoute que, pour les mineures, le délai existant de deux jours n'est pas modifié. Ce temps de réflexion est laissé aux jeunes femmes mineures, puisqu'il peut y avoir des interactions avec leurs parents, leur famille ou leurs proches. Quoi qu'il en soit, il s'agit de faciliter l'accès à l'IVG et d'éviter aux femmes de se trouver « rattrapées » par les délais.

Enfin, nous affirmons un principe, au-delà des enjeux sanitaires : une femme est capable de se prendre en charge, de s'assumer, de prendre des décisions qui sont tout sauf banales, comme une interruption volontaire de grosses.

Les femmes sont capables de le faire en pleine connaissance de cause, avec des sentiments extrêmement variés, parce que les situations dans lesquelles on réalise une interruption volontaire de grossesse peuvent être extraordinairement différentes : certaines femmes auront le sentiment de subir cette interruption de grossesse, parce qu'elles ne se sentent pas à même d'accueillir un enfant à ce moment de leur vie ; pour d'autres, il s'agit d'un acte qui ne présente pas de difficulté particulière. Laissons les femmes assumer cette responsabilité et reconnaissons leur capacité à décider pour elles-mêmes.

M. le président. La parole est à Mme Brigitte Gonthier-Maurin, pour présenter l'amendement n° 731.

Mme Brigitte Gonthier-Maurin. Je souscris aux arguments que viennent d'avancer Mme la ministre et mes collègues.

J'insiste sur le fait que, pour une femme, la décision de pratiquer une IVG n'est jamais un acte banal et n'est jamais prise à la légère. Au contraire, cette décision est prise en toute responsabilité. Le délai de réflexion obligatoire peut même compliquer la situation, compte tenu des difficultés d'accès à l'IVG que l'on connaît ; au fond, je le ressens pour ma part comme l'expression de la tentation toujours présente, quoi que l'on en dise, de remettre en cause ce droit si important pour les femmes.

Notre groupe soutient donc ces amendements identiques présentés par différents groupes.

M. le président. L'amendement n° 860 rectifié *ter* n'est pas soutenu.

La parole est à Mme Aline Archimbaud, pour présenter l'amendement n° 1113.

Mme Aline Archimbaud. Nous défendons le même amendement, pour les mêmes raisons.

Quand une femme prend une telle décision, douloureuse, grave, quand elle l'a mûrement réfléchi, le plus souvent accompagnée de professionnels extrêmement compétents, il faut respecter cette décision. Imposer un délai de réflexion est une forme de retour en arrière. On sait combien la bataille pour la légalisation de l'IVG en France a été dure et a exigé du courage, il y a des décennies. On ne va pas revenir en arrière !

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

M. Alain Milon, corapporteur. Ces amendements identiques visent à rétablir l'article 17 *bis*, inséré par l'Assemblée nationale en commission, contre l'avis du Gouvernement à l'époque. Notre commission des affaires sociales a souhaité sa suppression. Comme cela a été dit, l'article 17 *bis* tendait à supprimer le délai de réflexion de sept jours avant la réalisation d'une IVG.

Je veux revenir sur les raisons qui justifient le choix de la commission : il s'agit d'un désaccord avec la méthode retenue pour la discussion d'un sujet de cette importance, sans préjuger du débat de fond sur la question.

Nous considérons qu'il est parfaitement légitime de s'interroger sur les aménagements qu'il convient d'apporter au délai de sept jours. Cependant, comme le Gouvernement lui-même l'a affirmé devant l'Assemblée nationale, par la voix de la ministre Marisol Touraine, la question qui nous est posée ne peut recevoir de réponse évidente.

Permettez-moi en effet de rappeler les arguments développés par le Gouvernement au moment de la discussion en commission de l'amendement qui allait devenir l'article 17 *bis* :

« L'accès concret à l'IVG doit bien entendu être garanti. C'est en tout cas l'objectif du plan que j'ai présenté le 17 janvier dernier. [...]

« La suppression du délai de réflexion ne fait pas partie des mesures que j'ai proposées, et je ne suis pas sûre qu'elle soit de nature à faciliter l'accès au droit dont nous parlons. Certaines situations particulières, j'en ai conscience, peuvent exiger une accélération de la procédure ; ainsi, lorsque la grossesse est à un stade avancé, le délai est d'ores et déjà raccourci.

« On peut aussi envisager un raccourcissement du délai dans les cas d'IVG pratiquées par voie médicamenteuse, autorisées pendant les cinq premières semaines de la grossesse. Dans la plupart des cas, cependant, le délai de réflexion est utile. Doit-il rester fixé à sept jours ? La question peut être posée ; mais, en tout état de cause, je suis défavorable à sa suppression, car la décision qui est en jeu, si elle est un droit absolu, est évidemment tout sauf banale. »

Notre commission approuve la position adoptée alors par Mme la ministre : la question des aménagements à apporter ou non à ce principe peut se poser, et les enjeux ne sont pas minces. Autrement dit, la question du délai de réflexion est une difficile et mérite selon nous de faire l'objet d'un examen approfondi. Or il nous semble que discuter du maintien ou non du délai de réflexion par la voie d'amendements ne permet pas de réunir les conditions d'un tel examen, contrairement à ce que permettrait une discussion dans le cadre d'un texte spécifiquement consacré à cette question.

Je suis personnellement en plein accord avec les arguments développés par Mme la ministre devant la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale. Je voudrais ajouter que la suppression brutale de ce délai ne me semble pas logique.

On aurait pu envisager, par exemple, que le médecin puisse proposer, sans obligation, un délai de réflexion dans les cas où ce délai lui paraît utile : nous aurions pu accepter une telle proposition. Nombre de médecins disent également que, dans le cadre du délai de réflexion actuellement imposé, certaines femmes reviennent les voir pour leur dire qu'elles renoncent à l'IVG.

Mme Dominique Gillot. Évidemment !

M. Alain Milon, corapporteur. C'est bien la preuve que ce délai de réflexion est parfois utile. Puisque tel est le cas, on pourrait préciser que le délai de réflexion est laissé au libre choix de la femme, ou tout simplement indiquer que le médecin peut en proposer un.

Mme Nicole Bricq. Il fallait déposer un amendement !

M. Alain Milon, corapporteur. Nous n'avons pas déposé d'amendement, parce que nous estimons que cette question doit faire l'objet d'un débat national préalable à l'examen d'un texte spécifique. Elle ne saurait être tranchée au détour d'un amendement adopté par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale à deux heures du matin.

Mme Nicole Bricq. Il est seize heures quarante-cinq et nous sommes au Sénat !

M. Alain Milon, corapporteur. Quoi qu'il en soit, nous sommes défavorables à la méthode retenue, mais pas forcément au contenu de la disposition adoptée. Nous serions plutôt favorables, en fait, à la proposition d'un délai de réflexion, plutôt qu'à un délai obligatoire.

Pour l'ensemble de ces raisons, nous souhaitons en revenir au texte initial de la loi Veil, quitte à réexaminer la question lors de l'examen d'un projet de loi ou d'une proposition de loi spécifique, après un débat national avec l'ensemble des acteurs.

L'avis de la commission est donc défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je veux revenir sur la procédure et sur la manière dont ma propre réflexion a évolué, car vous auriez pu également citer les propos que j'ai tenus en séance publique à l'Assemblée nationale, monsieur le corapporteur.

Lorsque j'ai présenté le plan pour faciliter l'accès à l'IVG, à la mi-janvier 2015 – je ne me souviens plus de la date exacte, peu importe –, le 11 janvier n'était pas loin.

Aussi, je me suis interrogée et je m'en suis ouverte au Premier ministre : au moment où la France est divisée, déchirée par des événements extérieurs, mais où elle essaie de se rassembler, est-il opportun de donner le sentiment – j'insiste sur cette expression – que nous utiliserions ce mouvement de consensus existant dans le pays pour faire passer des mesures sur des sujets qui appellent des débats ?

La question était de savoir non pas si l'on pouvait parler d'IVG au moment où la France était confrontée au terrorisme, car la réponse était évidemment positive, mais si nous ne risquions pas un procès d'intention. En effet, je craignais que l'on ne nous reproche de nous servir de l'unanimité régnant dans le pays pour avancer sur un sujet sensible, tel

que l'était aussi le mariage pour tous – d'ailleurs, on a revu les mêmes acteurs à l'Assemblée nationale –, et faire passer des mesures dont les Français ne voudraient pas.

Je ne dis pas que les choses se seraient forcément passées ainsi, mais, en tout cas, nous n'avons pas voulu prendre ce risque. Aussi, j'ai expressément indiqué, lors de la présentation du plan en janvier 2015, que la mesure de réduction du délai de réflexion que j'avais envisagée n'y figurerait plus.

Lorsque je suis arrivée devant l'Assemblée nationale, j'avais dans l'idée, après en avoir débattu en amont avec les parlementaires, que nous allions proposer une mesure relative à la réduction ou la suppression du délai dans le cadre du débat, avec la volonté de discuter de ces deux options.

J'étais moi-même, je l'avoue, hésitante, mais nous avons le droit d'évoluer. Voyez-vous, monsieur Milon, j'estime que c'est toute la grandeur du débat parlementaire. Contrairement à ce que vous dites, c'est non pas à la sauvette, à deux heures du matin, mais à la suite de longs débats à l'Assemblée nationale, tant en commission qu'en séance, que ma position a évolué.

En ce qui me concerne, au départ, j'étais presque favorable au maintien d'un délai symbolique, de 24 heures ou 36 heures, pour qu'il soit dit qu'il y avait un moment de réflexion, si court soit-il. Il m'a été rétorqué qu'un tel moment symbolique ne changerait rien dans la pratique. C'était simplement une façon de dire qu'un temps de réflexion était prévu, mais les femmes sont responsables et capables de prendre leur décision.

J'ai été convaincue et je me suis retrouvée sans argument pour justifier un délai d'un jour ou de deux, plutôt que la suppression du délai de réflexion. Moi qui avais toujours pensé, évidemment, que les femmes pouvaient prendre leurs décisions en pleine responsabilité, je me suis dit qu'il n'y avait aucune raison de maintenir un délai de réflexion, dès lors que cela introduit un doute sur la capacité de décision des femmes.

Voilà ce que je voulais vous dire, monsieur le président de la commission. Vous avez repris mes propos lors de la réunion de commission, qui ne constitue qu'un temps du débat parlementaire ; vous auriez pu en reprendre d'autres, prononcés lors d'étapes ultérieures de la procédure.

M. le président. La parole est à M. Gilbert Barbier, pour explication de vote.

M. Gilbert Barbier. Je vous ai écouté avec beaucoup d'attention, madame la ministre, et j'ai relu les débats. Force est de constater que, en séance publique, vous avez été soumise à une pression très forte de la majorité à l'Assemblée nationale, ...

Mme Nicole Bricq. Elle est capable d'y résister !

M. Gilbert Barbier. ... alors que, peut-être, au fond de vous-même, vous étiez au départ favorable à une simple modification de ce délai de réflexion. C'est du moins ce que vous aviez exprimé devant la commission. Je veux bien que vous mettiez en avant les événements du mois de janvier dernier, mais je pense que vous avez surtout cédé à une pression de votre majorité à l'Assemblée nationale. (*Oh ! sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe CRC.*)

Mes chers collègues, relisez les débats, qui ont été très longs.

Mme Annie David. Il faudrait savoir! Le président de la commission vient de dire que la décision avait été prise à la sauvette!

Mme Nicole Bricq. Soyez de bonne foi, monsieur Barbier!

M. Gilbert Barbier. Mais je suis de bonne foi! J'ai relu les textes, car il s'agit un moment important. L'IVG n'est pas un acte banal. Il faut reprendre les propos de Mme Veil, que vous convoquez maintenant à vos côtés, après l'avoir suffisamment combattue dans d'autres domaines.

Mme Nicole Bricq. Nous l'avons soutenue!

M. Gilbert Barbier. Une partie de la gauche l'a soutenue!

Madame la ministre, vous n'êtes pas sans savoir que l'organisation d'une IVG pose des problèmes pratiques. Si vous supprimez totalement le délai de réflexion, les femmes consultant leur médecin vont exiger, puisqu'elles estimeront qu'elles n'ont plus besoin de délai de réflexion, que l'on pratique en une seule séance l'IVG, ce qui n'est pas possible. Matériellement, c'est très difficile, et éthiquement, ce n'est pas souhaitable.

Effectivement, un certain nombre de femmes ont la possibilité de décider, et il n'est pas question, dans le délai de réflexion, de faire changer d'avis la femme qui a décidé une IVG. Toutefois, il faut bien dire qu'il est impossible d'organiser l'IVG en une seule séance, au cours de laquelle le médecin devrait obéir aussitôt.

Mme Laurence Cohen. Personne ne dit cela!

M. Gilbert Barbier. Si! S'il n'y a plus de délai de réflexion, il faudra sans doute s'organiser pour pratiquer immédiatement l'IVG.

Je pense que Mme la ministre avait une position personnelle quelque peu différente, qu'elle a exprimée devant la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

Je n'ai pas d'objection à ce que le délai soit réduit à 3 ou 4 jours. Je ne me souviens d'ailleurs plus pourquoi il avait été fixé initialement à une semaine. Néanmoins, à mon avis, ce n'est pas le fait de donner un petit délai de réflexion qui fera perdre des chances aux femmes.

M. le président. La parole est à Mme Nicole Bricq, pour explication de vote.

Mme Nicole Bricq. J'accepte complètement le débat, mais à partir du moment où il s'inscrit dans le cadre du problème qui est le nôtre, à savoir légiférer pour supprimer le délai de réflexion. C'est bien un principe de responsabilité qui est en jeu. Or à mes yeux, celui-ci ne se partage pas.

Ce n'est pas un problème de temps : il s'agit de reconnaître que la femme, comme l'homme, a une responsabilité pleine et entière. Quand on se dit libéral, comme certains d'entre vous, mes chers collègues, on l'est tout le temps, y compris dans l'affirmation de ce principe de responsabilité, qui renvoie au libre arbitre.

Mon grand âge me permet de me souvenir de débats anciens, du temps où nous vivions sous le joug de la loi de 1920. Je l'admets, monsieur le président de la commission, nous ne pensons pas comme vous sur le fond, car nous rejetons cette culpabilité dans laquelle on a toujours tendance à enfermer les femmes ayant recours à des avortements : « Tu as péché, tu dois payer! » C'est toujours la même chose! Ce n'est pas un problème de jours : c'est une question de fond qui nous sépare.

Monsieur Milon, il est faux de dire que la mesure a été votée à la sauvette à deux heures du matin. De toute façon, beaucoup de séances de nos assemblées ont lieu la nuit. Or je ne sache pas qu'on légifère en pleine responsabilité le jour et pas la nuit. Votre argument ne tient pas bien la route de la réflexion critique! Le débat a été long à l'Assemblée nationale, et Mme la ministre vient de nous dire que ce débat lui avait justement permis d'évoluer.

Monsieur Barbier, vous avancez que Mme la ministre aurait cédé sous la pression. Non! Je crois que c'est lui faire offense que de dire cela. Elle a montré ces derniers jours, mais également lors du débat sur la fin de vie, qu'elle était capable de résister et d'affirmer ses convictions quand elle n'était pas d'accord avec des amendements.

Enfin, puisque l'on cite souvent Mme Veil, je voudrais tout de même rappeler au Sénat, notamment à la majorité, que M. Neuwirth, qui a aussi eu beaucoup de courage, avant Mme Veil, au moment du débat sur la contraception, a été député, mais aussi sénateur. Faisons-lui honneur aujourd'hui en votant ces amendements!

M. le président. La parole est à Mme Dominique Gillot, pour explication de vote.

Mme Dominique Gillot. Je pense qu'il est important de ramener le débat à sa juste mesure. À un moment de la discussion – c'était hier, me semble-t-il – Mme Génisson remarquait que nous avions tendance à dérapier d'un débat sanitaire vers un débat idéologique.

Aujourd'hui, tout le monde peut se rendre compte que la pratique de l'IVG a beaucoup évolué depuis son autorisation. Vouloir absolument maintenir les femmes dans une dépendance, un état de minorité, une incapacité à décider en connaissance de cause de ce qui est juste et bon pour elles, en vertu d'une autorisation de la loi, revient à les infantiliser.

Les arguments développés sont empreints d'une forme d'idéologie qui vise à revenir sur un acquis essentiel pour la liberté des femmes.

Je voterai avec beaucoup de conviction l'amendement du Gouvernement tendant à rétablir le texte supprimant ce délai dit « de réflexion ». Ne nous y trompons pas, la réflexion qui conduit une femme à venir solliciter l'IVG a été menée en amont! Les femmes n'ont pas besoin de ce délai imposé, qui laisse la porte ouverte à des interventions qu'elles ne souhaitent pas forcément.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. Certes, il est important de s'exprimer sur cet amendement, mais le temps que nous lui consacrons me semble démesuré. Nous parlons d'un droit acquis!

J'ai réagi aux propos de Catherine Génisson en évoquant la lutte des femmes, parce que tout acquis, notamment de cet ordre-là, se fait par la conjonction de la lutte et de l'action de femmes et d'hommes politiques qui concrétisent, par la loi, dans les hémicycles, les conquêtes obtenues.

Dans ce débat, certains avancent des prétextes. Je ne vois pas d'autres cas où il est demandé à une partie de la population de réfléchir pendant un temps donné à un acte qui la regarde. Finalement, on demande en substance aux femmes si elles sont vraiment sûres de prendre la bonne décision en recourant à une IVG.

Mes collègues sont toutes intervenues – il est vrai qu'il s'agissait d'une majorité de femmes – pour pointer une remise en cause du droit des femmes. En effet, c'est une façon de dire indirectement que nous sommes des êtres mineurs, qui devraient être sous tutelle. Mais sous tutelle de qui ?

Mme Dominique Gillot. Des médecins !

M. Gilbert Barbier. De la loi !

Mme Laurence Cohen. Franchement, je ne sais pas s'il s'agit des médecins. Je ne le crois pas, même, car il y a des médecins qui ne partagent pas cette position.

Je vois plutôt une manifestation de l'ordre patriarcal dans cette volonté de nous laisser un délai de réflexion pour bien peser le pour et le contre.

Toutefois, il ne s'agit pas d'un acte anodin ! Les femmes sont capables de décider sans besoin d'un délai de réflexion, dicté en général par une poignée d'hommes, même si ceux-ci n'ont pas l'exclusivité, qui décide à la place des femmes.

Aussi, à mon sens, il est temps de voter avec enthousiasme ces amendements proposés non seulement par Mme la ministre de la santé, mais aussi par les représentants de plusieurs groupes politiques qui soutiennent cette avancée. Votons-les sans tergiverser !

M. le président. La parole est à Mme Chantal Jouanno, pour explication de vote.

Mme Chantal Jouanno. (*M. Gilbert Barbier s'exclame.*) Au nom de la délégation aux droits des femmes, je veux dire que j'apprécie tout particulièrement la tenue de ce débat, en tout cas jusqu'à présent. Monsieur Barbier, je vous en prie, je viens justement de me féliciter de la qualité du débat de fond et de l'absence de dérapage, car cela n'a pas toujours été les cas dans d'autres hémicycles...

J'ai bien entendu les propos de M. le président de la commission, qui, avec beaucoup de prudence, a rappelé que nous traitons effectivement d'un sujet douloureux, mais qu'il avait des interrogations sur la méthode.

Je voudrais le rassurer sur ce point : cette suppression figurait déjà parmi les 34 recommandations du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes. Par ailleurs, nous avons nous-mêmes, au sein de la délégation, organisé une table ronde et auditionné plus de dix représentants et responsables, dont certains, d'ailleurs, ne sont pas spécialement favorables à l'IVG. Ces travaux nous ont conduits à conclure que la suppression de ce délai était souhaitable pour plusieurs raisons.

Premièrement, il ne faut pas considérer que la démarche sera facilitée. On ne frappe pas comme cela à la porte du médecin, qui, tout d'un coup, va pratiquer une IVG. Il y a d'abord un premier rendez-vous, avant de pratiquer l'intervention. Il est impossible, en termes de délais, de pratiquer une IVG du jour au lendemain.

Deuxièmement, soyez tout de même un peu conscients que, comme toutes les femmes l'ont dit ici, le simple fait d'aller frapper à la porte du médecin, de franchir ce pas, est déjà un choix ! Il me semble que les femmes sont capables de décider ce qui est nécessaire pour elles.

M. le président. La parole est à Mme Evelyne Yonnet, pour explication de vote.

Mme Evelyne Yonnet. Je soutiendrai, bien sûr, l'amendement présenté par Mme la ministre, auquel j'adhère. Je fais partie moi aussi de l'ancienne génération et je me souviens très bien de toutes les luttes menées par les femmes, bien avant la loi Veil.

Je voudrais rappeler que les femmes n'ont eu le droit de vote qu'en 1945 et qu'il leur a fallu attendre 1975 pour avoir l'autorisation d'avorter grâce à la loi présentée par Mme Veil.

Ce qui est proposé par Mme la ministre, c'est en fait le choix. C'est la femme qui choisit, parce que c'est de son corps qu'il s'agit et que celui-ci lui appartient. Ce qui paraît très important et qui vient d'être dit, c'est que le simple fait d'aller frapper à la porte du médecin montre qu'elle a déjà choisi. Y a-t-il vraiment besoin d'un délai de réflexion ? Je n'en suis pas sûre.

De plus, je pense que nous sommes des femmes, sinon « libérées » – je n'aime pas ce mot –, du moins suffisamment libres dans notre tête pour savoir ce nous voulons. Avoir un enfant, c'est une grosse responsabilité. Je me souviens du slogan des manifestations qui avaient lieu dans les années soixante-dix : « Un enfant si je veux et quand je veux ».

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson, pour explication de vote.

Mme Catherine Génisson. Tout d'abord, madame la ministre, je voudrais vous remercier et saluer l'humanité avec laquelle vous avez décrit l'évolution de votre position sur le sujet qui nous occupe.

Ensuite, vous l'avez très bien dit, la femme est responsable.

Enfin, quand une femme rencontre son médecin pour solliciter une interruption volontaire de grossesse, celui-ci pratique bien évidemment un examen somatique pour apprécier la situation médicale de sa patiente. Néanmoins, il y a aussi un échange, ce qu'on appelle le colloque singulier, au cours duquel on peut tout se dire et tout se dit !

Si le médecin sent la femme hésitante ou s'il sent que sa décision n'est pas complètement acquise, il peut parfaitement proposer un délai. Toutefois, ce dernier devrait être non plus inscrit dans la loi, car cette question relève de la responsabilité de la femme qui sollicite du médecin une intervention. Elle appartient à la relation entre la femme et le médecin.

Il me paraît donc tout à fait opportun de voter l'amendement qui nous est proposé par le Gouvernement et par beaucoup d'entre nous pour supprimer ce délai de réflexion.

M. le président. La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

M. Alain Milon, corapporteur. Je disais tout à l'heure que j'aurais souhaité que le délai de réflexion ne soit pas imposé à la femme, mais que, au moins, il puisse lui être proposé.

Mes chers collègues, je voudrais simplement vous rappeler un arrêt de la première chambre civile de la Cour de cassation du 11 mars 2010, selon lequel, pour tout acte chirurgical, le chirurgien doit donner un temps de réflexion suffisamment long au patient. Je crois d'ailleurs qu'il va falloir mentionner ce point quelque part dans le texte pour nous prémunir contre des problèmes juridiques.

Aux termes de l'arrêt précité, la Cour de cassation exige que le médecin propose un temps de réflexion pour tout acte chirurgical, et une IVG entre bien dans cette catégorie. (*Exclamations sur les travées du groupe CRC.*)

Mmes Laurence Cohen et Annie David. M. Barbier a parlé d'« acte instrumental » !

M. Alain Milon, corapporteur. Il n'en demeure pas moins que c'est un acte chirurgical !

Je le répète, la première chambre civile de la Cour de cassation exige que le chirurgien laisse, pour tout acte chirurgical, un temps de réflexion suffisamment long au patient.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 5 rectifié *quater*, 468, 640, 731 et 1113.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant de la commission.

Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(*Le scrutin a lieu.*)

M. le président. Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(*Il est procédé au dépouillement du scrutin.*)

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 257 :

Nombre de votants	330
Nombre de suffrages exprimés	330
Pour l'adoption	178
Contre	152

Le Sénat a adopté.

En conséquence, l'article 17 *bis* est rétabli dans cette rédaction. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe CRC. – Mme Chantal Jouanno applaudit également.*)

Article additionnel après l'article 17 *bis*

M. le président. L'amendement n° 7 rectifié, présenté par Mmes Laborde, Billon et Blondin, M. Bonnecarrère, Mme Bouchoux, M. Castelli, Mme Cohen, M. Détraigne, Mmes Gatel et Gonthier-Maurin, MM. Guérini, Guerriau, L. Hervé et Houpert, Mmes Jouanno et Jouve, M. Kern, Mmes Malherbe et Morin-Desailly et M. Requier, est ainsi libellé :

Après l'article 17 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 2212-10, il est inséré un article L. 2212-10-... ainsi rédigé :

« *Art. L. 2212-10-* – Les articles L. 2212-1 à L. 2212-10 sont applicables à l'interruption volontaire de grossesse pratiquée pour motif médical visée à l'article L. 2213-1, à condition que cette interruption soit pratiquée avant la fin de la douzième semaine de grossesse. » ;

2° L'article L. 2213-2 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les articles L. 2212-1 à L. 2212-11 sont applicables à l'interruption volontaire de grossesse pratiquée pour motif médical à condition que cette interruption soit pratiquée avant la fin de la douzième semaine de grossesse. »

La parole est à Mme Chantal Jouanno.

Mme Chantal Jouanno. Cet amendement, dont les dispositions s'inscrivent dans la même logique que les amendements précédents, vise à éviter les difficultés qui contraindraient certaines femmes à ne pouvoir procéder à une interruption volontaire de grossesse faute d'avoir respecté les délais.

Aujourd'hui, quand une procédure de diagnostic anténatal a été engagée, il arrive parfois que des femmes se voient refuser de pratiquer une interruption volontaire de grossesse au motif qu'il faudrait l'avis d'une équipe pluridisciplinaire – une exigence qui n'est pas complètement conforme au droit, puisque la loi d'août 2014 a déjà modifié le code de la santé publique afin de supprimer la condition de détresse.

Il ne semble pas logique de conserver ce principe d'un avis d'une équipe pluridisciplinaire.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Cet amendement vise à réaffirmer le droit pour une femme qui a bénéficié d'un diagnostic anténatal et dont la grossesse n'a pas dépassé douze semaines d'accéder à une interruption volontaire de grossesse.

Il est clair et indéniable que les situations auxquelles les auteurs de l'amendement font référence sont choquantes et que ces pratiques font peu de cas des exigences déontologiques qui s'imposent aux professionnels de santé. À partir du moment où le délai de douze semaines n'a pas été dépassé, ce sont les dispositions de droit commun qui s'appliquent et non celles qui concernent l'interruption volontaire de grossesse pour motif médical. L'avis de l'équipe pluridisciplinaire n'est donc pas requis.

L'article L. 2212-1 du code de la santé publique est clair : la femme enceinte qui ne veut pas poursuivre une grossesse peut demander à un médecin une IVG, laquelle ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la douzième semaine. Aucune justification n'est nécessaire.

J'ajoute que, en vertu de la clause de conscience prévue par le code de la santé publique, un médecin n'est jamais tenu de pratiquer l'interruption volontaire de grossesse, mais il doit informer sans délai la patiente de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention.

Le problème que le présent amendement vise à résoudre est donc une difficulté pratique, due à une méconnaissance ou à une mauvaise interprétation de la loi. Vouloir faire dans la loi elle-même un rappel des dispositions législatives applicables ne nous semble pas être une bonne méthode. Le problème relève manifestement d'une circulaire, qui rappellerait le droit en vigueur.

Pour toutes ces raisons, même si nous comprenons bien la situation et ne la trouvons pas normale, j'émet, au nom de la commission, un avis défavorable sur l'amendement n° 7 rectifié.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Je reprendrai presque mot pour mot l'argumentation qui vient d'être présentée par M. le président de la commission des affaires sociales.

La loi et le droit sont clairs : jusqu'à douze semaines, il n'y a pas besoin d'avis médical ou de recommandation du médecin ou du corps médical. Le droit à l'interruption volontaire de grossesse – quelles que soient les raisons pour lesquelles cette intervention est demandée – s'applique. C'est au-delà de douze semaines que, si une IVG est demandée pour des raisons médicales, elle devient une interruption médicale de grossesse et nécessite alors un avis des professionnels engagés.

Si des difficultés existent – manifestement, vous en avez identifié quelques-unes –, elles appellent des réponses au cas par cas. Il convient de s'assurer que, dans les régions concernées, les plans d'accès à l'interruption volontaire de grossesse sont bien définis et diffusés. Toutefois, on ne peut pas écrire dans la loi ce que celle-ci prévoit déjà.

Je vous demande, madame la sénatrice, de bien vouloir retirer votre amendement. Sinon, j'émettrai au nom du Gouvernement un avis défavorable, simplement pour préserver la cohérence des textes.

M. le président. Madame Jouanno, l'amendement n° 7 rectifié est-il maintenu ?

Mme Chantal Jouanno. Madame la ministre, j'aimerais que vous preniez l'engagement, à l'issue des débats et après le vote définitif de ce texte, de clarifier le droit existant auprès de l'ensemble des praticiens et professionnels – il y a eu, il est vrai, différentes évolutions, notamment la loi de 2014 –, et de procéder auprès d'eux à un rappel strict des règles en vigueur. Je crois que ce serait utile.

Cela dit, je retire mon amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 7 rectifié est retiré.

Chapitre III

GARANTIR L'ACCÈS AUX SOINS

Article 18 **(Supprimé)**

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 469, présenté par Mme Génisson, M. Daudigny, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Campion et Claireaux, M. Durain, Mmes Emery-Dumas et Féret, MM. Godefroy, Jeansannetas et Labazée, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mmes Yonnet, Monier et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

I. – Le déploiement du mécanisme du tiers payant, permettant de pratiquer la dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires de l'assurance maladie, s'effectue, sous les conditions et garanties fixées au présent article, selon les modalités suivantes :

1° À compter du 1^{er} juillet 2016, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° de

l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie est tenu de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

2° À compter du 31 décembre 2016, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° du même article L. 322-3, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ;

3° Au plus tard le 31 octobre 2015, les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance transmettent conjointement au ministre chargé de la sécurité sociale un rapport présentant les solutions techniques permettant la mise en place du mécanisme du tiers payant simultanément sur les parts couvertes par les régimes obligatoires d'assurance maladie et sur celles couvertes par les organismes d'assurance maladie complémentaire au profit de l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie. Il inclut nécessairement le déploiement d'une solution technique commune permettant d'adresser aux professionnels de santé ayant fait ce choix un flux unique de paiement. Ce rapport est établi notamment au vu des attentes exprimées par les professionnels de santé. Il détermine et évalue la faisabilité opérationnelle et financière des solutions techniques permettant d'assurer aux professionnels de santé la simplicité de l'utilisation, la lisibilité des droits et la garantie du paiement. Il mentionne les calendriers et les modalités de test des solutions envisagées au cours de l'année 2016, en vue de parvenir à ouvrir à tous le bénéfice effectif du tiers payant à compter du 1^{er} janvier 2017 ;

4° À compter du 1^{er} janvier 2017, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et sur celle couverte par leur organisme d'assurance maladie complémentaire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie ainsi que les organismes d'assurance maladie complémentaire, pour le bénéfice de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, sont tenus de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

5° À compter du 30 novembre 2017, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant à l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie sur les dépenses mentionnées au 4°.

II. – Le déploiement du tiers payant fait l'objet de rapports sur les conditions de son application, qui sont transmis au ministre chargé de la sécurité sociale :

1° Au 30 octobre 2016, un rapport par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, en lien avec les organismes nationaux des autres régimes d'assurance maladie, pour son application aux bénéficiaires mentionnés au 1° du I et sur la situation générale ;

2° Avant le 30 septembre 2017, un rapport par les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance pour le déploiement mentionné au 4° du même I.

III. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 133-4 est ainsi modifié :

a) Après le septième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Si le professionnel ou l'établissement n'a ni payé le montant réclamé, ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir. » ;

b) Au dernier alinéa, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « quatre » ;

2° L'article L. 161-1-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent article ne peut, conformément à l'article L. 161-15-1, avoir de conséquences sur le service des prestations en nature de l'assurance maladie que pour les seules situations touchant au non-respect de la condition de résidence mentionnée à l'article L. 380-1. » ;

3° Au début de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 322-1, sont ajoutés les mots : « Elle est versée au professionnel de santé dans le cadre du mécanisme du tiers payant ou » ;

4° L'article L. 315-1 est complété par un VI ainsi rédigé :

« VI. – Le service du contrôle médical transmet, sauf opposition du bénéficiaire, les informations de nature médicale qu'il détient, notamment le protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1, en cas de changement d'organisme ou de régime d'assurance maladie, au nouveau service chargé du contrôle médical dont relève l'assuré. » ;

5° L'article L. 322-2 est ainsi modifié :

a) Le dernier alinéa du II est ainsi modifié :

- après la première occurrence du mot : « être », la fin de la première phrase est ainsi rédigée : « payée directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie, prélevée sur le compte bancaire de l'assuré après autorisation de ce dernier ou encore récupérée par l'organisme d'assurance maladie sur les prestations de toute nature à venir. » ;

- après la même première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Ce décret fixe également les modalités de recueil de l'autorisation de l'assuré de prélèvement sur son compte bancaire et de renoncement à cette autorisation. » ;

b) Après la première occurrence du mot : « être », la fin de la première phrase du sixième alinéa du III est ainsi rédigée : « payées, prélevées ou récupérées selon les modalités prévues au dernier alinéa du II. » ;

6° La section 4 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} est complétée par des articles L. 161-36-3 et L. 161-36-4 ainsi rétablis :

« Art. L. 161-36-3. – Lorsque le professionnel de santé applique le tiers payant, le paiement de la part prise en charge par l'assurance maladie est garanti, dès lors qu'il utilise la carte électronique de l'assuré mentionnée à l'article L. 161-31 et qu'elle ne figure pas sur la liste d'opposition prévue au même article. Ce paiement intervient dans un délai maximal fixé par décret. Ce décret fixe également les cas dans lesquels le paiement peut être garanti au professionnel s'il est amené exceptionnellement à pratiquer le tiers payant au vu d'autres justificatifs de droits.

« Le non-respect du délai mentionné au premier alinéa ouvre droit, pour le professionnel de santé concerné, sans préjudice des sommes dues, au versement d'une pénalité, selon des modalités fixées par décret.

« Les délais de paiement de chaque organisme d'assurance maladie font l'objet d'une publication périodique, dans des conditions définies par décret.

« Les organismes d'assurance maladie fournissent au professionnel de santé les informations nécessaires au suivi du paiement de chaque acte ou consultation pour lequel il a pratiqué le tiers payant.

« Art. L. 161-36-4. – Pour bénéficier du tiers payant chez un professionnel de santé exerçant en ville, l'assuré doit remplir les conditions suivantes :

« 1° Présenter au professionnel de santé la carte électronique mentionnée à l'article L. 161-31 ;

« 2° Avoir donné l'autorisation prévue au II de l'article L. 322-2 ;

« 3° S'agissant des actes et des prestations dispensés par les médecins, ne pas se trouver dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 ;

« 4° S'agissant de la délivrance de médicaments, respecter les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7. » ;

7° À l'article L. 162-21-1, après le mot : « hospitalisation », sont insérés les mots : « et des frais relatifs aux actes et consultations externes mentionnés aux articles L. 162-26 et L. 162-26-1 ».

IV. – À l'article L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime, le mot : « huitième » est remplacé par le mot : « neuvième » et les mots : « du neuvième » sont remplacés par les mots : « de l'avant-dernier ».

V. – L'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa, après la dernière occurrence du mot : « code », sont insérés les mots : « , qu'elles permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « et des actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique. Elles prévoient également l'exclusion totale ou partielle » sont remplacés par les mots : « ainsi que ».

VI. – Le 1^{er} du V entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017.

VII. – L'assurance maladie assume la mission générale de pilotage du déploiement et de l'application du tiers payant. Elle assure, en liaison avec les organismes d'assurance maladie complémentaire, la cohérence et la performance des dispositifs permettant aux professionnels de santé de mettre en œuvre ce mécanisme au profit des bénéficiaires de l'assurance maladie. Un décret définit les conditions dans lesquelles un comité de pilotage, composé de représentants de l'État, des organismes d'assurance maladie complémentaire, des professionnels de santé et des usagers du système de santé, évalue le déploiement et l'application du tiers payant, identifie les difficultés rencontrées par les professionnels de santé et formule, le cas échéant, les préconisations d'amélioration.

La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Cet amendement vise à rétablir l'article permettant la généralisation du tiers payant pour les consultations de ville. L'objectif est de dispenser les assurés de l'avance des frais des consultations des médecins de ville à la hauteur des montants faisant l'objet de remboursements par l'assurance maladie et les organismes complémentaires.

Nous le savons, un certain nombre de nos concitoyens ne se rendent pas chez leur médecin généraliste pour des raisons financières. Comme je l'ai clairement exprimé lors de mon exposé liminaire en discussion générale, les médecins généralistes ne sont pas à l'origine de cette situation. Ils sont en effet très nombreux à proposer un délai dans le dépôt du chèque qui leur est remis, ou même des actes gratuits.

Le problème se pose donc non pas dans le cabinet du médecin, mais en amont. Un rapport de la Cour des comptes datant d'il y a quelques jours à peine montre ainsi que des personnes éligibles à la CMU ou à la complémentaire santé ont recours à ces dispositifs dans de façon très restreinte.

C'est pourquoi l'argument selon lequel la généralisation du tiers payant entraînerait une inflation des dépenses est, à mes yeux, tout à fait inopérant. La réalité est que certaines personnes ne se rendent pas chez le médecin par dignité, parce qu'elles ont peur de ne pas pouvoir payer.

L'amendement que nous soutenons est donc à la fois une mesure sociale et une proposition technique. De nombreux professionnels de santé ont réagi sur ce deuxième point.

Certains se sont sentis blessés, dans la mesure où ils font déjà tout leur possible pour que les difficultés financières de leurs patients ne fassent pas obstacle à leur prise en charge.

D'autres ont avancé les contraintes administratives nouvelles que ce dispositif allait créer, empiétant un peu plus sur le temps consacré à la dimension relationnelle du soin, tout en faisant peser la crainte de ne pas récupérer le paiement de leurs actes à 100 %. La très grande majorité des professionnels ont soulevé ce problème, et il faut les entendre, car l'inflation des démarches administratives sur le temps médical est un véritable problème, pour la médecine libérale comme en milieu hospitalier.

Une dernière catégorie de professionnels de santé a avancé que la généralisation du tiers payant concernait l'architecture de la protection sociale. Ce débat est à mes yeux légitime. Bien que ce ne soit pas le sujet d'aujourd'hui, il devra avoir lieu.

En effet, depuis 2005, l'architecture de notre protection sociale a beaucoup changé, et sans doute faut-il la repenser afin de rétablir un équilibre entre le régime général et les régimes complémentaires. Pour l'heure, Mme la ministre ayant indiqué la méthode et l'échéancier de mise en œuvre de cette mesure de généralisation du tiers payant, nous soutiendrons fortement le rétablissement de l'article 18.

M. le président. L'amendement n° 732 rectifié, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du Groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

I. – Le déploiement du mécanisme du tiers payant, permettant de pratiquer la dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires de l'assurance maladie, s'effectue, sous les conditions et garanties fixées au présent article, selon les modalités suivantes :

1^o À compter du 1^{er} juillet 2016, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3^o et 4^o de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie est tenu de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

2^o À compter du 31 décembre 2016, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3^o et 4^o du même article L. 322-3, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ;

3^o Au plus tard le 31 octobre 2015, les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance transmettent conjointement au ministre chargé de la sécurité sociale un rapport présentant les solutions techniques permettant la mise en place du mécanisme du tiers payant simultanément sur les parts couvertes par les régimes obligatoires d'assurance maladie et sur celles couvertes par les organismes d'assurance maladie complémentaire au profit de l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie. Il inclut nécessairement le déploiement d'une solution technique commune permettant d'adresser aux professionnels de santé ayant fait ce choix un flux unique de paiement. Ce rapport est établi notamment au vu des attentes exprimées par les professionnels de santé. Il détermine et évalue la faisabilité opérationnelle et financière des solutions techniques permettant d'assurer aux professionnels de santé la simplicité de l'utilisation, la lisibilité des droits et la garantie du paiement. Il mentionne les calendriers et les modalités de test des

solutions envisagées au cours de l'année 2016, en vue de parvenir à ouvrir à tous le bénéfice effectif du tiers payant à compter du 1^{er} janvier 2017 ;

4° À compter du 1^{er} janvier 2017, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et sur celle couverte par leur organisme d'assurance maladie complémentaire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie ainsi que les organismes d'assurance maladie complémentaire, pour le bénéfice de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, sont tenus de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

5° À compter du 30 novembre 2017, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant à l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie sur les dépenses mentionnées au 4° .

II. – Le déploiement du tiers payant fait l'objet de rapports sur les conditions de son application, qui sont transmis au ministre chargé de la sécurité sociale :

1° Au 30 novembre 2016, un rapport par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, en lien avec les organismes nationaux des autres régimes d'assurance maladie, pour son application aux bénéficiaires mentionnés au 1° du I ;

2° Avant le 30 septembre 2017, un rapport par les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance pour le déploiement mentionné au 4° du même I.

III. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 133-4 est ainsi modifié :

a) Après le septième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Si le professionnel ou l'établissement n'a ni payé le montant réclamé, ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir. » ;

b) Au dernier alinéa, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « quatre » ;

2° L'article L. 161-1-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent article ne peut, conformément à l'article L. 161-15-1, avoir de conséquences sur le service des prestations en nature de l'assurance maladie que pour les seules situations touchant au non-respect de la condition de résidence mentionnée à l'article L. 380-1. » ;

3° Au début de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 322-1, sont ajoutés les mots : « Elle est versée au professionnel de santé dans le cadre du mécanisme du tiers payant ou » ;

4° L'article L. 315-1 est complété par un VI ainsi rédigé :

« VI. – Le service du contrôle médical transmet, sauf opposition du bénéficiaire, les informations de nature médicale qu'il détient, notamment le protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1, en cas de change-

ment d'organisme ou de régime d'assurance maladie, au nouveau service chargé du contrôle médical dont relève l'assuré. » ;

5° La section 4 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} est complétée par des articles L. 161-36-3 et L. 161-36-4 ainsi rétablis :

« Art. L. 161-36-3. – Lorsque le professionnel de santé applique le tiers payant, le paiement de la part prise en charge par l'assurance maladie est garanti, dès lors qu'il utilise la carte électronique de l'assuré mentionnée à l'article L. 161-31 et qu'elle ne figure pas sur la liste d'opposition prévue au même article. Ce paiement intervient dans un délai maximal fixé par décret. Ce décret fixe également les cas dans lesquels le paiement peut être garanti au professionnel s'il est amené exceptionnellement à pratiquer le tiers payant au vu d'autres justificatifs de droits.

« Le non-respect du délai mentionné au premier alinéa ouvre droit, pour le professionnel de santé concerné, sans préjudice des sommes dues, au versement d'une pénalité, selon des modalités fixées par décret.

« Les délais de paiement de chaque organisme d'assurance maladie font l'objet d'une publication périodique, dans des conditions définies par décret.

« Les organismes d'assurance maladie fournissent au professionnel de santé les informations nécessaires au suivi du paiement de chaque acte ou consultation pour lequel il a pratiqué le tiers payant.

« Art. L. 161-36-4. – Pour bénéficier du tiers payant chez un professionnel de santé exerçant en ville, l'assuré doit remplir les conditions suivantes :

« 1° Présenter au professionnel de santé la carte électronique mentionnée à l'article L. 161-31 ;

« 2° Avoir donné l'autorisation prévue au II de l'article L. 322-2 ;

« 3° S'agissant des actes et des prestations dispensés par les médecins, ne pas se trouver dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 ;

« 4° S'agissant de la délivrance de médicaments, respecter les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7. » ;

6° À l'article L. 162-21-1, après le mot : « hospitalisation », sont insérés les mots : « et des frais relatifs aux actes et consultations externes mentionnés aux articles L. 162-26 et L. 162-26-1 ».

IV. – À l'article L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime, le mot : « huitième » est remplacé par le mot : « neuvième » et les mots : « du neuvième » sont remplacés par les mots : « de l'avant-dernier ».

V. – L'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa, après la dernière occurrence du mot : « code », sont insérés les mots : « , qu'elles permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « et des actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique. Elles prévoient également l'exclusion totale ou partielle » sont remplacés par les mots : « ainsi que ».

VI. – Le 1° du V entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017.

VII. – L'assurance maladie assume la mission générale de pilotage du déploiement et de l'application du tiers payant. Elle assure, en liaison avec les organismes d'assurance maladie complémentaire, la cohérence et la performance des dispositifs permettant aux professionnels de santé de mettre en œuvre ce mécanisme au profit des bénéficiaires de l'assurance maladie. Un décret définit les conditions dans lesquelles un comité de pilotage, composé de représentants de l'État, des organismes d'assurance maladie, des organismes d'assurance maladie complémentaire, des professionnels de santé et des usagers du système de santé, évalue le déploiement et l'application du tiers payant, identifie les difficultés rencontrées par les professionnels de santé et formule, le cas échéant, les recommandations d'amélioration.

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Le groupe CRC est convaincu que, en supprimant l'obligation d'avancer des frais de santé, le tiers payant est positif pour l'accès aux soins, notamment celui des personnes les plus défavorisées.

Actuellement, le tiers payant qui est pratiqué pour tous les assurés sociaux en pharmacie, pour les bénéficiaires de la CMU-C, de l'AME, les victimes d'accident du travail et de maladie professionnelle et, dorénavant, les bénéficiaires de l'ACS, l'aide au paiement d'une complémentaire santé, permet de faire reculer le renoncement aux soins pour des raisons financières chez un certain nombre de patients. Nous soutenons donc cette mesure positive et importante.

Un certain nombre de médecins ont dit que la généralisation du tiers payant allait susciter des problèmes d'ordre administratif. Il faut les entendre, d'autant que cette généralisation entraîne des frais de fonctionnement évalués à environ 3,5 euros par consultation. Le mouvement des centres de santé demande une prise en charge de ces frais.

Il faut certes trouver des solutions à ces problèmes. Toutefois, je le répète, on ne peut pas constater un taux de renoncement aux soins qui toucherait, selon les évaluations, entre 20 % et 30 % des Français et ne rien faire pour le combattre. La généralisation du tiers payant constitue donc une étape importante.

Comme j'ai déjà eu l'occasion de le souligner au nom de mon groupe, cette mesure ne règle pas la question des dépassements d'honoraires ni le problème du remboursement des soins optiques, auditifs et dentaires. C'est pourquoi nous souhaitons porter la prise en charge de ces soins par la sécurité sociale à 100 %, en commençant par les jeunes.

À l'occasion des soixante-dix ans de la sécurité sociale, nous pensons que la généralisation du tiers payant est une étape, qui peut permettre de franchir un cap supplémentaire vers ce remboursement à 100 %.

Nous voterons donc pour la réintroduction de l'article 18.

M. le président. L'amendement n° 910, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du Groupe écologiste, est ainsi libellé :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

I. – Le déploiement du mécanisme du tiers payant permettant de pratiquer la dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires de l'assurance maladie s'effectue, sous les conditions et garanties fixées par le présent article, selon les modalités suivantes :

1° À compter du 1^{er} juillet 2016, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée au 3° et 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie est tenu de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

2° À compter du 31 décembre 2016, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant à l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée au 3° et 4° de l'article L. 322-3, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'à l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ;

3° Au plus tard le 31 octobre 2015, les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance transmettent conjointement au ministre chargé de la sécurité sociale un rapport présentant les solutions techniques permettant la mise en place du mécanisme du tiers payant simultanément sur les parts couvertes par les régimes obligatoires d'assurance maladie et les organismes d'assurance maladie complémentaire au profit de l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie. Il inclut nécessairement le déploiement d'une solution technique commune permettant d'adresser aux professionnels de santé ayant fait ce choix un flux unique de paiement. Ce rapport, établi notamment au vu des attentes exprimées par les professionnels de santé, mentionne les calendriers et modalités de test des solutions envisagées au cours de l'année 2016, en vue de parvenir à ouvrir à tous le bénéfice effectif du tiers payant à compter du 1^{er} janvier 2017 ;

4° À compter du 1^{er} janvier 2017, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et sur celle couverte par leur organisme d'assurance maladie complémentaire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie ainsi que les organismes d'assurance maladie complémentaire pour le bénéfice des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale sont tenus de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

5° À compter du 30 novembre 2017, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant à l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie sur les dépenses mentionnées au 4°.

II. – Le déploiement du tiers payant fait l'objet de rapports sur les conditions de son application, qui sont transmis au ministre chargé de la sécurité sociale :

1° Au 30 novembre 2016 par la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, en lien avec les organismes nationaux des autres régimes d'assurance maladie, pour son application aux bénéficiaires mentionnés au 1° du I ;

2° Avant le 30 septembre 2017 par les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance pour le déploiement mentionné au 4° du I.

III. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 133-4 est ainsi modifié :

a) Après le septième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Si le professionnel ou l'établissement, n'a ni payé le montant réclamé ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir. » ;

b) Au dernier alinéa le mot : « trois » est remplacé par le mot : « quatre » ;

2° L'article L. 161-1-4, est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions du présent article ne peuvent, conformément aux dispositions de l'article L. 161-15-1, avoir de conséquences sur le service des prestations en nature de l'assurance maladie que pour les seules situations touchant au non-respect de la condition de résidence mentionnée à l'article L. 380-1. » ;

3° Au début de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 322-1, sont insérés les mots :

« Elle est versée au professionnel de santé dans le cadre du mécanisme du tiers payant ou » ;

4° L'article L. 315-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« VI. – Le service du contrôle médical transmet, sauf opposition du bénéficiaire, les informations de nature médicale qu'il détient, notamment le protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1, en cas de changement d'organisme ou de régime d'assurance maladie, au nouveau service en charge du contrôle médical dont relève l'assuré. » ;

5° L'article L. 322-2 est ainsi modifié :

a) au septième alinéa, les mots : « versée directement par l'assuré à la caisse d'assurance maladie ou être récupérée par elle auprès de l'assuré sur les prestations à venir » sont remplacés par les mots et la phrase : « payée directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie, prélevée sur le compte bancaire de l'assuré après autorisation de ce dernier ou encore récupérée par l'organisme d'assurance maladie sur les prestations

de toute nature à venir. Ce décret fixe également les modalités de recueil de l'autorisation de l'assuré de prélèvement sur son compte bancaire et de renoncement à cette autorisation. » ;

b) au treizième alinéa, les mots : « versées directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie dont il relève ou peuvent être récupérées par ce dernier auprès de l'assuré sur les prestations de toute nature à venir » sont remplacés par les mots : « payées, prélevées ou récupérées selon les modalités prévues au dernier alinéa du II ci-dessus » ;

6° La section 4 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er}, est complétée par deux articles L. 161-36-3 et L. 161-36-4 ainsi rédigés :

« Art. L. 161-36-3. – Lorsque le professionnel de santé applique le tiers payant, le paiement de la part prise en charge par l'assurance maladie est garanti, dès lors qu'il utilise la carte électronique de l'assuré mentionnée à l'article L. 161-31 du présent code et qu'elle ne figure pas sur la liste d'opposition prévue par cet article. Ce paiement intervient dans un délai maximum fixé par décret. Ce décret fixe également les cas dans lesquels le paiement peut être garanti au professionnel s'il est amené exceptionnellement à pratiquer le tiers payant au vu d'autres justificatifs de droits.

« Le non-respect de ce délai ouvre droit pour le professionnel de santé concerné, sans préjudice des sommes dues, au versement d'une pénalité selon des modalités fixées par décret.

« Les délais de paiement de chaque organisme d'assurance maladie font l'objet d'une publication périodique dans des conditions définies par décret.

« Les organismes d'assurance maladie fournissent au professionnel de santé les informations nécessaires au suivi du paiement de chaque acte ou consultation pour lequel il a pratiqué le tiers payant. » ;

« Art. L. 161-36-4. – Pour bénéficier du tiers payant chez un professionnel de santé exerçant en ville, l'assuré doit remplir les conditions suivantes :

« 1° Présenter au professionnel de santé la carte électronique mentionnée à l'article L. 161-31 ;

« 2° Avoir donné l'autorisation prévue au II de l'article L. 322-2 ;

« 3° S'agissant des actes et prestations dispensés par les médecins, ne pas se trouver dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 ;

« 4° S'agissant de la délivrance de médicaments, respecter les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7. » ;

7° Au premier alinéa de l'article L. 871-1, après la quatrième occurrence du mot : « code », sont insérés les mots : « , qu'elles permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, ».

IV. – Le 7° entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017.

V – L'assurance maladie assume la mission générale de pilotage du déploiement et de l'application du tiers payant. Elle assure, en liaison avec les organismes d'assurance maladie complémentaire, la cohérence et la performance des dispositifs permettant aux professionnels de santé de mettre en œuvre ce mécanisme au profit des bénéficiaires de l'assurance maladie.

La parole est à Mme Aline Archimbaud.

Mme Aline Archimbaud. Le groupe écologiste a également déposé un amendement visant à rétablir l'article 18, qui instaure le tiers payant généralisé, dont la commission des affaires sociales a voté sans débat la suppression au mois de juillet dernier. Cette mesure concerne pourtant tous nos concitoyens. Elle est l'un des piliers du volet « accès aux droits et aux soins » de ce texte. Selon nous, sa suppression constitue un grave recul social.

En effet, les chiffres montrent des difficultés importantes dans l'accès aux soins et à la santé, et d'abord chez les plus modestes de nos concitoyens, qui ont pourtant déjà accès à la CMU-C.

Certains salariés et retraités très modestes se trouvent juste au-dessus du seuil qui leur permettrait d'avoir accès à la CMU-C et à l'aide complémentaire santé. Nous avons constaté lors de nombreuses auditions un taux important et inquiétant de renoncement aux soins parmi ces personnes.

En outre, dans le contexte de crise sociale que nous traversons, même nos concitoyens plus aisés ne sont pas à l'abri de ruptures sociales brutales. L'idée de généraliser progressivement le tiers payant, de façon à ce qu'il soit accessible à tous nos concitoyens, correspond selon nous à un véritable besoin.

Les préoccupations des professionnels de santé concernant sa mise en place sont légitimes. En effet, il faut régler les problèmes techniques, de façon à ce que ces professionnels soient assurés d'être remboursés rapidement et ne soient pas confrontés à des difficultés administratives ou bureaucratiques. Un groupe de travail réunissant des médecins, la CNAM et les complémentaires santé y travaille actuellement afin de faire des propositions au Gouvernement. Nous devons trouver une solution. Même si ce n'est pas exactement comparable, je rappelle d'ailleurs que le tiers payant existe dans les pharmacies depuis longtemps et que ces problèmes ont pu y être résolus.

C'est pourquoi nous avons déposé cet amendement en faveur du rétablissement de l'article 18.

M. le président. L'amendement n° 1199, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

I A. – Le déploiement du mécanisme du tiers payant, permettant de pratiquer la dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires de l'assurance maladie, s'effectue, sous les conditions et garanties fixées au présent article, selon les modalités suivantes :

1° À compter du 1^{er} juillet 2016, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obliga-

toire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie est tenu de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

2° À compter du 31 décembre 2016, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° du même article L. 322-3, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ;

3° Au plus tard le 31 octobre 2015, les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance transmettent conjointement au ministre chargé de la sécurité sociale un rapport présentant les solutions techniques permettant la mise en place du mécanisme du tiers payant simultanément sur les parts couvertes par les régimes obligatoires d'assurance maladie et sur celles couvertes par les organismes d'assurance maladie complémentaire au profit de l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie. Il inclut nécessairement le déploiement d'une solution technique commune permettant d'adresser aux professionnels de santé ayant fait ce choix un flux unique de paiement. Ce rapport est établi notamment au vu des attentes exprimées par les professionnels de santé. Il détermine et évalue la faisabilité opérationnelle et financière des solutions techniques permettant d'assurer aux professionnels de santé la simplicité de l'utilisation, la lisibilité des droits et la garantie du paiement. Il mentionne les calendriers et les modalités de test des solutions envisagées au cours de l'année 2016, en vue de parvenir à ouvrir à tous le bénéfice effectif du tiers payant à compter du 1^{er} janvier 2017 ;

4° À compter du 1^{er} janvier 2017, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et sur celle couverte par leur organisme d'assurance maladie complémentaire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie ainsi que les organismes d'assurance maladie complémentaire, pour le bénéfice de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, sont tenus de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

5° À compter du 30 novembre 2017, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant à l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie sur les dépenses mentionnées au 4°.

I B. – Le déploiement du tiers payant fait l'objet de rapports sur les conditions de son application, qui sont transmis au ministre chargé de la sécurité sociale :

1° Au 30 novembre 2016, un rapport par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, en lien avec les organismes nationaux des autres régimes d'assurance maladie, pour son application aux bénéficiaires mentionnés au 1° du I A ;

2° Avant le 30 septembre 2017, un rapport par les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance pour le déploiement mentionné au 4° du même I A.

II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 133-4 est ainsi modifié :

a) Après le septième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Si le professionnel ou l'établissement n'a ni payé le montant réclamé, ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir. » ;

b) Au dernier alinéa, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « quatre » ;

2° L'article L. 161-1-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent article ne peut, conformément à l'article L. 161-15-1, avoir de conséquences sur le service des prestations en nature de l'assurance maladie que pour les seules situations touchant au non-respect de la condition de résidence mentionnée à l'article L. 380-1. » ;

3° Au début de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 322-1, sont ajoutés les mots : « Elle est versée au professionnel de santé dans le cadre du mécanisme du tiers payant ou » ;

4° L'article L. 315-1 est complété par un VI ainsi rédigé :

« VI. – Le service du contrôle médical transmet, sauf opposition du bénéficiaire, les informations de nature médicale qu'il détient, notamment le protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1, en cas de changement d'organisme ou de régime d'assurance maladie, au nouveau service chargé du contrôle médical dont relève l'assuré. » ;

5° L'article L. 322-2 est ainsi modifié :

a) Le dernier alinéa du II est ainsi modifié :

- après la première occurrence du mot : « être », la fin de la première phrase est ainsi rédigée : « payée directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie, prélevée sur le compte bancaire de l'assuré après autorisation de ce dernier ou encore récupérée par l'organisme d'assurance maladie sur les prestations de toute nature à venir. » ;

- après la même première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Ce décret fixe également les modalités de recueil de l'autorisation de l'assuré de prélèvement sur son compte bancaire et de renoncement à cette autorisation. » ;

b) Après la première occurrence du mot : « être », la fin de la première phrase du sixième alinéa du III est ainsi rédigée : « payées, prélevées ou récupérées selon les modalités prévues au dernier alinéa du II. » ;

6° La section 4 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} est complétée par des articles L. 161-36-3 et L. 161-36-4 ainsi rétablis :

« Art. L. 161-36-3. - Lorsque le professionnel de santé applique le tiers payant, le paiement de la part prise en charge par l'assurance maladie est garanti, dès lors qu'il utilise la carte électronique de l'assuré mentionnée à l'article L. 161-31 et qu'elle ne figure pas sur la liste d'opposition prévue au même article. Ce paiement inter-

vient dans un délai maximal fixé par décret. Ce décret fixe également les cas dans lesquels le paiement peut être garanti au professionnel s'il est amené exceptionnellement à pratiquer le tiers payant au vu d'autres justificatifs de droits.

« Le non-respect du délai mentionné au premier alinéa ouvre droit, pour le professionnel de santé concerné, sans préjudice des sommes dues, au versement d'une pénalité, selon des modalités fixées par décret.

« Les délais de paiement de chaque organisme d'assurance maladie font l'objet d'une publication périodique, dans des conditions définies par décret.

« Les organismes d'assurance maladie fournissent au professionnel de santé les informations nécessaires au suivi du paiement de chaque acte ou consultation pour lequel il a pratiqué le tiers payant.

« Art. L. 161-36-4. - Pour bénéficier du tiers payant chez un professionnel de santé exerçant en ville, l'assuré doit remplir les conditions suivantes :

« 1° Présenter au professionnel de santé la carte électronique mentionnée à l'article L. 161-31 ;

« 2° Avoir donné l'autorisation prévue au II de l'article L. 322-2 lorsque le montant dû par le bénéficiaire au titre des II et III du même article excède un seuil fixé par décret et n'a pas été acquitté ;

« 3° S'agissant des actes et des prestations dispensés par les médecins, ne pas se trouver dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 ;

« 4° S'agissant de la délivrance de médicaments, respecter les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7. » ;

7° À l'article L. 162-21-1, après le mot : « hospitalisation », sont insérés les mots : « et des frais relatifs aux actes et consultations externes mentionnés aux articles L. 162-26 et L. 162-26-1 ».

III. – À l'article L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime, le mot : « huitième » est remplacé par le mot : « neuvième » et les mots : « du neuvième » sont remplacés par les mots : « de l'avant-dernier ».

IV. – L'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa, après la dernière occurrence du mot : « code », sont insérés les mots : « , qu'elles permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « et des actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique. Elles prévoient également l'exclusion totale ou partielle » sont remplacés par les mots : « ainsi que ».

V. – Le 1° du IV entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017.

VI. – L'assurance maladie assume la mission générale de pilotage du déploiement et de l'application du tiers payant. Elle assure, en liaison avec les organismes d'assu-

rance maladie complémentaire, la cohérence et la performance des dispositifs permettant aux professionnels de santé de mettre en œuvre ce mécanisme au profit des bénéficiaires de l'assurance maladie. Un décret définit les conditions dans lesquelles un comité de pilotage, composé de représentants de l'État, des organismes d'assurance maladie, des organismes d'assurance maladie complémentaire, des professionnels de santé et des usagers du système de santé, évalue le déploiement et l'application du tiers payant, identifie les difficultés rencontrées par les professionnels de santé et formule, le cas échéant, les préconisations d'amélioration.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, ministre. Cet amendement du Gouvernement va dans le même sens politique que ceux qui ont été présentés à l'instant.

L'enjeu essentiel est de garantir, ou du moins de favoriser l'accès aux soins de certains de nos concitoyens qui peuvent être amenés à y renoncer pour des raisons financières. De nombreux dispositifs existent dans notre pays afin de faciliter l'accès aux soins. L'hôpital accueille tout un chacun, et de nombreux professionnels libéraux acceptent des patients qui ne peuvent pas payer ou gardent des chèques pour les encaisser plus tard.

Des barrières existent pourtant, car ne pas pouvoir avancer la consultation peut représenter un frein psychologique poser un problème de dignité. Certaines personnes ne veulent pas être traitées différemment, ni demander à leur médecin que le chèque qu'elles lui remettent reste sous la pile pendant quelques jours, voire quelques semaines. Il y a là un enjeu majeur d'organisation de notre système de santé.

En ce qui concerne les modalités techniques de mise en œuvre du tiers payant généralisé, je rappelle qu'environ un tiers des actes de santé réalisés dans notre pays le sont déjà avec le tiers payant, à l'hôpital comme chez les professionnels libéraux, les pharmaciens, les biologistes et les radiologues le plus souvent.

Il est vrai, certains médecins rencontrent parfois des difficultés pour être payés dans des délais raisonnables lorsqu'ils pratiquent le tiers payant. Toutefois, je veux dire de la manière la plus ferme que le système de tiers payant qui sera déployé n'est pas l'extension de ce qui existe aujourd'hui, mais la mise en place d'un système *ad hoc*. En effet, la généralisation du tiers payant impose que nous repensons l'ensemble de l'organisation et de la relation entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires.

S'agissant du coût supposé du tiers payant, j'ai entendu des hypothèses fantaisistes. Ces estimations financières – notamment le chiffre de 3,5 euros par consultation – sont sans fondement. En revanche, le Gouvernement a la volonté de mettre en place le tiers payant dans des conditions simples pour les professionnels de santé, avec la conviction que le système, une fois qu'il sera déployé et aura fait la preuve de sa simplicité, sera adopté naturellement par les médecins.

Aujourd'hui, quand on entre dans une pharmacie, on ne se pose même plus la question de savoir si on avance l'argent ou non. Même des gens qui n'ont aucune difficulté pour avancer l'argent des médicaments tendent leur carte Vitale naturellement.

Nous mettons en place un système simple, qui sera étendu par étapes. Celui-ci deviendra progressivement un droit pour les patients, ce qui nous permettra de vérifier, étape par étape, que les exigences de simplicité et de fiabilité sont parfaitement remplies pour les professionnels de santé.

L'article 18 confie à l'assurance maladie une mission de pilotage général du déploiement du tiers payant, ce qui est normal étant donné le rôle prépondérant que celle-ci joue en matière de dépenses de santé.

Par ailleurs, je le répète, les professionnels bénéficieront d'un flux unique de paiement. Aujourd'hui, les remboursements sont désynchronisés, ce qui complique leur gestion : ces professionnels reçoivent à la fois un remboursement de l'assurance maladie et un remboursement des organismes professionnels. C'est à eux de déterminer quelle somme correspond à quel patient. Ce chantier doit aboutir à former un seul flux de paiement.

Mesdames, messieurs les sénateurs, telles sont les mises au point que je tenais à opérer. Bien entendu, les considérations techniques sont réelles. Si ces dernières sont seules en jeu, les oppositions peuvent être dépassées. Toutefois, si certains brandissent ces considérations alors même que les différents acteurs sont réunis autour de la table pour trouver des solutions, c'est parce qu'ils privilégient d'autres enjeux, relevant de l'ordre des principes. À ces derniers, j'oppose le principe de la garantie d'accès aux soins dans notre pays! (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain.*)

Mme Nicole Bricq. Très bien!

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

M. Alain Milon, corapporteur. L'ensemble des orateurs l'a rappelé : cet article 18 a fait couler beaucoup d'encre et il a cristallisé l'opposition des médecins au présent projet de loi, et cela en pleine période de campagne pour les élections aux unions régionales des professionnels de santé, les URPS.

Madame la ministre, nous ne sommes pas opposés au tiers payant en tant que tel. J'ai même envisagé un temps, avec les autres corapporteurs, de conserver dans le présent texte le dispositif élaboré par le Gouvernement, en le rendant facultatif.

Toutefois, nous n'avons pas opté pour cette solution, dans la mesure où elle équivaldrait, dans les faits, au droit existant. En effet, le tiers payant est déjà possible. Dans certains cas, il est même obligatoire, en vertu de la dernière loi de financement de la sécurité sociale. Aujourd'hui, l'ensemble des Français dont les revenus sont inférieurs au seuil de pauvreté bénéficie du tiers payant.

Par ailleurs, même dans le cas où cette procédure n'est pas obligatoire, les médecins l'appliquent majoritairement pour leurs patients souffrant d'affections de longue durée, qui sont pris en charge à 100 % par la sécurité sociale.

Globalement, entre 20 % et 40 % des actes des médecins se voient appliquer le tiers payant. En conséquence, on ne peut pas dire que les médecins s'opposent à ce système : ils y ont recours pour les populations fragiles. Le tiers payant permet ainsi de répondre à la question du nonaccès aux soins pour motif financier.

Or la première justification du tiers payant n'est pas de cette nature : elle repose sur le taux de prise en charge par la sécurité sociale, en matière d'optique ou de soins dentaires. Dans ces domaines, on le sait, les taux de remboursement

proposés par l'assurance maladie restent faibles. En outre, du fait, notamment, de l'absence de réévaluation des tarifs, certains médecins pratiquent des dépassements d'honoraires autorisés.

Qu'il s'agisse du taux de prise en charge ou des dépassements d'honoraires, le mécanisme du tiers payant généralisé n'apporte rien d'autre que des contraintes, et cela sans résoudre le problème de fond.

Les dépassements d'honoraires seront-ils traités dans le cadre du tiers payant généralisé, et si oui, comment? Le présent texte ne répond pas à cette question. Le tiers payant risque, partant, de soulever des difficultés pratiques particulièrement difficiles à surmonter, si le médecin doit, au cas par cas, en fonction de la complémentaire souscrite, demander au patient le paiement direct des dépassements d'honoraires qu'il est autorisé à pratiquer.

De plus, le mécanisme destiné à appliquer le tiers payant se révèle particulièrement complexe, à tel point que sa mise en œuvre complète est prévue, non plus au 1^{er} janvier 2017, mais en novembre 2017, soit après les prochaines élections présidentielles! (*M. Gilbert Barbier le confirme.*)

Ainsi, les services de la Caisse nationale d'assurance maladie, la CNAM, resteront mobilisés sur ces questions pendant de nombreux mois, voire pendant des années. Or, à nos yeux, il serait préférable de les laisser se consacrer à des enjeux autrement plus urgents pour notre système de soins. En effet, on nous l'a affirmé: la question du tiers payant généralisé a bloqué toute négociation conventionnelle et risque de peser lourdement sur les négociations prévues après les élections aux URPS.

Mes chers collègues, pour l'ensemble de ces raisons, le tiers payant généralisé nous semble répondre davantage à la volonté gouvernementale qu'aux besoins de nos concitoyens ou aux évolutions nécessaires de notre système de santé.

Voilà pourquoi la commission a supprimé l'article 18. Voilà pourquoi elle est, bien entendu, défavorable à son rétablissement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur les amendements n^{os} 469, 732 rectifié et 910?

Mme Marisol Touraine, ministre. L'amendement du Gouvernement n'est pas rédigé exactement de la même manière. C'est pourquoi je demanderai aux auteurs de ces amendements de bien vouloir les retirer au profit de la rédaction du Gouvernement. Je précise d'ailleurs qu'une modification a été apportée par rapport au texte, tel qu'il avait été voté par l'Assemblée nationale, sur un point technique.

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

M. Yves Daudigny. Mes chers collègues, il faut s'interroger sur les fondements et sur la réalité de cette colère, à laquelle M. le corapporteur vient de faire écho.

En l'espèce, il s'agit de généraliser un mécanisme qui est déjà appliqué, sans aucun problème vraiment sérieux, par le secteur hospitalier, les biologistes, les pharmaciens – cette profession a été mentionnée –, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes et de nombreux autres spécialistes – cette liste n'est certainement pas complète –, pour plus de 50 % de leurs actes, et ce jusqu'à 100 %. En

outre, ce mécanisme est déjà appliqué par les médecins en faveur des bénéficiaires de la couverture maladie universelle, la CMU.

De surcroît, nous débattons non pas d'une mesure isolée – Mme la ministre a insisté sur ce point –, mais d'un faisceau de dispositions destinées à lutter contre le renoncement aux soins et les discriminations, qui, aujourd'hui encore, sont une réalité pour nombre de nos concitoyens.

Le tiers payant généralisé s'inscrit dans un ensemble cohérent, qui prend place à la suite des mesures prises depuis 1999 et la création de la CMU.

Je veux bien comprendre l'inquiétude des médecins: je pourrais faire état, dans cet hémicycle, des alarmes, sinon de la colère qu'exprime mon propre médecin traitant.

Cependant, il faut dire combien les conséquences évoquées – la fin des professions libérales, la désresponsabilisation des patients ou la mainmise des complémentaires – s'apparentent à de mauvais procès. Vraisemblablement, certains invoquent ces motifs avec sincérité. D'autres, c'est clair, les emploient à des fins idéologiques, pour des raisons, nous le savons, relevant du calendrier professionnel, ou peut-être encore – c'est de bonne guerre! – dans un but politique.

Mme la ministre a également insisté sur ce point: nous faisons nôtre la nécessité d'assurer aux médecins le paiement de l'intégralité des sommes qui leur sont dues, et ce dans un délai raisonnable, qui devra être respecté. Si nous soulignons cette nécessité avec vigueur, nous appuierons avec toute notre force et notre conviction la mise en place de ce dispositif, tel qu'il est proposé par le Gouvernement.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Procaccia, pour explication de vote.

Mme Catherine Procaccia. Contrairement à M. le corapporteur et à M. Daudigny, je n'ai pas préparé mon intervention à l'avance. Toutefois, je tiens à dire que les membres du groupe Les Républicains soutiennent totalement la commission sur ce point.

Tout d'abord, cet article impose un dispositif aux médecins, au lieu de dialoguer avec eux. Mieux vaudrait tenter de convaincre les 40 % à 60 % de ces professionnels qui n'ont pas recours au tiers payant et établir avec eux ne serait-ce qu'un calendrier. L'informatisation des cabinets médicaux et la généralisation de la carte Vitale ont bien été opérées de manière progressive. Ces chantiers ont pris de longues années.

Ensuite, plusieurs orateurs ont tracé une comparaison entre les médecins et les pharmaciens. Toutefois, en la matière, ces deux professions ne sont absolument pas dans la même situation. En général, les pharmaciens ne travaillent pas seuls: si j'en crois ce que plusieurs d'entre eux m'ont dit, la plupart du temps, ils disposent d'un assistant chargé exclusivement de la tenue des comptes et vérifiant à ce titre si les remboursements ont bien été effectués. Ce travail exige beaucoup de temps; il représente parfois une journée complète par semaine.

Enfin, j'évoquerai la question des assurances, notamment des complémentaires. C'est un domaine que je connais: certains le savent, j'ai travaillé dans ce secteur, et ce pendant près de trente ans.

Selon les clauses souscrites au titre de la complémentaire maladie, l'on n'est absolument pas remboursé de la même manière. Selon que l'on sera assuré à la MAAF, chez

Groupama ou ailleurs, on ne percevra pas exactement le même montant. Tout dépendra du contrat souscrit par chaque individu et des diverses options qui auront été privilégiées.

Informatiquement, je ne vois absolument pas comment il sera possible de tenir compte des particularités de chaque assurance complémentaire maladie, au titre de la carte Vitale ou chez le médecin. Les assureurs ne verseront jamais que ce qu'ils ont prévu de rembourser. Mais la situation sera ingérable pour les médecins ! Quant aux patients, ils s'exposeront à de très graves déceptions. Ils ne comprendront pas pourquoi 3 ou 10 euros supplémentaires sont mis à leur charge, alors qu'ils croyaient bénéficier d'un remboursement intégral. Dès lors, ils qualifieront leur médecin et leur assureur de voleurs !

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je ne tiens pas à rouvrir le débat. Aussi, je n'aborderai pas les questions techniques, qui font actuellement l'objet d'importantes discussions. À mon sens, en dépit de la complexité qu'ils peuvent parfois présenter, ces enjeux ne peuvent constituer le cœur du sujet.

Cela étant, j'entends dire que le renoncement aux soins concernerait uniquement les populations les plus en difficulté ou les plus fragiles. Ce n'est pas exact ! Il ne m'appartient pas, pas plus qu'à qui que ce soit, de juger des problèmes financiers, généraux ou ponctuels, auxquels un patient peut se heurter pour accéder à des professionnels de santé.

En moyenne, le renoncement aux soins et le report de soins touchent 17 % de la population. Cette proportion atteint même 25 % pour les personnes souffrant d'affections de longue durée.

Enfin, un tiers des personnes qui perçoivent entre 1 000 et 1 300 euros par mois renonceraient à des soins. Certes, les revenus en question ne sont pas élevés, mais ils sont supérieurs au seuil en deçà duquel est accordée l'aide à la complémentaire santé.

Mme Aline Archimbaud. Tout à fait !

Mme Marisol Touraine, ministre. Imaginer que l'ensemble des problèmes de renoncement aux soins a été résolu, au motif que nous avons imposé l'usage du tiers payant en faveur des patients qui disposent de cette aide, c'est avoir une vision faussée de notre société.

On ne peut opposer, d'une part les plus modestes, vivant sous le seuil de pauvreté, et, de l'autre, les couches moyennes et modestes de la population, qui, je le répète, n'accèdent pas toujours facilement aux soins.

Je tenais à apporter cette précision. On ne peut laisser prospérer l'idée selon laquelle un tiers payant social suffirait à résoudre toutes les difficultés. Au fond, l'universalité de l'assurance maladie passe par l'universalité des droits, indépendamment de la situation financière des uns et des autres.

M. le président. La parole est à Mme Evelyne Yonnet, pour explication de vote.

Mme Evelyne Yonnet. J'ai écouté avec beaucoup d'attention les propos de Mme la ministre, qui font écho à certaines enquêtes dont j'ai eu connaissance.

Ainsi, parmi les actifs, la première catégorie à négliger le budget consacré à la santé, c'est, curieusement, celle des fonctionnaires. Cette situation s'explique par le fait que nombre d'entre eux ne perçoivent que de petits revenus.

Le tiers payant généralisé permettrait à nos concitoyens de prendre conscience de l'atout que représente la santé. Car il faut se soigner ! Or face aux loyers, aux frais d'alimentation, aux charges liées à la rentrée scolaire, le poste de dépenses le plus délaissé dans le budget des familles, c'est la santé. Cette situation est très préoccupante.

À cet égard, il faudrait se poser la question suivante : en définitive, n'est-il pas plus onéreux de renoncer à des soins que de se soigner lorsque c'est nécessaire ? Je le répète, une étude publiée il y a deux ans montre que les fonctionnaires sont les plus nombreux à renoncer à des soins, pour eux comme pour leur famille.

Bien entendu, je soutiens l'article 18, que la commission a supprimé, et je le voterai des deux mains !

Mme Catherine Deroche, corapporteur. Une seule suffira ! *(Sourires.)*

M. le président. Madame Génisson, l'amendement n° 469 est-il maintenu ?

Mme Catherine Génisson. Madame la ministre a repéré une légère différence de rédaction entre l'amendement proposé par le gouvernement et celui qu'a présenté le groupe socialiste.

Nous avons en effet ajouté au texte issu de l'Assemblée nationale la demande d'un rapport d'étape, un an après la mise en place du tiers payant généralisé, non pas pour le plaisir de demander un rapport, mais parce que le sujet le mérite.

Nous disposerons ainsi d'un état de l'application progressive de cette mesure, telle qu'elle est décrite dans le texte de l'amendement, afin de rassurer les professionnels, et nous pourrions montrer que le système fonctionne, en détaillant la situation des médecins traitants qui l'appliquent. Ce rapport suivra celui que vous avez sollicité pour le 31 octobre 2015, madame la ministre, et qui devra établir l'état de la situation en vigueur et la description du dispositif de généralisation.

Je retirerai avec plaisir mon amendement si vous acceptez de modifier le vôtre en ce sens. Je le retirerai d'ailleurs même si vous refusez ! *(Rires.)*

Les relations que nous entretenons avec les professionnels de santé bénéficieraient, me semble-t-il, d'un tel rapport.

M. le président. L'amendement n° 469 est retiré.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, ministre. Je vous remercie de votre engagement et de la bonne volonté dont vous faites preuve, madame la sénatrice ! *(Sourires.)*

Je ne souhaite pas modifier le texte de l'amendement du Gouvernement. En revanche, je prends l'engagement devant la représentation nationale que le rapport prévu comportera des éléments à destination des professionnels de santé, et pas seulement des assurés. L'évaluation ne saurait tenir compte du seul point de vue des patients. Elle devra également s'attacher à celui des professionnels.

M. Gilbert Barbier. S'agit-il du rapport de 2019 ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Non, de celui qui est attendu en 2017 et qui couvrira la période 2015-2017.

M. le président. Madame Cohen, l'amendement n° 732 rectifié est-il maintenu ?

Mme Laurence Cohen. Je crois avoir été claire : nos exigences vont au-delà de la proposition du Gouvernement. Il ne nous semble toutefois pas souhaitable d'affaiblir cette mesure, car elle va dans le bon sens. Nous acceptons donc bien volontiers de retirer l'amendement n° 732 rectifié au profit de l'amendement n° 1199 du Gouvernement, afin de lui ménager une chance d'être adopté.

M. le président. L'amendement n° 732 rectifié est retiré.

Madame Archimbaud, l'amendement n° 910 est-il maintenu ?

Mme Aline Archimbaud. Mes chers collègues, même si j'ai été coupée dans mon élan tout à l'heure, vous aurez certainement compris que le groupe écologiste apportait son soutien à la mise en place du tiers payant généralisé. Les différences rédactionnelles nous semblaient très faibles, nous retirons notre amendement.

M. le président. L'amendement n° 910 est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 1199.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant de la commission.

Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

M. le président. Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(Il est procédé au dépouillement du scrutin.)

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 258 :

Nombre de votants	343
Nombre de suffrages exprimés	335
Pour l'adoption	145
Contre	190

Le Sénat n'a pas adopté.

L'article 18 demeure donc supprimé.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, ministre. Je voudrais exprimer mes regrets au sujet de ce vote. Je le répète, la généralisation du tiers payant est l'un des éléments les plus importants de cette loi de modernisation de notre système de santé. La modernisation, c'est l'innovation au service de nos concitoyens !

Je regrette que le Sénat ait fait le choix de supprimer cette disposition essentielle, et je compte sur la suite du parcours parlementaire de ce texte pour lui donner une nouvelle chance.

M. le président. La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

M. Alain Milon, corapporteur. J'exprime quant à moi ma satisfaction que le Sénat ait répondu à la demande des médecins sur ce sujet !

Demande de réserve

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Monsieur le président, en application de l'article 44, alinéa 6, du règlement du Sénat, le Gouvernement demande la réserve de l'examen de l'article 21 *bis* et des amendements portant article additionnel après l'article 21 *bis*, afin qu'ils soient examinés le lundi 28 septembre, à la reprise de la séance.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur cette demande de réserve ?

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. La commission émet bien entendu un avis favorable.

M. le président. Il n'y a pas d'opposition ?...

La réserve est ordonnée.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, ministre. Monsieur le président, je sollicite une brève suspension de séance.

M. le président. Le Sénat va, bien sûr, accéder à votre demande, madame la ministre.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à dix-sept heures vingt-cinq, est reprise à dix-sept heures trente-cinq.)

M. le président. La séance est reprise.

5

MISE AU POINT AU SUJET D'UN VOTE

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

M. Yves Daudigny. Monsieur le président, lors du scrutin n° 258 portant sur l'amendement n° 1199 à l'article 18 du projet de loi de modernisation de notre système de santé, qui vient d'avoir lieu, M. Alain Richard souhaitait s'abstenir, et non voter pour.

M. le président. Acte est donné de votre mise au point, mon cher collègue. Elle sera publiée au *Journal officiel* et figurera dans l'analyse politique du scrutin.

6

MODERNISATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

Suite de la discussion en procédure accélérée d'un projet de loi dans le texte de la commission

M. le président. Nous reprenons la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé.

Nous poursuivons la discussion du texte de la commission.

Article 18 bis
(Supprimé)

M. le président. L'amendement n° 1129 rectifié, présenté par MM. Cornano, Antiste, Desplan, J. Gillot, Masseret et Cazeau, Mmes Blondin et Jourda et MM. Karam et S. Larcher, est ainsi libellé :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Le Gouvernement présente un rapport au Parlement, avant la fin de l'année 2016, indiquant les modalités selon lesquelles il est possible d'instaurer la couverture maladie universelle complémentaire à Mayotte.

La parole est à M. Jacques Cornano.

M. Jacques Cornano. Cet amendement vise à rétablir l'article 18 bis dans sa rédaction adoptée par l'Assemblée nationale.

En effet, la situation sanitaire parfois préoccupante des départements d'outre-mer va de pair avec un contexte économique difficile. C'est ainsi que le taux de chômage global est deux fois plus élevé en moyenne – pour ne pas dire trois fois! – qu'en métropole. Quant au taux de chômage des jeunes, il oscille entre 40 % et 70 % selon les départements.

Aussi, il n'est guère étonnant que les quatre départements d'outre-mer les plus anciens – la Martinique, la Guadeloupe, la Guyane et La Réunion – regroupent quelque 12,5 % des bénéficiaires de la CMU-C, la couverture maladie universelle complémentaire, alors qu'ils ne représentent que 3 % de la population française totale.

Mayotte, pour sa part, ne dispose pas de la CMU-C. En effet, l'île n'était pas un département lorsque cette couverture complémentaire a été instituée en 1999. Néanmoins, les besoins actuels de Mayotte en ce domaine sont tout aussi importants que ceux des autres départements d'outre-mer.

Il est donc proposé ici que le Gouvernement réalise une étude pour déterminer les modalités selon lesquelles Mayotte pourrait bénéficier de la CMU-C.

Cette disposition, vous l'aurez compris, mes chers collègues, est primordiale pour nos territoires ultramarins, qui comptent un nombre important de personnes défavorisées : plutôt que d'avancer les frais pour la consultation médicale, certaines d'entre elles préfèrent renoncer à se soigner.

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

M. Alain Milon, corapporteur de la commission des affaires sociales. Depuis l'accession de Mayotte au statut départemental en 2011, un processus d'extension du droit en vigueur en métropole a été engagé, notamment pour ce qui concerne le droit relatif à la sécurité sociale.

D'une manière générale, les corapporteurs ne sont pas favorables à la multiplication des demandes de rapports, ainsi que vous avez pu le constater tout au long de la semaine, mon cher collègue – une dizaine de rapports ont été demandés.

L'extension de la CMU-C à Mayotte a été annoncée par le Président de la République en août 2014. L'heure n'est donc plus à s'interroger sur les possibilités d'une telle extension. Au demeurant, la demande de rapport prévue dans cet amendement n'est pas de nature à accélérer le processus engagé.

En conséquence, la commission est défavorable à la demande d'un rapport supplémentaire, mais elle aimerait que Mme la ministre nous donne des éléments d'information sur l'extension de la CMU-C au département de Mayotte.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Le Président de la République a annoncé l'extension de la CMU-C à Mayotte, et nous partageons, monsieur le sénateur, votre souhait de transposer dans ce département le système de protection sociale qui existe dans les autres départements français. Il est temps de procéder au rapprochement des dispositifs existants.

Néanmoins, pour ce qui concerne la CMU-C, un certain nombre de difficultés se posent, qui sont bien identifiées. Des conditions techniques doivent être remplies ; je pense, par exemple, à la fiabilisation de l'état civil, élément indispensable à la certification des NIR, les numéros d'identification au répertoire, qui permettent la délivrance des cartes vitales. Un travail en la matière a commencé l'année dernière.

Je pense, également, à l'informatisation de la caisse de sécurité sociale de Mayotte, dont le nouveau siège n'est pas encore construit, ou à la fiabilisation des déclarations de ressources, alors que la première déclaration d'impôt sur le revenu de droit commun porte, à Mayotte, sur les revenus de 2014.

Toutefois, plus fondamentalement, cette extension devra accompagner l'évolution du système de santé qui existe aujourd'hui sur l'île et qui devrait se traduire par la généralisation du ticket modérateur, lequel n'est, pour l'instant, quasiment jamais acquitté, ainsi que par l'apparition, par voie de conséquence, d'une offre locale de complémentaire santé.

Or il importe de ne pas bouleverser du jour au lendemain une organisation des soins qui repose essentiellement sur l'hôpital public, où les soins et les médicaments sont actuellement dispensés gratuitement aux assurés sociaux.

L'extension de la CMU-C pose, enfin, la question de l'alignement progressif des cotisations acquittées.

En ouvrant la perspective d'étendre à Mayotte la CMU-C, le Président de la République a aussi indiqué qu'un rapport serait nécessaire pour bien identifier l'ensemble des difficultés que je viens d'évoquer, et peut-être d'autres encore.

C'est pourquoi le Gouvernement émet un avis favorable sur cet amendement.

M. le président. La parole est à Mme Dominique Gillot, pour explication de vote.

Mme Dominique Gillot. Cela a été souligné, la situation sanitaire à Mayotte est extrêmement préoccupante. Malgré des évolutions récentes, l'offre publique de soins y est très insuffisante. Elle est assurée presque exclusivement par l'hôpital, qui est quasiment saturé par l'accueil des immigrés en situation irrégulière, l'offre libérale étant pour ainsi dire inexistante.

L'île ne compte qu'une vingtaine de médecins libéraux sur le territoire pour 212 000 habitants. Avec les personnes en situation irrégulière, le taux est de 90 médecins pour 100 000 habitants.

La raréfaction des ressources médicales s'explique principalement par le manque d'attractivité du territoire, dû au coût élevé de la vie et à l'insécurité en ce qui concerne les atteintes aux biens, ainsi que, depuis peu, aux personnes.

Plusieurs rapports ont été publiés. Lors de son déplacement à Mayotte en août 2014, le Président de la République a pris des engagements. Les actions entreprises pour contenir les prix et endiguer la montée de la délinquance doivent être poursuivies, car la situation continue de s'aggraver.

Si la future loi de modernisation de notre système de santé a vocation à s'appliquer sur l'ensemble du territoire, outre-mer compris, nous savons bien que les territoires ultra-marins requièrent une attention particulière ; c'est tout spécialement le cas de Mayotte.

Je souhaiterais connaître l'avis du Gouvernement au sujet de quelques solutions qui pourraient être mises en œuvre.

Tout d'abord, il serait possible d'étendre à l'océan indien le dispositif expérimental prévu à l'article 39 de la loi du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche, qui ouvre l'accès aux études médicales et de santé à partir d'un cursus de licence. Cette mesure ouvrirait des débouchés pour les étudiants de licence, renforcerait l'attractivité du centre universitaire de Mayotte pour les bacheliers issus des lycées mahorais et contribuerait au développement d'une offre locale de formation supérieure.

Ensuite, il serait souhaitable de pérenniser l'aide exceptionnelle attribuée au conseil départemental de Mayotte en direction des non-assurés sociaux et de porter cette dotation financière à 3,5 millions d'euros pour maintenir le niveau des prestations et de prise en charge de proximité assuré par le service de protection maternelle et infantile de Mayotte.

De fait, ce service dont l'activité est cruciale dans un département où, comme chacun sait, le nombre de naissances est très élevé, et qui constitue le premier niveau de prise en charge pour de nombreux enfants et pour le suivi des femmes enceintes, est aujourd'hui dans une situation financière qui compromet l'exercice même de ses missions, en raison notamment de l'absence d'aide médicale d'État.

Mme Catherine Procaccia. Monsieur le président, de grâce, faites respecter les temps de parole !

Mme Dominique Gillot. Enfin, il faudrait réfléchir à l'implantation de structures médico-sociales pour les personnes âgées dépendantes, puisque la population de Mayotte, aujourd'hui extrêmement jeune, commencera bientôt à vieillir.

M. le président. Veuillez conclure, ma chère collègue.

Mme Dominique Gillot. Comme vous, madame la ministre, monsieur le corapporteur, je pense que la réalisation d'une étude supplémentaire destinée à préciser les modalités de l'instauration de la CMU-C à Mayotte n'est pas suffisante. Il est maintenant important d'agir !

M. le président. Il faut vraiment conclure, ma chère collègue !

Mme Dominique Gillot. C'est pourquoi j'ai tenu à me faire l'écho de la position de notre collègue Thani Mohamed Soilihi, qui a été obligé de quitter le Sénat pour prendre son avion. Je demande au Gouvernement de décider d'un calendrier.

M. le président. La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

M. Alain Milon, corapporteur. Pour détendre un peu l'atmosphère, je ferai remarquer à M. Cornano que, si j'étais à sa place, je serais quelque peu inquiet : puisque Mme la ministre a donné son accord pour un rapport sur les modalités selon lesquelles il sera possible d'instaurer la CMU-C à Mayotte, cette mesure n'est pas près d'être prise ! *(Sourires.)*

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1129 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

Mme Catherine Procaccia. Un rapport de plus !

M. le président. En conséquence, l'article 18 *bis* est rétabli dans cette rédaction.

Articles additionnels après l'article 18 *bis*

M. le président. L'amendement n° 913, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 18 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – L'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Ouvre également droit à la couverture complémentaire mentionnée au premier alinéa du présent article le bénéficiaire du droit mentionné au quatrième alinéa de l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles. »

II. – Le I entre en vigueur à compter du 1^{er} septembre 2016.

La parole est à Mme Aline Archimbaud.

Mme Aline Archimbaud. Les auteurs de cet amendement proposent une simplification administrative destinée à faciliter l'accès aux droits.

Les droits à la CMU-C sont théoriquement ouverts dans un délai de deux mois après le dépôt du dossier de demande complet et pour une période d'un an renouvelable. Or la constitution d'un dossier complet est complexe pour les demandeurs, surtout pour le public visé, particulièrement touché par la précarité.

L'instruction annuelle de la demande par la caisse d'assurance maladie entraîne des lourdeurs administratives, de graves difficultés pour les équipes des CPAM et des coûts de gestion importants, ainsi qu'un taux de non-recours qui reste très élevé : en d'autres termes, un certain nombre de nos concitoyens n'ont pas accès aux soins, ou très tardivement, de sorte que leurs pathologies s'aggravent, et avec elles leur coût social.

Ces coûts sont évitables pour une partie des bénéficiaires de la CMU-C : ceux qui sont allocataires du RSA socle. En effet, les conditions de ressources du second dispositif sont inférieures à celles du premier. D'ailleurs, aux termes de l'article L. 861-2 du code de la sécurité sociale, les allocataires du RSA socle sont « réputés satisfaire aux conditions » ouvrant droit au bénéfice de la CMU-C.

Mes chers collègues, nous vous proposons de tirer toutes les conclusions de ce lien entre le RSA socle et la CMU-C en rendant automatiques l'ouverture et le renouvellement des droits à la seconde pour les allocataires du premier.

D'après les informations que nous avons recueillies, les systèmes informatiques permettront, dans les semaines à venir, aux CPAM et aux caisses d'allocations familiales, chargées respectivement de la CMU-C et du RSA socle, d'échanger les informations nécessaires à la mise en place de cette mesure. Il serait inutile et coûteux, sur le plan humain et financier, que les CPAM recommencent le travail de vérification des ressources déjà réalisé par les CAF. L'adoption de cet amendement serait donc une source d'économies, en plus d'offrir à des personnes qui n'y parviennent pas aujourd'hui la possibilité de faire ouvrir leurs droits.

Cette mesure est aussi la première proposition du rapport du Défenseur des droits sur les refus de soins des bénéficiaires de la CMU-C. Dans ce document remis au Premier ministre en mars 2014, le Défenseur des droits explique que « pour les allocataires du RSA socle, qui bénéficient d'un droit à affiliation partiellement automatique à la CMU-C sous réserve de l'accomplissement de certaines formalités, le taux de non-recours s'élevait à plus de 28 % en 2010 ».

Depuis lors, le phénomène de non-recours lié à la grande complexité administrative des démarches s'est aggravé, puisque, selon le fonds CMU, le taux de non-recours à la CMU-C parmi les allocataires du RSA socle atteignait 36 % en 2013, ce qui est considérable.

J'ai souvent défendu cette proposition, notamment lors de l'examen des projets de loi de financement de la sécurité sociale; on m'a répondu, non sans raison, que cette question serait traitée dans le cadre du projet de loi relatif à la santé. Nous y sommes!

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

M. Alain Milon, corapporteur. L'amendement présenté par Mme Archimbaud, qui vise à garantir automatiquement le bénéfice de la CMU-C aux allocataires du RSA socle, est satisfait par le droit en vigueur.

En effet, l'alinéa 2 de l'article L. 861-2 du code de la sécurité sociale prévoit, comme vous l'avez vous-même signalé, ma chère collègue, que les allocataires du RSA socle sont « réputés satisfaire aux conditions » ouvrant droit à la CMU-C. Inscrire le même principe à l'article précédent de ce code n'aura pas de conséquence sur le non-recours.

J'ajoute que l'assurance maladie a mis en place sur son site internet un outil de simulation qui indique clairement que les bénéficiaires du RSA socle sont éligibles à la CMU-C.

Dans ces conditions, la commission, qui a rejeté un amendement identique de Mme Archimbaud au mois de juillet dernier, sollicite le retrait de celui-ci; elle y sera défavorable s'il est maintenu.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement?

Mme Marisol Touraine, ministre. Je comprends parfaitement votre objectif, madame la sénatrice, et je salue la constance de votre engagement au service de l'accès effectif aux droits. Néanmoins, je ne suis pas certaine que la mesure que vous proposez soit la mieux adaptée.

Des efforts de simplification très importants sont en train d'être accomplis, qui permettent aux bénéficiaires potentiels de savoir s'ils peuvent prétendre à la CMU-C lorsqu'ils perçoivent le RSA. Dans le même temps, les caisses primaires d'assurance maladie se mettent en mesure d'informer les personnes dont elles pensent qu'elles sont éligibles à cette prestation. Enfin, un simulateur des droits a été mis en place,

qui doit encore être conforté; nous en attendons beaucoup, puisqu'il permettra de connaître en quelques clics l'intégralité des droits sociaux auxquels on peut prétendre.

Par ailleurs, nous sommes quelque peu dubitatifs à l'égard du principe d'automatisme des droits – il y a là un sujet de débat possible entre nous. En effet, il nous paraît important que les bénéficiaires potentiels entreprennent une démarche, car le droit dont il est question n'est pas automatique, mais doit résulter d'une demande.

C'est pourquoi je vous demande de retirer votre amendement; si vous le maintenez, j'y serai défavorable.

M. le président. Madame Archimbaud, l'amendement n° 913 est-il maintenu?

Mme Aline Archimbaud. Bien qu'il s'agisse d'un amendement d'appel, celui-là, au moins, je ne le retirerai pas.

Monsieur le corapporteur, j'ignore où vous avez vu que ce système était déjà mis en œuvre. Son principe est peut-être inscrit dans la loi, mais je vous assure qu'il n'est pas appliqué dans les faits; pas plus tard que la semaine dernière, j'ai téléphoné à plusieurs directeurs de CPAM pour m'en assurer. Certaines caisses, comme celle de Seine-Saint-Denis, tentent bien des expériences, mais elles sont très limitées. Je répète que, sauf erreur de ma part, ni la CNAM ni les pouvoirs publics n'ont décidé d'appliquer ce système, qui, donc, n'existe pas dans les faits.

Songez, mes chers collègues, que quelque 36 % des allocataires du RSA socle ne parviennent pas à ouvrir leurs droits à la CMU-C! Il y a là un grave problème de santé publique.

Il est vrai, madame la ministre, qu'un simulateur des droits a été mis en place; il peut assurément aider certaines personnes à ouvrir leurs dossiers, mais d'autres ont besoin d'un accompagnement.

Pour ma part, je constate que, non seulement les équipes de la CPAM de Seine-Saint-Denis, mais celles de toutes les CPAM font savoir qu'elles sont absolument surchargées, et même victimes d'une véritable embolie: le traitement des dossiers accuse des retards très longs, tout simplement parce qu'elles n'y arrivent plus. Imaginez-vous qu'il faut fournir en moyenne quarante à soixante pièces pour constituer un dossier de CMU-C!

Qu'il faille des contrôles, je le comprends, mais l'accès au RSA socle est contrôlé tous les trois mois. Si donc le bénéfice de la CMU-C était automatique et qu'une liaison était établie entre la CNAF et la CNAM, les mêmes contrôles vaudraient pour les deux prestations.

Si je maintiens cet amendement d'appel, c'est pour alerter le Gouvernement sur mon incompréhension des raisons pour lesquelles cette simplification n'est pas réalisée. Je parle du Gouvernement dans son ensemble, car il y a un manifestement des arbitrages qui doivent être rendus.

Lorsque M. François Chérèque est venu devant la commission des affaires sociales du Sénat, au printemps dernier, pour nous présenter le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, l'IGAS, sur l'accès aux droits, il a dressé le même constat: un nombre important de personnes n'arrive pas à obtenir le bénéfice des droits que la loi leur reconnaît, et ce grave problème est à l'origine de lourdes difficultés.

M. le président. Veuillez conclure, ma chère collègue.

Mme Aline Archimbaud. Les économies, si l'on peut dire, qui sont ainsi réalisées, et que M. Chérèque a même chiffrées, sont bien inférieures au coût social final de pathologies qui s'aggravent faute d'être soignées.

Je maintiens donc mon amendement, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 913.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 18 bis.

L'amendement n° 911 rectifié, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 18 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Les deux premières phrases du premier alinéa de l'article L. 861-2 du code de la sécurité sociale sont remplacées par trois phrases ainsi rédigées :

« Le revenu fiscal de référence est pris en compte pour la détermination du droit à la protection complémentaire en matière de santé, après déduction des charges consécutives aux versements des pensions et obligations alimentaires, à l'exception du revenu de solidarité active, de certaines prestations à objet spécialisé et de tout ou partie des rémunérations de nature professionnelle lorsque celles-ci ont été interrompues. Un décret en Conseil d'État fixe la liste de ces prestations et rémunérations, les situations dans lesquelles ne sont prises en compte que les ressources des trois derniers mois ainsi que les modalités particulières de détermination des ressources provenant d'une activité non salariée. »

La parole est à Mme Aline Archimbaud.

Mme Aline Archimbaud. Le système d'évaluation des ressources sur douze mois glissants pour l'attribution de la CMU-C est complexe pour les demandeurs, qui travaillent souvent à temps partiel et ont fréquemment plusieurs employeurs, et très lourd pour les services instructeurs.

Afin de simplifier la constitution des dossiers, nous proposons que la détermination des droits à la CMU-C se fonde sur le revenu fiscal de référence de l'année N-1.

Cette piste a d'ailleurs été suivie par le Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique, le SGMAP, un service placé sous l'autorité du Premier ministre, dans le cadre de l'expérimentation qu'il a menée en Loire-Atlantique et en Seine-et-Marne sur le non-recours aux droits sociaux.

Cette solution allégerait considérablement l'instruction des dossiers. Le seul inconvénient réside dans « l'effet retard » qui peut survenir en cas de changement brutal de situation, tel un licenciement ou un divorce. Dans ces cas-là, on pourrait imaginer un dispositif permettant d'ouvrir des droits, à titre dérogatoire, en se fondant sur les justificatifs de ressources des trois mois précédant la demande.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Aujourd'hui, l'évaluation de la condition de ressources pour l'éligibilité à la couverture maladie universelle complémentaire, ou CMU-C, se fonde sur les revenus des douze derniers mois. Bien que cette

modalité de calcul entraîne des difficultés, elle permet de coller au plus près des changements de situation que vivent les assurés sociaux.

L'amendement n° 911 rectifié vise à lui substituer un mode de calcul à partir du revenu fiscal de référence de l'année précédente, qui créera nécessairement un plus grand décalage entre les ressources prises en compte et la situation réelle des personnes concernées.

En l'absence de toute indication sur le contenu du décret d'application prévu à cet effet, la possibilité de ne prendre en compte que les revenus des trois derniers mois dans certaines situations particulières ne semble pas de nature à limiter ce risque de décalage.

On peut également craindre que l'évaluation des situations ouvrant droit à une telle dérogation ne soit source d'une complexité et d'incertitudes supplémentaires.

Aussi, cet amendement ne permettra pas de réduire le non-recours aux prestations sociales, ce qui est pourtant l'objectif visé par ses auteurs.

C'est d'ailleurs en raison de l'incertitude sur ses véritables effets que cet amendement a été déclaré recevable au regard de l'article 40 de la Constitution. En effet, il aurait vraisemblablement été déclaré irrecevable par la commission des finances s'il avait réellement été de nature à faciliter le recours à la CMU-C.

La commission est donc défavorable à cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Si je comprends votre démarche, madame Archimbaud, je ne crois pas, en revanche, que votre amendement sera source de simplification, que ce soit pour les demandeurs de la CMU-C ou pour les caisses primaires d'assurance maladie. Schématiquement, vous juxtaposez des référentiels de revenu qui sont différents selon les situations. Vous n'allez absolument pas faciliter les demandes d'accès à la CMU-C.

L'enjeu est de déterminer quelles seraient les ressources à prendre en considération pour savoir si les personnes qui veulent percevoir cette prestation y sont éligibles. Or, madame Archimbaud, votre amendement aboutirait à la création d'un mécanisme dans lequel les différents demandeurs n'ont pas la même base de ressources de référence, ce qui me semble contre-productif en termes de simplification.

En outre, je souhaite vous rappeler que différentes mesures ont déjà été adoptées afin de faciliter l'accès aux droits de nos concitoyens. Je pense, en particulier, au relèvement significatif du plafond pour l'éligibilité à la CMU-C et à l'aide à la complémentaire santé, l'ACS. Environ 700 000 bénéficiaires supplémentaires ont ainsi pu accéder à ces prestations.

Je pense également à la revalorisation de 500 à 550 euros du montant de l'aide à la complémentaire santé pour les personnes âgées de plus de 60 ans.

Je pense, enfin, à une mesure récemment adoptée dans le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, qui vise à dispenser les bénéficiaires d'une allocation garantissant un minimum vieillesse de toute démarche en vue du renouvellement de leur droit à l'aide à la complémentaire santé. Nous en reparlerons à l'occasion de l'examen d'un autre de vos amendements, madame Archimbaud.

Sincèrement, la mesure que vous défendez ne me semble pas aller dans le sens que vous souhaitez. Je vous demande donc de bien vouloir retirer votre amendement.

M. le président. Madame Archimbaud, l'amendement n° 911 rectifié est-il maintenu ?

Mme Aline Archimbaud. Non, je le retire, monsieur le président. L'amendement n° 913 a été adopté : c'est un bon début.

Pour autant, je n'ignore pas du tout les efforts réalisés par le Gouvernement ou par la CNAM, pour faciliter les démarches. Compte tenu de la situation, il faudrait simplement aller plus vite.

M. le président. L'amendement n° 911 rectifié est retiré.

L'amendement n° 912, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 18 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le quatrième alinéa de l'article L. 861-5 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le bénéficiaire est informé de l'expiration de ses droits, au moins deux mois avant cette échéance. »

La parole est à Mme Aline Archimbaud.

Mme Aline Archimbaud. Cet amendement est défendu, monsieur le président.

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

M. Alain Milon, corapporteur. La commission s'en remet à la sagesse de notre assemblée.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Madame la sénatrice, les procédures actuellement en vigueur répondent déjà à votre préoccupation, puisque les CPAM envoient un courrier aux bénéficiaires de la CMU-C pour les alerter de l'expiration prochaine de leurs droits.

Je ne peux certes pas vous assurer que ce courrier leur parvient deux mois avant, mais un tel courrier existe. Je vous prie donc de bien vouloir retirer votre amendement.

M. le président. Madame Archimbaud, l'amendement n° 912 est-il maintenu ?

Mme Aline Archimbaud. Non, je le retire dans la mesure où une circulaire existe, monsieur le président. Toutefois, j'ai pu constater moi-même que dans les faits, compte tenu de la surcharge de travail qu'elles connaissent – en tout cas sur certains territoires –, les équipes des CPAM ont des difficultés à envoyer ces courriers. De telles situations m'ont également été directement rapportées.

M. le président. L'amendement n° 912 est retiré.

L'amendement n° 917, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 18 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1^{er} septembre 2016, un rapport visant à étudier le coût pour les finances sociales du non recours. Ce rapport

détaille les coûts sociaux directs et indirects pour les personnes mais aussi pour la collectivité de ce phénomène qui prend de l'ampleur.

La parole est à Mme Aline Archimbaud.

Mme Aline Archimbaud. J'ai déposé un amendement similaire lors de l'examen du dernier projet de loi de financement de la sécurité sociale. Je le dépose à nouveau dans le cadre de ce projet de loi.

Au risque de vous contrarier, monsieur le rapporteur, je demande que soit réalisée une analyse – je préfère employer ce terme plutôt que celui de rapport – pour évaluer le coût du non-recours.

Un examen trop rapide de cette question pourrait laisser penser que le non-recours aux droits – c'est-à-dire le fait que de nombreuses personnes connaissent des difficultés objectives pour accéder à leurs droits, par exemple à la CMU-C – constitue un bénéfice pour les finances publiques. En effet, il s'agit d'argent public qui n'est pas dépensé.

D'ailleurs, je vous renvoie au rapport fait par M. François Chêrèque au nom de l'Inspection générale des affaires sociales, l'IGAS, qui a chiffré ce coût.

Je souhaiterais donc une étude ou une analyse – je ne sais pas vraiment quel terme utiliser – plus précise pour faire connaître les enjeux en cause. Là encore, je vous renvoie à des travaux, notamment ceux du Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique, le SGMAP. Ces travaux montrent qu'en luttant contre les obstacles qui rendent le parcours pour l'accès aux soins difficile, on améliore l'état de santé global de la population, ce qui entraîne un gisement d'économies appelé « le gisement moins de maladies » : lorsque les gens se soignent plus régulièrement, les pathologies sont moins lourdes et coûtent par conséquent moins cher aux finances publiques.

Une étude plus précise aiderait donc les pouvoirs publics à prendre des décisions et à fixer des priorités.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Je formulerai deux observations. Premièrement, je souhaite bon courage à celui qui sera chargé d'évaluer le coût du non-recours aux aides, si une telle demande de rapport était acceptée. Cette étude semble peu évidente et complexe à réaliser.

Deuxièmement, la multiplication des rapports ou des demandes de rapport du Gouvernement au Parlement ne me semble pas particulièrement productive.

Pour ces deux raisons, la commission émet un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Madame Archimbaud, il existe déjà des rapports sur ce sujet. Vous avez vous-même fait référence à un rapport de l'IGAS, élaboré par M. Chêrèque.

J'évoquerai également les travaux publiés tous les deux ans par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé, l'IRDES, qui apportent des informations sur le recours à la complémentaire santé et le renoncement aux soins, ainsi que la liste de l'ensemble des études qui sont produites sur ces sujets. L'une des directions du ministère de la santé, la direction de la recherche, des études, de

l'évaluation et des statistiques, ou DREES, produit très régulièrement des analyses sur l'accès au droit et sur l'impact du non-recours à certains droits.

Il me semble que nous disposons de l'information. C'est la raison pour laquelle je vous demande de bien vouloir retirer votre amendement.

M. le président. Madame Archimbaud, l'amendement n° 917 est-il maintenu ?

Mme Aline Archimbaud. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 917 est retiré.

L'amendement n° 915, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 18 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement présente au Parlement dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi un rapport d'information qui évalue le coût et les bénéfices, financiers et sociaux, d'une élévation du plafond de ressources de la couverture maladie universelle complémentaire au niveau des ressources des bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées et de l'allocation aux adultes handicapés.

La parole est à Mme Aline Archimbaud.

Mme Aline Archimbaud. Compte tenu du sort qui lui sera sans doute réservé, je considère qu'il s'agit d'un amendement d'appel. Il tend à demander une évaluation du coût et des bénéfices financiers et sociaux qui résulteraient d'une élévation du plafond de ressources de la CMU-C au niveau de celui des ressources des bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées, l'ASPA, et de l'allocation aux adultes handicapés, l'AAH.

Aujourd'hui, les plafonds sont fixés de telle sorte que les bénéficiaires de ces deux allocations se trouvent juste au-dessus du plafond pour bénéficier de la CMU-C.

Si le tiers payant est généralisé, on aboutira évidemment à une situation différente, mais ce n'est pas le cas pour l'instant.

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

M. Alain Milon, corapporteur. La commission est évidemment défavorable à cet amendement qui a pour objet la remise d'un rapport du Gouvernement au Parlement sur l'opportunité d'augmenter le plafond de ressources de la CMU-C.

Si une simplification des différents plafonds applicables aux diverses prestations sociales est souhaitable, un nivellement par le haut pose, de toute évidence, la question de sa soutenabilité au regard de l'état des finances publiques.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Un rapport visant à établir les conséquences, notamment financières, de l'inclusion des bénéficiaires de l'AAH dans le champ de la CMU-C est prévu par la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi. Or ce rapport a été élaboré par les services de mon ministère et sera remis au Parlement dans les prochains jours. Madame la sénatrice, vous aurez donc toutes les informations utiles pour nourrir votre réflexion. C'est pourquoi je vous prie de bien vouloir retirer votre amendement.

M. le président. Madame Archimbaud, l'amendement n° 915 est-il maintenu ?

Mme Aline Archimbaud. Compte tenu de l'annonce qui vient d'être faite, je retire évidemment mon amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 915 est retiré.

L'amendement n° 916, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 18 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi un rapport sur l'application de la réforme de l'aide au paiement d'une complémentaire santé votée dans la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, et notamment sur l'évolution du reste à charge des bénéficiaires de cette aide.

La parole est à Mme Aline Archimbaud.

Mme Aline Archimbaud. Comme d'autres collègues probablement, j'ai reçu des courriers qui démontrent les difficultés auxquelles font face un certain nombre de personnes depuis la mise en place de nouveaux systèmes d'aide à la complémentaire santé, en raison de la souscription de mutuelles qui ne font partie du panier actuel des mutuelles agréées.

Il s'agit d'un amendement d'appel pour que l'on se penche sur cette question et que l'on examine les moyens d'aider ces personnes à trouver une solution.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Il s'agit une fois de plus d'une demande de rapport. De plus, la réforme de l'aide à la complémentaire santé, prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, vient tout juste d'entrer en vigueur. Cette demande de rapport apparaît donc prématurée. (*Mme Aline Archimbaud opine.*)

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. La réforme qui se met en place est très importante et elle va permettre aux bénéficiaires de l'ACS de disposer de contrats de meilleure qualité, c'est-à-dire des contrats apportant une couverture mieux appropriée à un coût moindre.

Le gain de pouvoir d'achat est variable selon la nature des contrats et peut aller jusqu'à plus de 40 % dans un certain nombre de situations. Des informations sont apportées par les caisses primaires d'assurance maladie, des informations doivent être apportées par les assureurs complémentaires lorsque les personnes avaient un contrat au titre de l'ACS avec eux. Si des difficultés existent, et c'est parfaitement possible, il appartient au fonds CMU de faire le point sur cette situation. En effet, le fonds CMU produit chaque année un rapport sur le prix et le contenu des contrats ayant ouvert droit à la déduction ACS. Je lui demanderai bien évidemment, pour le prochain rapport, de faire le point sur les conditions dans lesquelles la réforme s'est mise en place.

M. le président. Madame Archimbaud, l'amendement n° 916 est-il maintenu ?

Mme Aline Archimbaud. Compte tenu de la réponse de Mme la ministre, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 916 est retiré.

Article 18 ter (nouveau)

- ① I. – L'article L. 863-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Le droit à cette déduction est renouvelé automatiquement pour les personnes qui bénéficient de l'allocation mentionnée à l'article L. 821-1, ou de l'allocation mentionnée à l'article L. 815-1 ou d'une des allocations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse ».
- ③ II. – Le I ne s'applique qu'aux sommes venant en déduction de l'impôt dû.
- ④ III. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du paragraphe précédent est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

M. le président. L'amendement n° 1215, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, ministre. La commission des affaires sociales a adopté un nouvel article prévoyant le renouvellement automatique de l'ACS pour les bénéficiaires de l'ASPA, ancien minimum vieillesse, et de l'AAH.

Comme je l'ai déjà souligné en réponse à un amendement présenté par Mme Archimbaud, en ce qui concerne l'ASPA, le renouvellement automatique de l'ACS apparaît comme un levier intéressant et utile pour l'amélioration de l'accès aux soins. Cette disposition figure d'ailleurs d'ores et déjà dans le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, qui reviendra en deuxième lecture dans votre assemblée prochainement et qui doit entrer en vigueur au 1^{er} janvier de l'année 2016. Donc, à partir de l'année prochaine, il y aura un renouvellement automatique de l'ACS pour les bénéficiaires de l'ASPA.

Pourquoi ce renouvellement automatique a-t-il été mis en place pour les bénéficiaires de l'ASPA, et non pour ceux de l'AAH ? Pour la simple raison que la variabilité des ressources est bien plus importante pour les bénéficiaires de l'AAH. Une personne qui dispose du minimum vieillesse année après année il y a une stabilité relative des revenus. Pour les bénéficiaires de l'AAH, une proportion non négligeable d'entre eux, un peu moins de 20 %, travaillent et perçoivent des revenus qui peuvent évoluer. Ces bénéficiaires peuvent aussi être en couple avec des personnes qui ne sont pas elles-mêmes bénéficiaires de l'AAH et dont les ressources qu'elles tirent de leur activité sont variables.

Le cumul de l'AAH et d'un revenu d'activité peut amener son bénéficiaire à disposer de ressources pouvant atteindre, voire dépasser dans certaines situations, 1 600 euros par mois. Dans ces conditions, l'article 18 ter conduirait à accorder l'ACS à des personnes qui dépassent les plafonds de ressource de l'aide au simple motif qu'elles ont bénéficié de l'ACS l'année passée et qu'elles reçoivent ainsi une autre prestation. Ce ne serait pas équitable au regard d'autres personnes qui disposent de revenus équivalents.

C'est la raison pour laquelle l'amendement du Gouvernement vise à supprimer cet article.

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

M. Alain Milon, corapporteur. La commission s'en remet à la sagesse de notre assemblée.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1215.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, l'article 18 ter est supprimé.

Article 19

Dans le cadre de sa mission de lutte contre les discriminations prévue par la loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des droits, le Défenseur des droits évalue, en lien avec des associations de patients agréées en application de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique, le respect du principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins, mentionné à l'article L. 1110-3 du même code, par les membres des ordres mentionnés à l'article L. 4121-1 du même code. Il mesure l'importance et la nature des pratiques de refus de soins par les moyens qu'il juge appropriés.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, sur l'article.

Mme Laurence Cohen. L'article 19 vise à évaluer les pratiques de refus de soins. Si nous partageons pleinement la nécessité de lutter contre les refus de soins, nous sommes plus mitigés quant à confier cette évaluation aux ordres professionnels. Il existe, en quelque sorte, une omerta au sein de ces corporations, qui ne nous semble pas de nature à empêcher les pratiques de certains praticiens qui refusent de soigner les patients bénéficiaires, par exemple, de la CMU ou de l'AME, l'aide médicale d'État.

Les méthodes de *testing* ont démontré que les refus de soins concernent entre 5 % à 42 % des spécialistes pour les bénéficiaires de l'AME ou de la CMU.

Il nous paraît préférable de reprendre les propositions des associations, notamment celles de Médecins du monde, qui prévoient de constituer un observatoire national des refus de soins qui évaluerait de manière indépendante, en rassemblant les représentants de l'assurance maladie, des ordres concernés – vous le voyez, nous ne souhaitons pas exclure les ordres –, des usagers et des associations de santé, les refus de soins. Nous disposerions ainsi d'une structure pluraliste comprenant l'ensemble des personnes concernées.

Pour améliorer la situation, il nous semble également nécessaire d'inverser la charge de la preuve du refus de soins afin de faciliter la contestation par des personnes victimes de ces refus.

Enfin, il est important, me semble-t-il, de modifier les dispositifs d'aide médicale en supprimant les distinctions entre les dispositifs AME et CMU et de reprendre la recommandation formulée par l'IGAS en 2010 et le Défenseur des droits en mars 2014 en fusionnant ces deux dispositifs. Cette fusion permettrait une simplification pour les assurés sociaux comme pour l'assurance maladie et améliorerait la prise en charge des étrangers en situation irrégulière.

M. le président. Je suis saisi de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 920, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

Rédiger ainsi cet article :

L'article L. 1110-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le troisième alinéa, sont insérés neuf alinéas ainsi rédigés :

« Sont assimilés à un refus de soins illégitime :

« 1° Le fait de proposer un rendez-vous dans un délai manifestement excessif ;

« 2° Le fait pour un professionnel de la santé de négliger de communiquer les informations relatives à la santé du patient au professionnel de la santé qui est à l'origine de la demande de consultation ou d'hospitalisation ;

« 3° Le fait de ne pas respecter les tarifs opposables pour les titulaires de la couverture maladie universelle complémentaire, de l'aide médicale d'État et de l'aide pour complémentaire santé ;

« 4° Le refus d'appliquer le tiers payant ;

« 5° L'orientation répétée et abusive vers un autre confrère, un centre de santé ou la consultation externe d'un hôpital, sans raison médicale énoncée ;

« 6° L'attitude et le comportement discriminatoire du professionnel de santé.

« Les dispositions du troisième alinéa sont également applicables quand le refus de soins est commis à l'encontre d'une personne ayant sollicité les soins dans le but de démontrer l'existence du refus discriminatoire. Les modalités et conditions de cette sollicitation sont précisées par un cahier des charges défini par décret en Conseil d'État, après consultation notamment de représentants des professionnels de santé et des patients.

« Il appartient au professionnel de santé de prouver que le refus en cause est justifié par des éléments objectifs étrangers à toute discrimination. Cette disposition est applicable également quand le refus de soins est commis à l'encontre d'une personne ayant sollicité les soins dans le but de démontrer l'existence du refus discriminatoire. » ;

2° Après le sixième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Toute association régulièrement déclarée depuis au moins cinq ans à la date des faits, dont l'objet statutaire comporte l'aide aux plus démunis ou l'accès aux soins, peut exercer les droits reconnus à une personne victime d'un refus de soins illégitime si elle justifie avoir reçu l'accord de la personne intéressée ou, si celle-ci est mineure, du titulaire de l'autorité parentale ou du représentant légal, lorsque cet accord peut être recueilli. »

La parole est à Mme Aline Archimbaud.

Mme Aline Archimbaud. Cet amendement a pour but d'appuyer concrètement l'objectif de lutter contre le refus de soins, qui est décliné à l'article 19 du projet de loi. À cette fin, il instaure une liste de critères permettant de mieux caractériser les refus. Ainsi, seront évités au maximum les points de vue trop subjectifs, les situations seront examinées le plus objectivement possible, les parties pouvant débattre et prendre une décision en s'appuyant sur des faits.

Cet amendement a donc une large portée : il inclut non seulement les refus de soins en raison de la situation sociale des personnes – AME, CMU complémentaire ou ACS –, de leur état de santé – certains types de maladie dont le VIH ou l'hépatite –, de leurs pratiques, de leur orientation sexuelle, de leur identité de genre, mais aussi de leur âge, notamment pour les personnes vieillissantes en situation de dépendance, prises en charge en EHPAD, et pour lesquelles des dysfonctionnements ont pu être observés, telles des réorientations abusives vers des services d'urgence.

Afin de mieux prendre en compte l'accompagnement de personnes face à un refus de soins objectif, cet amendement prévoit également de demander au professionnel d'apporter tout élément objectif factuel de nature à justifier ce refus. Il inscrit également la possibilité légale d'un accompagnement personnalisé par une association, dont la liste pourrait être publiée, intervenant dans le champ du droit à la santé et de la lutte contre les discriminations, tant il est difficile, quand on est malade, de se défendre tout seul si l'on estime avoir été victime de refus de soins.

M. le président. Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 196 rectifié est présenté par MM. Barbier et Guérini et Mme Malherbe.

L'amendement n° 470 est présenté par Mme Génisson, M. Daudigny, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Campion et Claireaux, M. Durain, Mmes Emery-Dumas et Féret, MM. Godefroy, Jeansannetas et Labazée, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mmes Yonnet, D. Gillot et les membres du groupe socialiste et républicain.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Rédiger ainsi cet article :

Après la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 4122-1 du code de la santé publique, sont insérées deux phrases ainsi rédigées :

« Il évalue, en lien avec des associations de patients agréées en application de l'article L. 1114-1 et selon des modalités précisées par décret, le respect du principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins, mentionné à l'article L. 1110-3, par les membres de l'ordre. Il lui revient de mesurer l'importance et la nature des pratiques de refus de soins par les moyens qu'il juge appropriés. »

La parole est à M. Gilbert Barbier, pour présenter l'amendement n° 196 rectifié.

M. Gilbert Barbier. Le refus de soins est une faute professionnelle qui, dans la logique des règlements actuels, relève d'une sanction par l'ordre des médecins. Cette démarche est la seule qui doit être respectée. Je suis très surpris de voir que l'article 19 prévoit de confier l'évaluation au Défenseur des droits, en lien avec les associations. L'ordre des médecins est là pour sanctionner les fautes, voire pour demander des sanctions pénales.

Il faut revenir à la rédaction adoptée à l'Assemblée nationale, et ce n'est pas mon habitude de demander le rétablissement de la rédaction votée à l'Assemblée nationale. L'Ordre est responsable de cette affaire, laissons-le faire son travail.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson, pour présenter l'amendement n° 470.

Mme Catherine Génisson. Je ne suis pas une avocate du Conseil national de l'ordre des médecins, mais je partage l'argumentation de mon collègue M. Barbier. Le refus de soins relève en effet de la compétence de l'Ordre et il est sanctionné très sévèrement par celui-ci, car c'est une faute professionnelle.

Mme Archimbaud a évoqué tout à l'heure le cas des refus de soins en maison de retraite qui obligent à envoyer les pensionnaires à l'hôpital. Je ne suis pas sûre que l'on puisse parler de refus de soins dans ce cas précis. Il s'agit sans doute plutôt d'un manque d'organisation au sein de ces maisons de retraite.

Nous devons donc d'abord définir ce que sont les refus de soins. Il n'est pas question pour autant de méconnaître leur existence. Il est inadmissible qu'ils puissent exister. Lorsque nous avons travaillé sur le dossier médical partagé, les associations de malades nous avaient indiqué que certaines catégories professionnelles dans le monde médical étaient un peu plus « spécialistes » que d'autres du refus de soins.

Il me semble que l'évaluation du niveau de refus de soins et la proposition de sanctions proportionnées au refus relèvent de la compétence du Conseil national de l'ordre des médecins.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Concernant l'amendement n° 920, la liste de ces critères est actuellement fixée par une simple circulaire de la CNAM, à savoir la circulaire 33/2008. Si nous partageons la préoccupation des auteurs de cet amendement quant à la définition des comportements qui peuvent caractériser un refus de soins, ces précisions sont, madame la sénatrice, de niveau réglementaire et relèveraient plutôt d'un décret simple, voire d'un décret en Conseil d'État. En outre, j'ajoute que ces amendements figuraient sur la liste des amendements irrecevables au titre de l'article 41, dont la procédure sera mise en œuvre à compter du 1^{er} octobre.

Pour l'instant, la commission, faute de retrait, émet un avis défavorable.

Au sujet des amendements identiques n°s 196 rectifié et 470, la commission des affaires sociales a estimé, suite à l'adoption d'un amendement présenté par les rapporteurs, que compte tenu du caractère nécessairement sensible et sujet à caution des résultats qui seront établis, une telle mission doit être confiée à un tiers indépendant, tel que le Défenseur des droits. La lutte contre les refus de soins constitue en effet un enjeu majeur. Il s'agit de prévenir toute suspicion qui pourrait porter sur les ordres, qui seraient à la fois juge et partie en application de la rédaction qui nous est ici proposée.

La commission émet donc un avis défavorable sur ces deux amendements identiques.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Même s'ils ne sont sans doute pas autant répandus que certains le prétendent ou l'imaginent, les refus de soins existent, on ne peut le nier. Il importe donc de sanctionner ces pratiques, qui constituent des fautes professionnelles, et d'en faire la prévention.

Les associations engagent parfois des pratiques dites de *testing*, par exemple, pouvant aboutir à des résultats qui prêtent à interprétation, et qui, souvent, sont contestés par les professionnels. Il apparaît donc nécessaire de faire la lumière sur ces éléments, et de proposer des procédures.

Pour plusieurs raisons, les ordres apparaissent aujourd'hui comme les plus à même de s'engager dans cette démarche.

La première raison, c'est celle qu'ont soulignée Mme Génisson et M. Barbier : étant chargés de faire respecter les règles de déontologie, ils peuvent définir la meilleure manière de lutter contre ces pratiques qui ne sont pas déontologiques.

La deuxième raison, c'est que les professionnels auraient le sentiment d'être montrés du doigt si cette démarche de contrôle était confiée à des acteurs totalement extérieurs.

Pour ma part, je considère qu'il est nécessaire d'instaurer un climat de confiance. Il appartient aux ordres, dont c'est la mission, de faire respecter l'interdiction du refus de soins et de rendre ceux-ci impossibles. À eux de proposer des solutions, d'engager les démarches et les procédures.

Je suis absolument convaincue que, en l'absence de résultats satisfaisants, dans quelques années d'autres acteurs seront saisis. C'est donc une responsabilité importante qui pèse sur les ordres, en tout cas aux termes du texte du Gouvernement.

Pour ces motifs, je demande le retrait de l'amendement n° 920 de Mme Archimbaud ; à défaut, j'émettrai un avis défavorable. En revanche, je suis favorable aux amendements identiques n°s 196 rectifié et 470.

M. le président. Je vais mettre aux voix l'amendement n° 920.

Mme Aline Archimbaud. Je le retire, monsieur le président !

M. le président. L'amendement n° 920 est retiré.

Je mets aux voix les amendements identiques n°s 196 rectifié et 470.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. L'amendement n° 1208, présenté par Mmes Deroche et Doineau et M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Remplacer la première occurrence du mot :

par

par les mots :

au 3° de l'article 4 de

La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

M. Alain Milon, corapporteur. Il s'agit d'un amendement de précision.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Pour reprendre une formule en vogue depuis hier, le Gouvernement, qui demeure opposé à cet article ainsi rédigé, émet un avis de « sagesse contrainte », par souci de cohérence.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1208.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de cinq amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 514 rectifié, présenté par Mmes D. Gillot, Espagnac et Khiari et MM. Raoul, S. Larcher, Antiste, Duran, Manable, Cornano et Godefroy, est ainsi libellé :

Compléter cet article par une phrase ainsi rédigée :

Les refus de soins peuvent notamment être caractérisés par la fixation tardive, inhabituelle et abusive d'un rendez-vous ; l'orientation répétée et abusive vers un autre confrère, un centre de santé ou la consultation externe d'un hôpital, sans raison médicale énoncée ; le refus d'élaborer un devis ; le refus de procéder au tiers payant ; le refus de respecter les tarifs opposables.

La parole est à Mme Dominique Gillot.

Mme Dominique Gillot. À la suite de l'adoption par la commission des affaires sociales de l'amendement n° COM-377 qui confie au Défenseur des droits la mission d'évaluer les pratiques de refus de soins en lieu et place des conseils de l'ordre des professions médicales, il convient de compléter l'article 19 par une typologie des principales situations caractérisant le refus de soins, en vue de mieux qualifier celles-ci.

Cette typologie s'appuie sur celle qui est mentionnée dans la circulaire 33/2008 de l'assurance maladie.

Comme l'indique le rapport consacré par le Défenseur des droits à la question des refus de soins et intitulé *Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AMÉ*, remis au Premier ministre en mars 2014, si les victimes n'engagent pas de recours, c'est souvent en raison de leur difficulté à faire valoir leurs droits, à qualifier la procédure de discrimination dont elles ont été l'objet, couramment à cause d'une méconnaissance des dispositifs existants.

Inscrire ainsi dans la loi une typologie des refus de soins précisera l'information des patients et participera à l'affirmation de l'effectivité de leurs droits.

M. le président. L'amendement n° 735, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – L'article L. 1110-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le troisième alinéa, sont insérés sept alinéas ainsi rédigés :

« Sont assimilés à un refus de soins illégitime :

« 1° Le fait de proposer un rendez-vous dans un délai manifestement excessif au regard des délais habituellement pratiqués par ce professionnel ;

« 2° Le fait pour un professionnel de santé de ne pas communiquer les informations relatives à la santé du patient au professionnel de la santé qui est à l'origine de la demande de consultation ou d'hospitalisation ;

« 3° Le fait de ne pas respecter les tarifs opposables pour les titulaires de la couverture maladie universelle complémentaire, de l'aide médicale d'État et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé ;

« 4° Le refus d'appliquer le tiers payant ;

« 5° L'orientation répétée et abusive vers un autre confrère, un centre de santé ou la consultation externe d'un hôpital, sans justification médicale ;

« 6° L'attitude et le comportement discriminatoire du professionnel de santé. » ;

2° Après le sixième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Toute association régulièrement déclarée depuis au moins cinq ans à la date des faits, dont l'objet statutaire comporte le droit à la santé ou la lutte contre les exclusions, peut exercer les droits reconnus à une personne victime d'un refus de soins si elle justifie avoir reçu l'accord de la personne intéressée ou, si celle-ci est mineure, du titulaire de l'autorité parentale ou du représentant légal, lorsque cet accord peut être recueilli. »

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Le projet de loi fixe un objectif, celui de lutter contre le refus de soins.

Nous approuvons cet objectif de lutte contre les refus de soins, réalité qui nécessite une action forte des pouvoirs publics.

Différentes enquêtes ont montré que le risque de refus de soins subsiste notamment pour les bénéficiaires de la CMU, dont le taux global de refus imputables à leur qualité s'élèverait à 25,5 %.

Cette moyenne recèle de fortes différences selon les spécialités, allant de 5,2 % pour les radiologues à 38,1 % pour les gynécologues, et selon le secteur d'exercice – 32,6 % pour les généralistes en secteur 2 contre 9,2 % pour les généralistes en secteur 1.

Selon l'enquête par *testing* réalisée en 2009 par le Collectif interassociatif sur la santé, le CISS, le taux de refus à Paris atteint un niveau très important, environ 50 %, alors que les résultats indiquent un taux global de refus de 22 %.

Cette enquête met à nouveau en lumière la diversité de fréquence de ces refus selon les spécialités.

Nous estimons donc, à l'appui de ces données, qu'il est nécessaire de fournir une liste de critères permettant de mieux caractériser les refus, qu'ils soient directs ou déguisés, afin de rendre pleinement efficace la lutte contre les refus de soins.

Cette liste de critères est basée sur une circulaire de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, dont nous demandons une reconnaissance législative.

Enfin, pour être complète, la lutte contre les refus de soins nécessite de donner les moyens aux patients de s'organiser. C'est pourquoi nous souhaitons créer un accompagnement personnalisé par une association intervenant dans le champ du droit à la santé et de la lutte contre les discriminations pour favoriser le signalement effectif du refus de soins.

M. le président. L'amendement n° 875 rectifié, présenté par MM. Amiel, Mézard et Guérini, Mme Malherbe et MM. Requier, Arnell, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin et Vall, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Après le troisième alinéa de l'article L. 1110-3 du code de la santé publique, sont insérés sept alinéas ainsi rédigés :

« Sont assimilés à un refus de soins illégitime :

« 1° Le fait de proposer un rendez-vous dans un délai manifestement excessif au regard des délais habituellement pratiqués par ce professionnel ;

« 2° Le fait pour un professionnel de santé de ne pas communiquer les informations relatives à la santé du patient au professionnel de la santé qui est à l'origine de la demande de consultation ou d'hospitalisation ;

« 3° Le fait de ne pas respecter les tarifs opposables pour les titulaires de la couverture maladie universelle complémentaire, de l'aide médicale d'État et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé ;

« 4° Le refus d'appliquer le tiers payant ;

« 5° L'orientation répétée et abusive vers un autre confrère, un centre de santé ou la consultation externe d'un hôpital, sans justification médicale ;

« 6° L'attitude et le comportement discriminatoire du professionnel de santé. »

La parole est à M. Guillaume Arnell.

M. Guillaume Arnell. Le problème du refus de soins est une triste réalité. Aussi, l'article 19 tel qu'il résulte des travaux de la commission des affaires sociales confiée au Défenseur des droits la mission d'évaluer le respect du principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins.

Cet amendement vise à préciser dans la loi les éléments constitutifs du refus de soins, ce qui permettrait ainsi de mieux le caractériser, qu'il soit direct ou déguisé.

M. le président. L'amendement n° 921, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Après le troisième alinéa de l'article L. 1110-3 du code de la santé publique, sont insérés sept alinéas ainsi rédigés :

« Sont assimilés à un refus de soins illégitime :

« 1° Le fait de proposer un rendez-vous dans un délai manifestement excessif ;

« 2° Le fait pour un professionnel de la santé de négliger de communiquer les informations relatives à la santé du patient au professionnel de la santé qui est à l'origine de la demande de consultation ou d'hospitalisation ;

« 3° Le fait de ne pas respecter les tarifs opposables pour les titulaires de la couverture maladie universelle complémentaire, de l'aide médicale d'État et de l'aide pour complémentaire santé ;

« 4° Le refus d'appliquer le tiers payant ;

« 5° L'orientation répétée et abusive vers un autre confrère, un centre de santé ou la consultation externe d'un hôpital, sans raison médicale énoncée ;

« 6° L'attitude et le comportement discriminatoire du professionnel de santé. »

La parole est à Mme Aline Archimbaud.

Mme Aline Archimbaud. Cet amendement reprend en partie la proposition qui est formulée dans l'amendement que vient de présenter Mme David. Notre but, c'est de

rendre objectifs les critères de définition du refus de soins plutôt que de s'en remettre à des appréciations totalement subjectives et donc inintéressantes.

M. le président. L'amendement n° 923, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Après le sixième alinéa de l'article L. 1110-3 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Toute association régulièrement déclarée depuis au moins cinq ans à la date des faits, dont l'objet statutaire comporte le droit à la santé ou la lutte contre les exclusions, peut exercer les droits reconnus à une personne victime d'un refus de soins si elle justifie avoir reçu l'accord de la personne intéressée ou, si celle-ci est mineure, du titulaire de l'autorité parentale ou du représentant légal, lorsque cet accord peut être recueilli. »

La parole est à Mme Aline Archimbaud.

Mme Aline Archimbaud. Là encore, cet amendement reprend une proposition formulée dans une autre partie de l'amendement du groupe CRC.

Nous désirons offrir la possibilité légale aux personnes qui s'estimeraient victimes d'un refus de soins – qui doit donc être prouvé – et qui le souhaiteraient d'être accompagnées par une association, ce qui n'est pas possible aujourd'hui.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces cinq amendements ?

M. Alain Milon, corapporteur. La commission émet un avis défavorable sur les amendements n° 514 rectifié, 735, 875 rectifié et 921, qui sont tous plus ou moins identiques.

Comme je l'ai indiqué tout à l'heure, les critères servant à caractériser le refus de soins sont définis par une simple circulaire de la CNAM. C'est donc d'ordre purement réglementaire.

L'adoption de l'amendement n° 923, contrairement à ce qu'indique son objet, reviendrait à autoriser les associations à agir en lieu et place des victimes, et non pas seulement à les accompagner. Cela contreviendrait selon nous au principe de droit selon lequel nul ne plaide par procureur. La commission émet un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. L'ensemble de ces amendements s'inscrivent dans une logique différente de celle qu'a retenue le Gouvernement. Nous considérons que la démarche de lutte contre les refus de soins doit être confiée aux ordres, auxquels il appartient de définir les critères permettant de les caractériser, et non pas à la loi. Ces refus, de toute façon, doivent probablement, plutôt que d'être inscrits dans des catégories générales, être appréciés de manière plus fine.

À partir du moment où nous souhaitons confier cette démarche aux ordres, nous ne proposons pas d'impliquer d'autres acteurs, en tout cas à ce jour.

Le Gouvernement demande le retrait de ces amendements ; à défaut, il émettra un avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 514 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 735.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 875 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 921.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 923.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 922, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Après le troisième alinéa de l'article L. 1110-3 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Il appartient au professionnel de santé de prouver que le refus en cause est justifié par des éléments objectifs étrangers à toute discrimination. Cette disposition est applicable également quand le refus de soins est commis à l'encontre d'une personne ayant sollicité les soins dans le but de démontrer l'existence du refus discriminatoire. »

La parole est à Mme Aline Archimbaud.

Mme Aline Archimbaud. Cet amendement est défendu, monsieur le président.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 922.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 752, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Après le 2° de l'article L. 4124-6 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Dans le cas de non-respect du tact et de la mesure dans la fixation des honoraires ou dans le cas de méconnaissance des dispositions de l'article L. 1110-3, l'amende, dont le montant ne peut excéder 10 000 € ; ».

La parole est à Mme Brigitte Gonthier-Maurin.

Mme Brigitte Gonthier-Maurin. Le montant total des dépassements d'honoraires des médecins est toujours orienté à la hausse, selon l'étude de l'Observatoire citoyen des restes à charge en santé.

En 2014, plus de 2,8 milliards d'euros ont été facturés aux patients au-delà des tarifs de l'assurance maladie, en progression de 6,6 % par rapport à 2012.

Avec 2,5 milliards d'euros, les médecins spécialistes demeurent les principaux bénéficiaires, toujours plus loin devant les généralistes, qui, eux, voient leurs dépassements diminuer de 1,5 %.

La mise en place du contrat d'accès aux soins, en 2013, était censée contenir l'évolution des dépassements d'honoraires. Elle a certes permis de limiter certains excès, mais elle n'a pas enrayer l'augmentation globale du montant des dépassements des spécialistes.

Elle a même contribué à les généraliser puisque tous les médecins signataires d'un contrat d'accès aux soins sont autorisés à en pratiquer, y compris ceux qui sont établis en secteur 1 et qui, jusqu'à présent, exerçaient leur activité aux tarifs de l'assurance maladie.

De nombreux radiologues et anesthésistes ont ainsi pu augmenter leurs honoraires, déjà élevés, grâce au contrat d'accès aux soins.

Plus généralement, le contrat d'accès aux soins a provoqué un effet d'aubaine chez nombre de spécialistes, qui bénéficient à la fois d'une prise en charge d'une partie de leurs cotisations et de la possibilité de facturer des honoraires plus élevés, jusqu'à deux fois le tarif de l'assurance maladie, en moyenne sur l'ensemble de leur activité.

Il y a là un véritable risque de généralisation des dépassements d'honoraires des médecins spécialistes, et de rendre encore plus difficile l'accès aux soins de certains patients, pas ou peu couverts par leur assurance complémentaire.

Alors que le préambule de la Constitution prévoit notamment : « La nation garantit à tous [...] la protection de la santé... », les dépassements d'honoraires portent atteinte à l'universalité de l'accès aux soins.

Pour cette raison, nous demandons l'interdiction des dépassements d'honoraires pour l'ensemble des praticiens conventionnés par l'assurance maladie.

Dans l'immédiat, notre amendement vise à revenir sur la loi HPST, qui avait supprimé l'infraction en cas de non-respect de la notion de « tact et mesure ». Si nous n'adhérons pas à cette notion, qui sous-tend l'autorisation des dépassements d'honoraires, il est toutefois indispensable de rétablir des sanctions pour juguler la hausse des dépassements d'honoraires dans notre pays.

M. le président. L'amendement n° 197 rectifié, présenté par MM. Barbier, Mézard, Guérini, Requier, Arnell, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin et Vall, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Après le 5° de l'article L. 4124-6 du code de la santé publique, il est inséré un 6° ainsi rédigé :

« 6° Dans le cas de non-respect du tact et de la mesure dans la fixation des honoraires ou dans le cas de méconnaissance des dispositions de l'article L. 1110-3 du code de la santé publique, l'amende dont le montant ne peut excéder 5 000 euros. »

La parole est à M. Gilbert Barbier.

M. Gilbert Barbier. Le problème des dépassements d'honoraires concerne une infime minorité des médecins, mais jette l'opprobre sur l'ensemble de la profession. J'avais donc déposé un amendement visant à rétablir la rédaction aux termes de laquelle il revenait au Conseil national de l'ordre des médecins d'y apporter une solution.

Il apparaît cependant que les chambres disciplinaires disposent de possibilités de sanction qui s'avèrent assez mal adaptées : avertissement, blâme, interdiction d'exercer. On pourrait y ajouter une sanction financière qui pourrait aller jusqu'à 5 000 euros, voire jusqu'à 10 000 euros, quoique cela me semble beaucoup pour une première infraction, en mettant à la disposition du Conseil de l'Ordre une échelle de sanctions qui soient modulables, adaptables : l'avertissement n'a pas un effet très important, tandis que l'interdiction d'exercer est une sanction assez grave. Une amende pouvant aller jusqu'à 5 000 euros permettrait, je le crois, de sanctionner un certain nombre de comportements minoritaires, je le souligne, mais qui posent néanmoins un problème pour la profession en général, y compris pour les ordres.

M. le président. L'amendement n° 198 rectifié, présenté par MM. Barbier, Mézard, Arnell, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin, Requier et Vall, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Après le 4°) de l'article L. 145-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 5°) ainsi rédigé :

« 5°) une amende dans la limite de 5 000 euros ».

La parole est à M. Gilbert Barbier.

M. Gilbert Barbier. Si les sections des assurances sociales peuvent, dans le cadre d'abus d'honoraires en application du 4° de l'article L. 145-2 du code de la sécurité sociale, prononcer à titre de sanction le remboursement à l'assuré du trop-perçu ou le reversement aux organismes de sécurité sociale du trop-remboursé, prévoir une amende pouvant aller jusqu'à 5 000 euros permettrait peut-être de résoudre ce problème de façon plus satisfaisante.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Lors de l'examen de la loi HPST, le président de la commission des affaires sociales s'était exprimé contre cette mesure, pour des justifications qui me paraissent toujours d'actualité.

Il ne nous semble pas souhaitable de conférer aux instances disciplinaires ordinaires la possibilité de prononcer des sanctions financières. Cela reviendrait selon nous, en effet, à faire un amalgame et une confusion entre les sanctions disciplinaires que peut prononcer l'ordre pour manquement à la déontologie, d'une part, et les sanctions financières que les responsables des organismes de l'assurance maladie peuvent prononcer pour les mêmes motifs, d'autre part. Or les instances disciplinaires ordinaires ont vocation à prononcer, non pas des sanctions financières, mais seulement des sanctions d'ordre disciplinaire.

Aussi, la commission a émis un avis défavorable sur l'ensemble de ces amendements.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Ces trois amendements prévoient, dans des termes différents, des sanctions financières pour les dépassements excessifs.

Cependant, s'il est bien un domaine dans lequel l'avenant n° 8 à la convention médicale a donné des résultats extrêmement satisfaisants, c'est la lutte contre les dépassements d'honoraires excessifs.

Il faut employer des termes précis : le dépassement absolument injustifiable est aujourd'hui identifié, puisque des plafonds de référence sont établis.

De fait, un certain nombre de professionnels de santé ont spontanément baissé leurs tarifs d'honoraires et d'autres se sont vus interpellés par les caisses primaires, par voie de courriers tout à fait réglementaires, à la suite desquels ils ont baissé leurs tarifs.

Des procédures de sanction ont été engagées, qui ont permis aux plus récalcitrants de s'aligner sur les tarifs considérés comme maximaux pour des dépassements d'honoraires.

Par ailleurs, des interdictions d'exercice ont même été prononcées à l'encontre de certains professionnels, y compris en milieu hospitalier, je tiens à le souligner, puisque les règles en matière de dépassement d'honoraires s'appliquent aussi bien aux médecins hospitaliers dès lors qu'ils exercent une activité libérale à l'hôpital – sinon, l'exercice hospitalier ne prévoit pas de dépassements d'honoraires – qu'aux médecins libéraux.

Par conséquent, sur le front, si j'ose dire, des dépassements d'honoraires excessifs, les résultats engrangés grâce à cet avenant n° 8 sont tout à fait satisfaisants. Aussi, j'émet un avis défavorable sur les amendements n°s 752, 197 rectifié et 198 rectifié.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 752.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 197 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 198 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 19, modifié.

(L'article 19 est adopté.)

Articles additionnels après l'article 19

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements identiques.

L'amendement n° 168 rectifié *quinquies* est présenté par MM. Vasselle, D. Robert, Cornu, Cambon, Calvet, Laufoaulu et Charon, Mme Deromedi, MM. Trillard, Saugey, César, B. Fournier et G. Bailly, Mmes Mélot et Lopez, M. Dassault et Mme Gruny.

L'amendement n° 170 est présenté par M. Courteau.

L'amendement n° 741 est présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

L'amendement n° 1088 est présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste.

Ces quatre amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 19

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement une étude relative à la pondération de la tarification des actes médicaux en fonction du handicap dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi.

La parole est à Mme Jacky Deromedi, pour présenter l'amendement n° 168 rectifié *quinquies*.

Mme Jacky Deromedi. Il est urgent d'adapter la tarification à la réalité des soins des personnes handicapées afin de lutter contre les refus de soins. Le facteur temps dans la délivrance d'un acte de soins, à l'hôpital ou en ville, doit être valorisé dans la tarification des soins afin de garantir un soin de qualité qui requiert mise en confiance de la personne, prise en compte de l'accompagnant, temps de l'examen et du diagnostic, explication du diagnostic et du protocole de soins.

Ainsi, le comité interministériel du handicap de septembre 2013 pose dans sa feuille de route comme objectif une étude sur la pondération des actes médicaux en fonction du handicap. Cet amendement vise à rendre prioritaire cet axe de travail important pour faciliter l'accessibilité aux soins des personnes handicapées. L'objectif est de permettre la valorisation d'actes médicaux à destination des personnes handicapées et ainsi contribuer à réduire les refus de soins.

M. le président. L'amendement n° 170 n'est pas soutenu.

La parole est à Mme Laurence Cohen, pour présenter l'amendement n° 741.

Mme Laurence Cohen. Il s'agit d'une demande d'étude relative à la pondération de la tarification des actes médicaux en fonction du handicap.

Les associations de représentation et de défense des intérêts des personnes handicapées mentales, notamment, sont demandeuses de cette étude. Le comité interministériel du handicap de septembre 2013 avait d'ailleurs affirmé l'objectif de réaliser une étude sur la pondération des actes médicaux en fonction du handicap.

En effet, permettre la valorisation d'actes médicaux à destination des personnes handicapées, quel que soit le handicap, moteur ou mental, est aussi une manière de contribuer à la réduction des refus de soins.

La tarification des actes comporte des failles comme l'absence de prise en compte, donc de valorisation, du facteur temps dans la délivrance d'un acte de soin, à l'hôpital ou en ville, lorsqu'il s'agit d'une personne en situation de handicap.

L'objectif est donc, à travers cette étude, de disposer d'éléments chiffrés et de solutions afin de permettre la valorisation d'actes médicaux à destination des personnes handicapées. Cette mesure tient tout simplement compte de la réalité et prend en considération les demandes des associations spécialisées.

M. le président. La parole est à Mme Aline Archimbaud, pour présenter l'amendement n° 1088.

Mme Aline Archimbaud. Cet amendement a été défendu. J'insisterai juste sur la nécessité, me semble-t-il, de réfléchir à la valorisation d'actes médicaux en direction des personnes handicapées. Il faut du temps pour les consultations et le suivi de ces personnes, notamment pour les consultations. Trouver une forme de valorisation pourrait sans doute permettre aux professionnels de mieux remplir leur mission. De très nombreux et gros réseaux de défense de ces personnes nous alertent sur ce problème.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Ces amendements ont déjà été rejetés en juillet dernier par la commission des affaires sociales, celle-ci étant opposée à la multiplication des demandes de rapport.

De plus, si l'on en croit la feuille de route du comité interministériel du handicap de septembre 2013, la question est déjà à l'étude.

Enfin, on peut se poser une question de principe : l'incitation financière est-elle le moyen le plus adapté pour lutter contre le manque de formation des professionnels de santé face aux patients en situation de handicap et pour leur permettre d'adopter la bonne attitude et les bons gestes lors des consultations ?

Pour toutes ces raisons, la commission émet un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Je comprends évidemment la préoccupation portée par les auteurs de ces amendements. Il y a une interrogation sur la manière d'adapter la tarification des actes à la situation des personnes. C'est d'ores et déjà le cas pour certains actes, puisque des consultations qui sont *a priori* plus longues, par exemple pour les personnes âgées, peuvent faire l'objet d'une tarification supérieure à celle de la consultation habituelle.

En outre, des tarifications spécifiques peuvent exister pour des actes dits « techniques » réalisés par les médecins libéraux et qui prennent plus de temps.

Pour ce qui est des prises en charge hospitalières, les tarifs nationaux qui financent l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique ont vocation à prendre en compte des coûts spécifiques liés à la prise en charge de personnes en situation de handicap.

En effet, les tarifs hospitaliers sont définis par référence à des données de description médicale qui concernent à la fois les prestations qui sont réalisées à l'hôpital, mais également le profil du patient.

Par ailleurs, chaque année, des travaux sont réalisés par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, l'ATIH, en lien étroit avec les fédérations hospitalières, afin de mieux prendre en compte les modes de prise en charge spécifiques tels que la prise en charge des personnes en situation de handicap.

Néanmoins, mesdames, messieurs les sénateurs, le Gouvernement entend améliorer encore la connaissance du recours aux soins des personnes handicapées accueillies dans les établissements et services médico-sociaux, par la mise en place d'un système d'information appelé RESID PH. Cette connaissance permettra de mettre en œuvre des actions ciblées pour l'accès aux soins de personnes handicapées. L'ensemble de ces travaux permettront de renforcer l'accessibilité des soins pour les personnes handicapées.

En l'état de ce qui est déjà réalisé et de ce qui est prévu, je sollicite le retrait de ces amendements ; à défaut, j'émettrai un avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 168 rectifié *quinquies*, 741 et 1088.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. L'amendement n° 840, présenté par Mmes Benbassa et Archimbaud, M. Desessard, Mmes Blandin et Bouchoux et MM. Gattolin, Labbé, Dantec et Placé, est ainsi libellé :

Après l'article 19

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement, dans les douze mois après la promulgation de la présente loi, un rapport évaluant la mise en pratique de l'accès aux soins des demandeurs d'asile et des étrangers en situation irrégulière en France et les pistes d'amélioration envisageables pour garantir la prévention et la promotion de la santé de ces personnes, et pour leur garantir un accès aux soins effectif.

La parole est à Mme Aline Archimbaud.

Mme Aline Archimbaud. Il s'agit d'une demande de rapport évaluant la mise en pratique de l'accès aux soins des demandeurs d'asile et des étrangers en situation irrégulière en France et les pistes d'amélioration envisageables pour garantir la prévention et la promotion de la santé de ces personnes, et pour leur garantir un accès aux soins effectif.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Ce n'est pas encore la multiplication des pains, c'est la multiplication des rapports... (Sourires.) La commission émet un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Madame la sénatrice, l'actualité oblige évidemment à porter un regard très attentif sur votre demande.

Des procédures d'accès aux soins sont prévues. Des personnes arrivent sur notre sol, soit, depuis quelques années, dans le cadre des procédures d'asile, soit, en ce moment, à l'occasion de mouvements de population, avec les réfugiés en France ou ailleurs en Europe. Aussi, nous sommes conduits à examiner leur situation.

Les demandeurs d'asile bénéficient d'un statut spécifique, qui prévoit un accès aux soins et un accès aux prestations sociales en attendant qu'il soit statué sur la demande d'asile ainsi qu'après son acceptation éventuelle.

Faut-il que nous fassions un rapport ? Très sincèrement, madame la sénatrice, j'ai été tentée de vous dire oui, compte tenu du contexte. Mais le contexte nous force aujourd'hui à agir ; nous étudions la manière de prendre en charge les personnes qui arrivent sur notre territoire.

Nous avons évalué les procédures à mettre en place pour vérifier, et éventuellement offrir des vaccinations, procéder à des dépistages ou à un examen médical global.

Dès lors, plutôt que d'acquiescer à votre demande de rapport, je vous répondrai que, paradoxalement, cela serait un peu décalé au vu des urgences auxquelles sont confrontées ces personnes. Je vous demande donc de retirer votre amendement.

M. Yves Daudigny. Très bien !

M. le président. Madame Archimbaud, l'amendement n° 840 est-il maintenu ?

Mme Aline Archimbaud. Madame la ministre m'a convaincue. Je pense que l'actualité est très pressante sur ce point ; en effet, l'essentiel est d'agir. Puisque vous avez indiqué votre très forte volonté d'agir concrètement aujourd'hui et dans les jours qui viennent, je retire cet amendement.

M. le président. L'amendement n° 840 est retiré.

L'amendement n° 1089, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 19

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le sixième alinéa de l'article L. 111-7-3 du code de la construction et de l'habitation est supprimé.

La parole est à Mme Aline Archimbaud.

Mme Aline Archimbaud. À travers cet amendement, nous voulons insister sur la nécessité de rendre accessibles aux handicapés les cabinets médicaux.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Après examen de cet amendement en commission, nous vous demandons, ma chère collègue, de bien vouloir le retirer ; à défaut, l'avis de la commission sera défavorable, d'autant que nous avons récemment discuté ici même du projet de loi relatif à l'accessibilité, qui a apporté des améliorations mais aussi des dérogations intéressantes pour tout le monde.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Franchement, madame la sénatrice, je ne suis pas sûre qu'il soit opportun de rouvrir l'échelle de perroquet législative sur l'accessibilité.

La date finale pour présenter les Ad'AP, les agendas d'accessibilité programmée, est fixée au 27 septembre. Nous avons lancé une campagne de communication, en lien d'ailleurs avec la télévision publique, France 3 en l'occurrence, et sa série *Plus belle la vie*. De petits spots, réalisés avec les mêmes acteurs, les mêmes modèles, les mêmes codes que *Plus belle la vie*, appellent l'ensemble des professionnels concernés, à savoir non seulement les médecins, mais tous les établissements accueillant du public, à déposer des Ad'AP et à engager des travaux en faveur de l'accessibilité.

Cette démarche a été difficile et lourde à engager ; elle a supposé beaucoup de concertation, et il s'agit désormais de la faire réussir plutôt que d'engager un nouveau changement législatif. Aussi, je vous demande de retirer votre amendement.

M. le président. Madame Archimbaud, l'amendement n° 1089 est-il maintenu ?

Mme Aline Archimbaud. Cet amendement d'appel aura permis à Mme la ministre de nous donner ces informations. On peut constater que le Gouvernement, mobilisé, a d'ores et déjà engagé une action en ce domaine. Cela est préférable à un simple rapport. Par conséquent, je retire mon amendement.

M. le président. L'amendement n° 1089 est retiré.

Article 20 (Non modifié)

- ① I. – Au dernier alinéa de l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale, après le mot : « santé », sont insérés les mots : « et aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé » et, après les mots : « cette protection », sont insérés les mots : « ou de cette aide ».
- ② II. – L'article L. 165-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ③ 1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :
- ④ « L'Union nationale des caisses d'assurance maladie, les organismes d'assurance maladie, ainsi que les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés

d'assurance, peuvent conclure des accords, à l'échelon local ou national, avec les distributeurs de produits et prestations de santé mentionnés à l'article L. 165-1, notamment en ce qui concerne la qualité, les prix maximaux pratiqués, sous réserve que ces produits ou prestations ne fassent pas l'objet d'une décision prise en application du I de l'article L. 165-3, et les modalités du mécanisme de tiers payant. » ;

- ⑤ 2° Le deuxième alinéa est ainsi modifié :
- ⑥ a) La première phrase est ainsi rédigée :
- ⑦ « Des accords peuvent également être conclus au niveau national pour prévoir des dispositions adaptées à la situation des bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé et des bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé mentionnés aux articles L. 861-3 et L. 863-2. » ;
- ⑧ b) La seconde phrase est complétée par les mots : « et aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé » ;
- ⑨ 3° À la première phrase du dernier alinéa, les mots : « les organismes nationaux » sont remplacés par les mots : « l'Union nationale des caisses ».

M. le président. La parole est à M. Maurice Antiste, sur l'article.

M. Maurice Antiste. Le cancer est aujourd'hui la première cause de mortalité en France ; on dénombre chaque jour 1 000 nouveaux cas. Parmi ces cancers, on assiste à une recrudescence des cancers du sein chez des femmes de plus en plus jeunes : ce sont aujourd'hui 20 000 femmes qui subissent chaque année une mastectomie, soit 40 % des femmes à qui l'on diagnostique un cancer du sein. On estime qu'une femme sur huit développera cette pathologie.

Outre la douleur physique afférente à l'opération, ces personnes doivent aussi affronter des bouleversements psychologiques devant ce corps que l'on mute brutalement, ainsi que des dépenses financières non négligeables qu'elles n'auraient pu anticiper : c'est ce que souligne le dernier rapport annuel de l'Observatoire sociétal des cancers de la Ligue contre le cancer.

En effet, après le choc de l'ablation, la reconstruction mammaire, facultative, peut paradoxalement être aussi vécue comme une épreuve, même si elle est souhaitée : 50 % des femmes ayant subi une mastectomie disent avoir eu des difficultés pour payer le reste à charge. En effet, le coût moyen revient à 456 euros après une mastectomie ; 1 391 euros, après une reconstruction.

Parmi les causes de ce coût, on peut relever des délais de prise en charge particulièrement longs ; l'existence de dépassements d'honoraires du chirurgien et l'importance de ces dépassements, entre 1 000 et 7 000 euros ; enfin, une opacité entre les indications de reconstruction cancérologique et les indications esthétiques.

En outre, certains médicaments, prothèses et autres dispositifs médicaux sont peu ou pas remboursés : c'est le cas pour les prothèses capillaires, les prothèses mammaires ou dentaires, les poches de stomie, etc.

Ces restes à charge participent ainsi aux inégalités de prise en charge de la maladie.

Les personnes les plus aisées pourront accéder à certains types de prises en charge ; les moins aisées devront y renoncer, voire modifier leur parcours dans la maladie, en particulier en changeant d'établissement de soins, de praticien, ou encore de pharmacien.

Comme les dépassements d'honoraires relèvent des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie et les médecins, j'ai proposé d'aborder la question sous forme de demande de rapport, par le biais d'un amendement. Vous sachant également attentive à cette question du bien-être des patientes atteintes d'un cancer du sein et ayant subi une mastectomie, je serai heureux et attentif de voir vos propositions en ce sens.

M. le président. Je mets aux voix l'article 20.

(L'article 20 est adopté.)

Articles additionnels après l'article 20

M. le président. L'amendement n° 489 rectifié, présenté par MM. Marseille et Médevielle, Mmes Gatel et Loisier et M. Bockel, n'est pas soutenu.

Les amendements identiques n°s 406, présenté par M. Adnot, et 661, présenté par M. Vasselle, ne sont pas soutenus.

Je suis saisi de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

Les deux premiers sont identiques.

L'amendement n° 342 rectifié est présenté par MM. Cornu et Lefèvre, Mmes Des Esgaulx et Deseyne, M. Longuet, Mme Deromedi et MM. Laufoaulu, Saugey, Cambon et César.

L'amendement n° 354 rectifié est présenté par MM. Cigolotti, Médevielle, Delahaye, Lasserre, Namy, Roche, Gabouty et L. Hervé et Mme Gatel.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 20

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le I de l'article L. 863-8 du code de la sécurité sociales est ainsi modifié :

1° Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'organisme assureur mentionne en conséquence explicitement dans son contrat que l'assuré ou adhérent a la faculté de choisir les professionnels, les services et établissements de santé auxquels il souhaite recourir. Cette information est également délivrée, dans des conditions définies par arrêté, lors de l'interrogation par l'assuré, des conditions de sa prise en charge. » ;

2° La première phrase du troisième alinéa est complétée par les mots : « négociés entre le gestionnaire du réseau, d'une part, et les organisations professionnelles représentatives des professionnels de santé concernés, d'autre part » ;

3° La seconde phrase du quatrième alinéa est supprimée.

La parole est à Mme Jacky Deromedi, pour présenter l'amendement n° 342 rectifié.

Mme Jacky Deromedi. Cet amendement est défendu, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 354 rectifié n'est pas soutenu.

L'amendement n° 254 rectifié, présenté par MM. Cornu et Lefèvre, Mmes Des Esgaulx et Deseyne, M. Longuet, Mme Deromedi et MM. Laufoaulu, Saugey, Cambon et César, est ainsi libellé :

Après l'article 20

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La seconde phrase du quatrième alinéa du I de l'article L. 863-8 du code de la sécurité sociale est supprimée.

La parole est à Mme Jacky Deromedi.

Mme Jacky Deromedi. Cet amendement est défendu, monsieur le président.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Nous avons eu un débat hier soir en commission sur ce sujet extrêmement important de l'ouverture des réseaux d'opticiens mis en place par des organismes complémentaires et des négociations entre ces organismes et les professionnels de santé.

L'amendement n° 342 rectifié tend également à revenir sur la possibilité de réseaux fermés d'opticiens. Vous savez que dans le cadre de la loi qui avait été mise en place sur ce sujet il y a quelque temps, j'étais déjà intervenu en disant que c'était extrêmement dangereux de mettre en place des réseaux pour la profession en général.

La commission a donc émis un avis favorable sur cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. L'avis du Gouvernement est défavorable. L'efficacité de ces réseaux suppose précisément qu'ils soient fermés ; c'est ainsi qu'il peut y avoir à la fois un maillage territorial, une organisation des soins et une pression sur les coûts qui permet aux patients de trouver, notamment, des montures de lunettes à des coûts plus accessibles. Voilà pourquoi nous sommes défavorables à cette modification de la loi du 27 janvier 2014 sur les réseaux.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 342 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 20, et l'amendement n° 254 rectifié n'a plus d'objet.

L'amendement n° 333 rectifié, présenté par MM. Antiste, Cornano, J. Gillot, Karam, Mohamed Soilihi et Patient, est ainsi libellé :

Après l'article 20

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les frais non remboursés liés au traitement d'un cancer du sein, en particulier ceux résultant des dépassements d'honoraires pour les reconstructions mammaires et ceux liés aux soins annexes aux reconstructions mammaires et au suivi psychologique.

La parole est à M. Maurice Antiste.

M. Maurice Antiste. Une récente étude publiée par la Ligue contre le cancer relève que les frais non remboursés liés à un cancer du sein sont très élevés, particulièrement en cas de reconstruction mammaire. Ces restes à charge fragilisent les femmes les plus modestes et leurs familles, et creusent les inégalités face au cancer. En effet, près d'un quart des malades renonceraient à la reconstruction mammaire, notamment pour des raisons financières.

C'est pourquoi, à travers cet amendement, nous demandons qu'un rapport au Parlement fasse un tableau exact et indiscutable de la situation, afin de permettre d'envisager des solutions appropriées.

Il convient de rappeler que le cancer du sein est le cancer le plus répandu parmi les femmes, avec 48 000 cas par an, et que 30 % des femmes atteintes de cette maladie doivent subir une ablation totale du sein.

Je sais bien ce que l'on m'opposera, monsieur le président, mais toute règle connaît des exceptions, et j'ai bon espoir !

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

M. Alain Milon, corapporteur. Cet amendement aborde un sujet important, déjà évoqué tout à l'heure par M. Antiste. En effet, les dépassements d'honoraires en matière de chirurgie reconstructrice ont été signalés par l'Institut national du cancer comme un enjeu important pour les femmes atteintes d'un cancer du sein.

Mme la ministre pourra peut-être nous indiquer comment le nouveau plan cancer entend aborder cette question. En tout cas, à nos yeux, un rapport n'est pas nécessaire pour faire avancer cette question.

Par conséquent, nous vous demandons, mon cher collègue, de bien vouloir retirer votre amendement ; à défaut, l'avis de la commission serait défavorable. En revanche, bien évidemment, avoir des connaissances supplémentaires au sein du plan cancer nous intéresse.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. L'enjeu de l'accès financier aux soins de reconstruction mammaire, monsieur le sénateur, est bien identifié dans le plan cancer 2014-2019. Plusieurs engagements ont déjà été mis en œuvre, tels que l'inscription au remboursement de nouvelles techniques de reconstruction mammaires et la revalorisation des tarifs de remboursement par l'assurance maladie.

Par ailleurs, le plan cancer comporte un objectif d'augmentation de l'offre de reconstruction mammaire sans dépassements d'honoraires dans des régions aujourd'hui peu couvertes, afin de permettre à toutes les agences régionales de santé d'organiser d'ici à 2020 un accès à une offre à tarif opposable.

Dans ce cadre, une étude réalisée par la caisse nationale d'assurance maladie sur les dépassements d'honoraires est prévue pour la fin de l'année 2016 afin d'objectiver ces restes à charge. Par conséquent, dans la mesure où un rapport est d'ores et déjà prévu par la CNAM, je vous demande de bien vouloir retirer votre demande de rapport au bénéfice de cette action.

M. le président. Monsieur Antiste, l'amendement n° 333 rectifié est-il maintenu ?

M. Maurice Antiste. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 333 rectifié est retiré.

Article 20 bis
(Supprimé)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 739, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Le I de l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après les mots : « l'assurance maladie », sont insérés les mots : « ou de l'aide médicale d'État » ;

2° À la première phrase du deuxième alinéa, après les mots : « assurance maladie », sont insérés les mots : « ou de l'aide médicale d'État ».

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Ce projet de loi affiche un objectif de simplification. Alors que la carte Vitale permet aux assurés sociaux de plus de seize ans de simplifier les relations avec les professionnels de santé, par la vérification des droits et un paiement plus rapide par la caisse, les bénéficiaires de l'aide médicale d'État, ou AME, en sont exclus.

Notre amendement reprend donc une demande formulée par les associations : élargir aux bénéficiaires de l'AME l'accès à la carte Vitale dans les mêmes conditions que les assurés sociaux.

M. le président. L'amendement n° 744, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

La deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 6323-1 du code de la santé publique est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :

« Ils assurent des activités de soins sans hébergement, au centre ou au domicile du patient, et mènent des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé, des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers mentionnée à l'article L. 322-1 du code de la sécurité sociale, ainsi que les tarifs opposables. Ils peuvent mener des actions d'éducation thérapeutique des patients. »

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Cet amendement vise à préciser les missions des centres de santé. En effet, ces structures, qui ont des missions d'accueil et d'orientation sociale, pratiquent le tiers payant, comme chacun sait.

Il faut dès lors sécuriser les structures de soins de premier recours que sont les centres de santé, dont beaucoup sont en difficulté, voire menacés. Nous pensons que ce projet de loi, madame la ministre, doit absolument garantir la pérennité et le renforcement de ces structures ainsi qu'une meilleure articulation entre elles.

Notre amendement est un premier pas vers cet effort de sécurisation.

Il vise également à introduire l'obligation de pratiquer, outre le tiers payant, les tarifs conventionnels sans dépassement.

Cette dernière disposition ne figure jusqu'à présent que dans l'accord national des centres de santé ; contrairement à la pratique du tiers payant, elle n'apparaît dans aucun article législatif concernant ces centres.

Les centres de santé sont aujourd'hui indispensables. Selon le rapport de l'IGAS de 2013, « Une forte identité réunit la plupart des centres, trouvant son origine dans une histoire de pionniers d'une médecine attentive aux exclus et le respect d'obligations communes à fort contenu social : pratique de la dispense d'avance de frais, respect des tarifs opposables de la sécurité sociale, actions sociales et de santé publique, salariat. »

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

Mme Catherine Deroche, corapporteur. Sur l'amendement n° 739, l'avis est défavorable. Délivrer une carte Vitale ne simplifiera pas nécessairement la démarche des bénéficiaires de l'AME : ils devront malgré tout obtenir la carte spécifique relative à l'AME qui permet l'ouverture de leurs droits, par ailleurs limités à un panier de soins.

L'amendement n° 744 vise à inscrire dans la loi l'obligation des centres de santé de pratiquer les tarifs opposables. La commission demande le retrait car cet amendement est satisfait par l'article 51 *quater* du projet de loi.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement demande le retrait de l'amendement n° 739 ; à défaut, il émettra un avis défavorable. La carte Vitale est associée au bénéfice de l'assurance maladie, au sens du code de la sécurité sociale. Seules les personnes en situation de résidence régulière en France peuvent en bénéficier.

Pour autant, l'absence de carte Vitale n'empêche pas les bénéficiaires de l'AME d'accéder aux soins, puisqu'ils disposent d'un titre d'admission à l'AME, imprimé sur papier sécurisé et comportant la photo du bénéficiaire ainsi que l'identité de ses ayants droit.

Concernant l'amendement n° 744, les missions des centres de santé sont complétées dans ce projet de loi, à l'article 51 *quater*, dont la rédaction a été préservée par la commission des affaires sociales du Sénat. Par conséquent, le Gouvernement demande le retrait de cet amendement, qui est satisfait.

M. le président. Madame Cohen, l'amendement n° 739 est-il maintenu ?

Mme Laurence Cohen. Compte tenu des explications de Mme la ministre, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 739 est retiré.

Madame Cohen, qu'advient-il de l'amendement n° 744 ?

Mme Laurence Cohen. Eu égard aux explications de Mme la ministre, je le retire également, monsieur le président.

Cet amendement était l'occasion de mettre un *focus* sur les centres de santé. J'ai eu l'occasion de le souligner lors de la discussion générale, nous nous réjouissons que les centres de santé occupent une place importante dans ce projet de loi. Pour autant, nous restons vigilants pour qu'ils puissent bénéficier de moyens financiers et humains et intervenons en ce sens.

M. le président. L'amendement n° 744 est retiré.

En conséquence, l'article 20 *bis* demeure supprimé.

Articles additionnels après l'article 20 *bis*

M. le président. L'amendement n° 301 rectifié *bis*, présenté par Mmes Laborde et Billon, M. Requier, Mmes Morin-Desailly et Malherbe, M. Kern, Mmes Jouve et Jouanno, MM. Houpert, L. Hervé, Guériau et Guérini, Mmes Gonthier-Maurin, Gatel et Cohen, M. Castelli, Mme Bouchoux, M. Bonnacarrère, Mme Blondin et MM. Amiel et Barbier, est ainsi libellé :

Après l'article 20 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code du travail est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 1225-3, il est inséré un article L. 1225-3-... ainsi rédigé :

« Art. L. 1225-3-... – Les articles L. 1225-1, L. 1225-2 et L. 1225-3 sont applicables aux salariées bénéficiant d'une assistance médicale à la procréation conformément à l'article L. 2141-2 du code de la santé publique. » ;

2° Après le premier alinéa de l'article L. 1225-16, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La salariée bénéficiant d'une assistance médicale à la procréation conformément à l'article L. 2141-2 du code de la santé publique bénéficie d'une autorisation d'absence pour les actes médicaux nécessaires. »

La parole est à Mme Brigitte Gonthier-Maurin.

Mme Brigitte Gonthier-Maurin. Cet amendement est le fruit de débats et de recommandations de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur ce projet de loi. Il vise à prévoir un régime d'autorisation d'absence destiné aux femmes engagées dans un parcours de procréation médicalement assistée, la PMA.

En effet, 23 000 enfants naissent chaque année en France grâce à une PMA, soit 2,8 % des naissances et 21,5 % des accouchements multiples. Or le processus de PMA est éprouvant, tant psychologiquement que physiquement, et ne fait pas l'objet de dispositions particulières. En outre, pour les femmes concernées, il est à l'origine d'importants problèmes de conciliation avec leur vie professionnelle, car la PMA nécessite de très nombreux examens, parfois dans des centres très éloignés du domicile des intéressées ou de leur lieu de travail. Il s'agit, de l'avis des témoins que la délégation a auditionnés, d'un véritable « parcours du combattant ».

Pourtant, si la loi protège les donneuses d'ovocytes, qui bénéficient d'autorisations d'absence pour se rendre aux examens et subir les interventions nécessaires, les contraintes liées aux actes médicaux requis pour une fécondation *in vitro*, ou FIV, ne sont pas prises en compte par le code du travail.

Cet amendement vise à apporter cette rectification.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Il s'agit de dispositions intéressantes pouvant répondre à un besoin réel pour les femmes engagées dans un parcours de PMA. Aussi, sur cet amendement, la commission émet un avis non pas favorable, mais très favorable !

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Madame la sénatrice, je ne méconnais pas les difficultés et parfois la détresse des femmes qui entrent dans une démarche de procréation médicalement assistée. Les examens sont nombreux, lourds ou répétitifs. Ils ont des répercussions sur leur santé et les échecs sont encore fréquents.

Cet amendement vise à étendre les dispositions du code du travail qui autorisent les femmes enceintes à se rendre, sur leur temps de travail, aux examens obligatoires liés à leur état. En d'autres termes, vous introduisez de nouveaux critères. Or, au regard de la réglementation du travail, l'adoption de cet amendement poserait la question d'autres cas qui ne sont pas spécifiquement identifiés et qu'il faudrait mentionner explicitement.

La notion d'état de santé qui figure actuellement dans le code du travail a vocation à recouvrir tous ces cas de figure. Il ne semble donc pas souhaitable d'introduire un élément de discrimination entre les différentes situations concernées.

C'est la raison pour laquelle le Gouvernement demande le retrait de cet amendement ; à défaut, il émettra un avis défavorable.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Procaccia, pour explication de vote.

Mme Catherine Procaccia. Je rappelle que toute modification du code du travail doit normalement être soumise à concertation avec les partenaires sociaux. Par conséquent, même si cet ajout pourrait être intégré sans trop de difficultés, je ne pense pas que l'on puisse modifier le code du travail au détour d'un amendement. Le code du travail est déjà suffisamment transformé ces derniers temps !

Mme Brigitte Gonthier-Maurin. Il s'agit de l'améliorer !

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson, pour explication de vote.

Mme Catherine Génisson. J'ai écouté avec beaucoup d'attention la présentation de Brigitte Gonthier-Maurin et les explications de Mme la ministre. Si, comme je l'ai compris, les donneuses d'ovocytes ont droit à des congés (*Mme Brigitte Gonthier-Maurin le confirme*), cela crée une disparité. (*M. Guillaume Arnell opine.*) Même si les deux démarches – le don d'ovocytes et la PMA – ne sont pas les mêmes, il s'agit de situations tout à fait particulières pour les femmes. Dans le même temps, j'entends bien la remarque de Catherine Procaccia.

L'objet de cet amendement me paraît tout à fait valide. Pour autant, peut-être n'a-t-il pas sa place dans ce projet de loi. Néanmoins, il s'agit là d'un sujet qu'il ne faut ni occulter ni oublier.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. L'enjeu est indéniable.

Catherine Procaccia a raison de souligner qu'une consultation préalable des partenaires sociaux est nécessaire, qui peut d'ailleurs ne pas poser de difficulté.

Mme Catherine Procaccia. Tout à fait !

Mme Marisol Touraine, ministre. Puisqu'une réforme du code du travail est annoncée, cette modification pourrait être envisagée dans ce cadre, si cela paraît souhaitable à l'ensemble des parties prenantes.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. Cet amendement, soutenu par l'ensemble des membres de la délégation aux droits des femmes, que j'ai cosigné, montre bien qu'il y a une rupture d'égalité. Les donneuses d'ovocytes ont droit à un congé, contrairement à celles qui ont recours à la PMA. Quelque chose ne va pas.

Bien sûr, une consultation des partenaires sociaux est nécessaire. Je souligne toutefois que cet amendement vise à améliorer le code du travail, lequel est par ailleurs beaucoup chahuté, mais pas dans un sens positif. À mon sens, cette modification doit figurer dans un projet de loi sur la santé. C'est pourquoi je voterai cet amendement.

M. le président. La parole est à M. Guillaume Arnell, pour explication de vote.

M. Guillaume Arnell. Je peux comprendre la complexité qu'il y a à modifier le code du travail pour y inscrire cette volonté, mais mettons-nous à la place de ces femmes qui, en particulier quand elles travaillent dans le secteur privé, doivent faire face à des employeurs réfractaires à leur accorder des congés quand ceux-ci ne sont pas expressément prévus par les textes.

Les donneuses d'ovocytes auraient droit à des congés, parce que le code du travail le prévoit, alors que celles qui ont recours à une PMA se les verraient refuser, parce que ce cas de figure n'est pas prévu dans les textes ? Il faut prendre en compte la détresse de ces femmes.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Deroche, corapporteur.

Mme Catherine Deroche, corapporteur de la commission des affaires sociales. Tout le monde mesure les difficultés rencontrées dans ce parcours très long de la PMA et les absences souvent prolongées que cela implique. Je rejoins néanmoins la position de Catherine Procaccia : il faut une consultation sur ce sujet.

La comparaison avec le don d'ovocytes n'est pas tout à fait pertinente. Certes, ce processus prend du temps et requiert des entretiens préalables et différents examens. Pour autant, c'est une procédure unique. En revanche, les PMA demandent encore plus de temps et s'accompagnent souvent d'échecs itératifs.

Sur le fond, je suis favorable à des mesures en faveur des femmes ayant recours à une PMA. En revanche, sur la forme, selon moi, cela ne peut se faire par le biais de cet amendement.

M. le président. La parole est à Mme Brigitte Gonthier-Maurin, pour explication de vote.

Mme Brigitte Gonthier-Maurin. J'ignore le sort que connaîtra cet amendement, mais il semble que nous ayons soulevé là un véritable problème. Pour une femme qui a recours à ce type de procédure, la situation n'est pas évidente. Afin de pouvoir s'absenter régulièrement, comme elle le doit, il lui faut pouvoir s'appuyer sur un droit à bénéficier du temps nécessaire pour suivre ce processus.

Les témoignages que nous avons reçus nous ont convaincus de la difficulté à suivre une PMA.

Mme Catherine Procaccia. La question est posée et évoquée !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 301 rectifié *bis*.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 20 *bis*.

L'amendement n° 747, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 20 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 6323-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le quatrième alinéa est complété par les mots : « publics ou privés à but non lucratif. » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Seuls les services satisfaisant aux obligations mentionnées par le présent article peuvent utiliser l'appellation de centres de santé. »

La parole est à Mme Brigitte Gonthier-Maurin.

Mme Brigitte Gonthier-Maurin. Le 8 juillet dernier, un accord national a été conclu entre l'assurance maladie et les organisations représentatives des centres de santé, qui reconnaît la place des centres de santé dans l'offre de soins ambulatoire. C'est une bonne nouvelle pour les centres de santé.

Cependant, dans le même temps, en utilisant l'appellation « centre de santé », certains établissements détournent les principes liés à ces structures, à savoir qu'il s'agit des structures salariées où les patients bénéficient du tiers payant et où les dépassements d'honoraires sont interdits. La multiplication actuelle de structures qui se dénomment, elles-mêmes et sans contrôle, « centres de santé » est préoccupante, car elle est source de confusion pour les usagers.

En conformité avec la vocation sociale des centres de santé, il s'agit donc de restreindre aux établissements de santé non commerciaux la possibilité de gérer des centres de santé. Il importe de réserver cette appellation aux structures qui respectent les dispositions législatives concernant les centres de santé, qui ont été rappelées à l'amendement n° 744 : tiers payant, tarif opposable.

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

Mme Catherine Deroche, corapporteur. Sur cet amendement, qui vise à protéger l'appellation « centre de santé », la commission a souhaité connaître l'avis du Gouvernement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Votre amendement me semblait satisfait sur de nombreux points, madame la sénatrice, je vous demanderai de bien vouloir le retirer.

Le présent projet de loi, à travers son article 51 *quater*, que j'ai déjà évoqué voilà quelques instants en réponse à Mme Cohen, prévoit d'ores et déjà la limitation de l'utilisation de l'appellation de centre de santé aux seuls services satisfaisant aux obligations législatives qui correspondent aux centres de santé.

Votre préoccupation de voir en quelque sorte sanctuarisée cette appellation est satisfaite dans ce texte de loi.

S'agissant de la gestion des centres, le Gouvernement propose de rétablir, à l'article 51, l'habilitation à légiférer par ordonnance sur les centres de santé, qui doit permettre de clarifier le régime juridique relatif aux catégories d'établissements habilités à gérer un centre de santé.

M. le président. Madame Gonthier-Maurin, l'amendement n° 747 est-il maintenu ?

Mme Brigitte Gonthier-Maurin. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 747 est retiré.

L'amendement n° 1132 rectifié, présenté par MM. Bertrand, Barbier et Guérini et Mme Malherbe, n'est pas soutenu.

Chapitre IV

MIEUX INFORMER, MIEUX ACCOMPAGNER LES USAGERS DANS LEUR PARCOURS DE SANTÉ

Article 21

① I. – Après l'article L. 1111-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1111-1-1 ainsi rédigé :

② « *Art. L. 1111-1-1.* – Un service public, placé sous la responsabilité du ministre chargé de la santé, a pour mission la diffusion gratuite et la plus large des informations relatives à la santé et aux produits de santé, notamment à l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale auprès du public. Les informations diffusées sont adaptées et accessibles aux personnes handicapées.

③ « Il est constitué avec le concours des caisses nationales d'assurance maladie, de la Caisse nationale de solidarité et de l'autonomie, des agences et des autorités compétentes dans le champ de la santé publique et des agences régionales de santé. »

④ II (*Non modifié*). – Le *d* du 1° de l'article L. 1431-2 du même code est ainsi rédigé :

⑤ « *d*) Elles définissent et financent des actions visant à promouvoir la santé, à informer et à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie, en veillant à leur évaluation ; ».

M. le président. L'amendement n° 836, présenté par Mmes Bouchoux, Blandin, Archimbaud et Aïchi et MM. Dantec, Desessard, Labbé et Placé, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Après la première phrase

Insérer une phrase ainsi rédigée :

Il diffuse aussi des informations relatives à la pratique sportive régulière, y compris les taux d'activité physique recommandés par l'Organisation mondiale de la santé.

La parole est à Mme Aline Archimbaud.

Mme Aline Archimbaud. Cet amendement vise à ce que le service public d'information en santé permette de porter à la connaissance du public les recommandations en matière d'activité physique ou sportive régulière. Le rôle préventif de l'activité physique sera mis en avant en matière de santé, notamment sur la prévention ou l'évolution de certaines maladies, la réduction de l'anxiété ou du stress, ainsi que l'allongement de l'espérance de vie.

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

Mme Catherine Deroche, corapporteur. Cet amendement prévoit une diffusion spécifique des informations liées à l'activité sportive. On peut penser que cette demande est satisfaite par l'obligation figurant déjà à cet article de

diffuser les informations relatives à la santé, puisque l'activité sportive est l'un des éléments permettant de se maintenir en bonne santé.

En conséquence, la commission sollicite le retrait de cet amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Je vous demanderai également de bien vouloir retirer cet amendement, madame la sénatrice.

La référence à la santé au sens de l'Organisation mondiale de la santé englobe tous les aspects de la santé, et pas seulement le soin. La pratique sportive ou l'activité physique en font partie, bien entendu.

M. le président. Madame Archimbaud, l'amendement n° 836 est-il maintenu ?

Mme Aline Archimbaud. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 836 est retiré.

L'amendement n° 199 rectifié, présenté par M. Barbier et Mme Malherbe, n'est pas soutenu.

Je suis saisi de quatre amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 748, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 3

Compléter cet alinéa par les mots et deux phrases ainsi rédigées :

des professionnels de santé et des associations d'usagers visées à l'article L. 1114-1. Ce service est créé au sein de l'institut prévu au 2° du I de l'article 38 de la loi n° ... du ... relative à la santé. Un décret en Conseil d'État fixe les conditions dans lesquelles ce service est mis en œuvre et notamment la garantie de la participation des professionnels de santé et des associations d'usagers visées à l'article L. 1114-1.

II. – Alinéa 5

1° Supprimer les mots :

définissent et

2° Compléter cet alinéa par trois phrases ainsi rédigées :

Ces actions prennent au minimum la forme d'un espace d'information et d'orientation en santé sur chacun des territoires prévus à l'article L. 1434-8 du présent code. Ces espaces, notamment animés par les associations d'usagers visées à l'article L. 1114-1 du présent code, sont habilités à recevoir du public et disposent d'équipes se déplaçant auprès des populations les plus éloignées du système de santé. La composition et les modalités de fonctionnement de ces espaces sont définies par décret.

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Cet amendement vise à associer plus largement les usagers et les associations d'usagers du système de santé au service public d'information en santé. C'est une manière de faire vivre la démocratie.

M. le président. Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 45 rectifié est présenté par MM. Commeinhes, Charon, Calvet et Lemoyne, Mme Deromedi, MM. D. Robert, Malhuret et Houel et Mme Mélot.

L'amendement n° 158 rectifié est présenté par M. Barbier, Mme Malherbe et M. Requier.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 3

Compléter cet alinéa par les mots :

et des organismes représentant les établissements de santé publics et privés, les professionnels libéraux de la santé et des associations d'usagers agréées

La parole est à Mme Jacky Deromedi, pour présenter l'amendement n° 45 rectifié.

Mme Jacky Deromedi. Ce service doit être un pôle de ressources pour les professionnels de santé, les établissements de santé publics et privés, ainsi que pour les patients, à l'instar de ce que l'on observe dans de nombreux pays. En outre, il doit être animé dans un esprit collaboratif entre les pouvoirs publics, les professionnels de santé et les représentants des usagers. C'est pour cela qu'il doit être accessible aux organismes qui les représentent.

M. le président. L'amendement n° 158 rectifié n'est pas soutenu.

L'amendement n° 324 rectifié, présenté par MM. Chasseing, Béchu et Cadic, Mme Deromedi et MM. Fouché, Gremillet, Kennel, Laménie, Médevielle, Morisset, Mouiller, Nougéin et Requier, est ainsi libellé :

Alinéa 3

Compléter cet alinéa par les mots :

ainsi que les organismes représentant les établissements de santé publics et privés et les professionnels de santé

La parole est à Mme Jacky Deromedi.

Mme Jacky Deromedi. Cet amendement est défendu, monsieur le président.

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

Mme Catherine Deroche, corapporteur. L'amendement n° 748 traite de la participation des usagers au service public de l'information en santé et de sa déclinaison sur le terrain. Il pose plusieurs difficultés rédactionnelles. En effet, son principe est clair, mais il prévoit d'intégrer le service public d'information au sein d'un institut prévu par l'article 38, qui n'existe pas, pas plus qu'il n'y a d'espaces d'information et d'orientation en santé sur chacun des territoires prévus par l'article L. 1434-8 du code de la santé publique. En conséquence, la commission sollicite le retrait de cet amendement.

S'agissant de l'amendement n° 45 rectifié, la participation des fédérations, des représentants des professionnels libéraux de santé et des associations agréées de patients ne pose sur le fond aucun problème. La question est de savoir s'ils seront appelés à contribuer financièrement ou matériellement à la mise en place de ce service public d'information, comme le seront sans doute les acteurs énumérés dans cet article. La commission souhaite donc recueillir l'avis du Gouvernement.

Quant à l'amendement n° 324 rectifié, il est similaire, mais n'inclut pas les associations de patients. Là encore, la commission sollicite l'avis du Gouvernement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. L'enjeu n'est pas de savoir si l'on associe plus ou moins les associations d'usagers et les représentants des professionnels de santé à notre système et si l'on fait en sorte qu'ils aient un droit de regard renforcé sur la politique de santé.

Ces amendements visent à associer plus largement usagers, associations d'usagers ou représentants des professionnels au service public d'information en santé à travers l'Institut de santé publique.

Or cet institut est placé sous l'autorité hiérarchique du ministre en charge de la santé. Associer les professionnels de santé ou les usagers à travers cet institut conduirait donc à les placer sous la responsabilité du ministre en charge de la santé, ce qui n'est ni l'esprit du texte ni, me semble-t-il, l'intention des auteurs de ces amendements.

Ces acteurs seront par ailleurs nécessairement associés à la mise en œuvre du service public d'information en santé, mais par d'autres vecteurs.

C'est pourquoi je sollicite le retrait de ces amendements ; à défaut, j'émettrai un avis défavorable.

M. le président. Madame Cohen, l'amendement n° 748 est-il maintenu ?

Mme Laurence Cohen. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 748 est retiré.

Madame Deromedi, les amendements n° 45 rectifié et 324 rectifié sont-ils maintenus ?

Mme Jacky Deromedi. Non, je les retire, monsieur le président.

M. le président. Les amendements n° 45 rectifié et 324 rectifié sont retirés.

L'amendement n° 105 rectifié, présenté par MM. Commeinhes, Calvet et Charon, Mme Deromedi, M. Houel et Mme Mélot, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Ce service est un pôle de ressources pour les professionnels de santé, les établissements de santé publics et privés ainsi que pour les patients. En outre, il est animé dans un esprit collaboratif entre les pouvoirs publics, les professionnels de santé et les représentants des usagers.

La parole est à Mme Jacky Deromedi.

Mme Jacky Deromedi. Cet amendement est défendu, monsieur le président.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Cet amendement tend en fait à transformer la nature du service public d'information en santé tel qu'il est prévu à l'article 21, puisque celui-ci est conçu comme devant permettre l'information complète et facile du public par rapport à la multiplicité des informations, parfois fallacieuses et non contrôlées, qui circulent sur internet et ailleurs en matière de santé.

Il semble préférable de garder la vocation initiale de ce service public.

En conséquence, la commission sollicite le retrait de cet amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

M. le président. Madame Deromedi, l'amendement n° 105 rectifié est-il maintenu ?

Mme Jacky Deromedi. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 105 rectifié est retiré.

Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 782 est présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

L'amendement n° 998 est présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« En relation avec les autorités compétentes de l'État et des collectivités territoriales, il assure l'information du public sur les financements publics, les subventions et les crédits d'impôt dont bénéficient les entreprises exploitant le médicament, ainsi que sur les contrats de partenariat qui les lient aux institutions publiques. Ces informations lui sont transmises par l'entreprise et le Comité économique des produits de santé. »

La parole est à Mme Laurence Cohen, pour présenter l'amendement n° 782.

Mme Laurence Cohen. Cet amendement vise à ce que le dispositif d'information du patient et de l'ensemble des citoyens s'inscrive dans un souci de transparence légitime, transparence nécessaire au vu des enjeux financiers que représente aujourd'hui le soutien aux entreprises pharmaceutiques et au regard du mouvement de défiance que nous percevons tous dans la société.

Aujourd'hui, il y a de réelles avancées en matière de communication au public et de transparence *via* la base de données publiques transparence-santé, qui rend accessibles l'ensemble des informations déclarées par les entreprises sur les liens d'intérêts qu'elles entretiennent avec les acteurs du secteur de la santé.

Dans le prolongement de cette démarche, afin de permettre entre institutions de l'État et entreprises pharmaceutiques des relations transparentes et respectueuses de l'intérêt général, il est essentiel de rendre largement disponibles, dans une forme intelligible, les soutiens financiers et avantages issus du secteur public dont bénéficient ces entreprises.

M. le président. La parole est à Mme Aline Archimbaud, pour présenter l'amendement n° 998.

Mme Aline Archimbaud. C'est le même amendement. Notre objectif est de communiquer des informations au public et de favoriser des relations transparentes et respectueuses de l'intérêt général avec les entreprises pharmaceutiques.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La transparence en matière de relations entre les entreprises du médicament et les professionnels de santé a fait d'importants progrès. À travers ces deux amendements identiques, il s'agit d'aller plus loin, en prévoyant la publicité des relations entre les entreprises du médicament et l'État ou les collectivités territoriales. La

plupart de ces informations sont en réalité déjà disponibles et le service public d'information en santé doit s'occuper des informations relatives directement à la santé, et non pas des questions relatives au fonctionnement des entreprises.

En conséquence, la commission sollicite le retrait de cet amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Je sollicite également le retrait de ces amendements.

Votre préoccupation est certes parfaitement légitime, mais elle n'entre pas dans le champ d'application du service public d'information en santé. Ce dernier vise à communiquer des informations sur l'organisation et l'offre de soins ou de santé disponible afin de réduire les inégalités d'accès à l'information, et donc de réduire les inégalités en santé.

Vous évoquez les liens d'intérêts qui peuvent exister entre des industriels et des acteurs publics.

Une première démarche a été engagée par le Gouvernement à travers le site *transparence.sante.gouv.fr*, qui donne au public une information sur les liens d'intérêts pouvant exister entre les industriels et les professionnels de santé ou les établissements de santé.

Vous souhaitez aller plus loin, et c'est ce que le Gouvernement vous propose de faire dans le cadre de l'article 43 *bis* du présent projet de loi, avec des dispositions permettant de déterminer les liens susceptibles d'influencer les comportements des acteurs publics amenés à être en contact avec des entreprises.

Il est ainsi prévu de mettre en place un déontologue dans l'ensemble des agences publiques œuvrant en matière de santé, avec obligation de publier un rapport.

Quel que soit le jugement que vous porterez sur cet article 43 *bis*, je veux vraiment insister sur le fait que le service public d'information en santé ne porte pas sur des enjeux de liens d'intérêts. Il s'agit simplement de savoir où l'on peut trouver un kinésithérapeute, quelles sont les maisons de retraite disponibles, ou encore quels établissements de santé prennent en charge les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, afin que chacun ait le même degré d'information.

M. le président. Madame Cohen, l'amendement n° 782 est-il maintenu ?

Mme Laurence Cohen. Dès lors que Mme la ministre se montre sensible à notre préoccupation et que l'on pourra discuter de ce sujet lors de l'examen de l'article 43 *bis*, je retire cet amendement, monsieur le président, ayant bien compris qu'il ne se trouve pas au bon endroit.

M. le président. L'amendement n° 782 est retiré.

Madame Archimbaud, l'amendement n° 998 est-il maintenu ?

Mme Aline Archimbaud. Non, je le retire pour les mêmes raisons, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 998 est retiré.

L'amendement n° 533, présenté par Mme Génisson, M. Daudigny, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Champion et Claireaux, M. Durain, Mmes Emery-Dumas et Féret, MM. Godefroy, Jeansannetas et Labazée, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mme Yonnet et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

« Dans ce cadre elles favorisent des actions tendant à rendre les publics-cibles acteurs de leur propre santé. Elles visent, dans une démarche de responsabilisation, à permettre l'appropriation des outils de prévention et d'éducation à la santé.

La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Je me demande si cet amendement se trouve au bon endroit...

Lors de l'examen de l'article 1^{er} du présent projet de loi, nous avons défini la notion de « prévention partagée ». Nous souhaitons qu'elle soit intégrée dans les travaux de promotion de la santé des agences régionales de santé, les ARS.

L'article 21 ayant été partiellement réécrit par la commission, nous pensons opportun d'inscrire cette proposition sous cet article, sans penser que le service public d'information en santé englobait les actions de prévention partagée. Les ARS étant mentionnées à l'alinéa 3 dudit article, cet amendement nous semblait avoir sa raison d'être à cet endroit. Mais je ne suis moi-même pas très convaincue par ma démonstration...

Le présent amendement vise donc à favoriser la prise en compte par les ARS des actions de prévention partagée. Peut-être pourrions-nous examiner de nouveau cette proposition, à laquelle nous tenons beaucoup, à l'article 38...

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

M. Alain Milon, corapporteur. La commission, qui s'est également interrogée sur la place de cet amendement, mais l'a néanmoins examiné attentivement, émet un avis de sagesse.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Je partage votre préoccupation, madame la sénatrice, et je comprends le sens de votre amendement. L'enjeu est bien que les ARS soient explicitement identifiées comme actrices de la promotion de la santé.

En revanche, et vous l'avez dit, l'article 21 ne constitue pas la bonne accroche pour cet amendement. Je vous demande donc de bien vouloir le retirer et propose que vous le réintroduisiez à l'article 38, lequel nous semble adéquat pour engager cette démarche de promotion de la santé.

M. le président. Madame Génisson, l'amendement n° 533 est-il maintenu ?

Mme Catherine Génisson. Non, monsieur le président, je le retire.

M. le président. L'amendement n° 533 est retiré.

Je mets aux voix l'article 21.

(L'article 21 est adopté.)

Articles additionnels après l'article 21

M. le président. Les amendements identiques n° 403 rectifié, présenté par M. Adnot, et n° 653 rectifié, présenté par M. Vasselle, ne sont pas soutenus.

Les amendements identiques n° 404 rectifié, présenté par M. Adnot, et n° 654 rectifié, présenté par M. Vasselle, ne sont pas soutenus.

Article 21 bis et article additionnel après l'article 21 bis (réservés)

M. le président. Je rappelle que l'article 21 bis et l'amendement portant article additionnel après l'article 21 bis ont été réservés, afin qu'ils soient examinés le lundi 28 septembre, à dix heures.

Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux; nous les reprendrons à vingt et une heures trente.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à dix-neuf heures quarante-cinq, est reprise à vingt et une heures trente, sous la présidence de M. Jean-Pierre Caffet.)

PRÉSIDENTE DE M. JEAN-PIERRE CAFFET vice-président

M. le président. La séance est reprise.

Nous poursuivons la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé.

Dans la discussion des articles, nous en sommes parvenus à l'article 21 ter.

Article 21 ter

- ① I. – Le chapitre préliminaire du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est complété par un article L. 1110-13 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 1110-13. – La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités.
- ③ « Des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques définissent et encadrent les modalités d'intervention des acteurs qui mettent en œuvre ou participent à des dispositifs de médiation sanitaire ou d'interprétariat linguistique ainsi que la place de ces acteurs dans le parcours de soins des personnes concernées. Ces référentiels définissent également le cadre dans lequel les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins peuvent avoir accès à des dispositifs de médiation sanitaire et d'interprétariat linguistique. Ils sont élaborés par la Haute Autorité de santé.
- ④ « Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret. »
- ⑤ II. – Le 5° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « et élaborer des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques dans le domaine de la médiation sanitaire et de l'interprétariat linguistique ».

M. le président. L'amendement n° 551, présenté par Mme Génisson, M. Daudigny, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Champion et Claireaux, M. Durain, Mmes Emery-Dumas et Féret, MM. Godefroy, Jeansannetas et Labazée, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mme Yonnet et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 5

Avant les mots :

et élaborer

insérer les mots :

, de la recherche et de l'innovation en santé au service des usagers.

La parole est à Mme Claire-Lise Champion.

Mme Claire-Lise Champion. Madame la ministre, vous attachez une attention toute particulière à l'innovation, notamment à ses conséquences pour l'organisation de notre système de santé. De la même manière, nous pensons que le progrès médical – nous connaissons l'excellence de la France dans ce domaine – peut participer au progrès collectif et à la nécessaire réconciliation de l'ensemble des acteurs du monde de la santé, qu'il s'agisse des soins ambulatoires ou en hôpital, au bénéfice des patients.

Les professionnels de santé, notamment dans la médecine de ville, vont être conduits à jouer un rôle de plus en plus important, rendu possible et favorisé par les progrès médicaux et techniques. Une prise en charge ambulatoire améliorée et coordonnée permettra également d'éviter bon nombre d'hospitalisations, revalorisant sans dépenses supplémentaires cette activité ambulatoire. Pour que les professionnels de santé et les usagers du système de santé puissent s'approprier les progrès médicaux au sein des parcours de santé, nous pensons qu'il est nécessaire de favoriser le développement de l'innovation et de l'information sur celle-ci.

Cet amendement tend donc à compléter les missions de la Haute Autorité de santé, afin qu'elle puisse participer au développement de l'évaluation de la recherche et de l'innovation en santé. Ses recommandations devront permettre une amélioration de l'information et de la formation et influencer les pratiques des professionnels de santé, afin qu'ils dispensent des soins de proximité, de manière décloisonnée, partagée, proche des préoccupations des patients.

L'amendement vise un objectif similaire à celui du nouveau dispositif « forfait innovation », qui tend à proposer au plus vite les technologies les plus innovantes aux patients concernés.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Cet amendement ajoute aux missions de la Haute Autorité de santé la participation au développement de l'évaluation de la recherche et de l'innovation en santé.

De fait, par son rôle de diffusion des bonnes pratiques, la HAS accompagne déjà l'innovation en santé. Aller plus loin dans cette voie pourrait créer, selon la commission, une ambiguïté sur ses missions : doit-elle avoir un rôle prospectif ou se limiter à décrire le meilleur état de l'art en matière de santé ?

La commission sollicite le retrait de cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Je demande également le retrait de l'amendement.

Madame la sénatrice, je comprends votre souci d'insister sur la place de l'innovation et la nécessité de mettre celle-ci au service des usagers. Malheureusement, l'emploi du terme « recherche » dans votre amendement crée un risque d'ambiguïté, car il fait écho aux fonctions d'autres organismes

d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur ou d'organismes de recherche comme l'INSERM, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale. En tout état de cause, le projet de loi comporte un article habilitant le Gouvernement à clarifier et moderniser les missions de la HAS par voie d'ordonnance. C'est dans le cadre de ce travail que ces missions pourront être précisées.

M. le président. Madame Champion, l'amendement n° 551 est-il maintenu ?

Mme Claire-Lise Champion. Compte tenu des précisions données par Mme la ministre, je le retire.

M. le président. L'amendement n° 551 est retiré.

Je mets aux voix l'article 21 *ter*.

(L'article 21 *ter* est adopté.)

Article 21 *quater*

- ① I. – La section 4 du chapitre II du titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles est complétée par un article L. 312-7-1 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 312-7-1. – Les établissements et services médico-sociaux mentionnés au 2° du I de l'article L. 312-1 peuvent fonctionner en dispositif intégré pour accompagner des enfants, des adolescents et des jeunes adultes qui, bien que leurs potentialités intellectuelles et cognitives soient préservées, présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages.
- ③ « Le fonctionnement en dispositif intégré consiste en une organisation des établissements et des services mentionnés au premier alinéa du présent article destinée à favoriser un parcours fluide et des modalités d'accompagnement diversifiées, modulables et évolutives en fonction des besoins des enfants, des adolescents et des jeunes adultes qu'ils accueillent. Dans le cadre du dispositif, ces établissements et ces services proposent, directement ou en partenariat, l'ensemble des modalités d'accompagnement prévues au dernier alinéa du I de l'article L. 312-1.
- ④ « Un cahier des charges fixé par décret définit les conditions de fonctionnement en dispositif intégré.
- ⑤ « Le fonctionnement en dispositif intégré est subordonné à la conclusion d'une convention entre la maison départementale des personnes handicapées, après délibération de sa commission exécutive, l'agence régionale de santé, les organismes de protection sociale, le rectorat et les établissements et services intéressés.
- ⑥ « Les établissements et services signataires de la convention adressent, au plus tard le 30 juin de chaque année, à la maison départementale des personnes handicapées, à l'agence régionale de santé et au rectorat un bilan établi selon des modalités prévues par décret.
- ⑦ « Pour l'application de l'article L. 241-6, la commission mentionnée à l'article L. 146-9 peut désigner, après accord de l'intéressé ou de ses représentants légaux, des dispositifs intégrés en lieu et place des établissements et des services mentionnés au premier alinéa du présent article. Dans ce cas, elle autorise l'équipe mentionnée à l'article L. 112-2-1 du code de l'éducation à modifier le projet personnalisé de scolarisation d'un élève mentionné

à l'article L. 112-2 du même code, dans des conditions prévues par décret, après accord de l'intéressé ou de ses représentants légaux.

- ⑧ « Pour la mise en œuvre de la convention prévue au quatrième alinéa du présent article, les établissements et services intéressés peuvent conclure avec la ou les autorités chargées de leur autorisation un contrat mentionné à l'article L. 313-11 du présent code. »
- ⑨ II (*Non modifié*). – Le I est applicable à compter de la conclusion des conventions mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 312-7-1 du code de l'action sociale et des familles, et au plus tard le 31 décembre 2017.
- ⑩ III (*Non modifié*). – Un rapport portant sur les conséquences du fonctionnement en dispositif intégré sur le parcours des enfants, des adolescents et des jeunes adultes et sur le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées et des établissements et services concernés est remis par le Gouvernement au Parlement au plus tard le 31 décembre 2017.

M. le président. Les amendements n°s 86 rectifié et 87 rectifié *bis*, présentés par M. Commeinhes, Mme Mélot, M. Houel, Mme Deromedi et MM. Calvet et Charon, ne sont pas soutenus.

Je mets aux voix l'article 21 *quater*.

(*L'article 21 quater est adopté.*)

Article additionnel après l'article 21 *quater*

M. le président. L'amendement n° 1107, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 21 *quater*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au bénéfice d'une information de qualité, d'un meilleur accompagnement, d'une sécurisation accrue au bénéfice des usagers, de la lutte contre le mésusage de la psychologie et de la reconnaissance des professionnels que sont les psychologues, il est instauré un code de déontologie opposable adossé à un haut conseil des psychologues.

Les modalités d'application du présent article seront déterminées par décret.

La parole est à M. Jean Desessard.

M. Jean Desessard. Les psychologues travaillent en grande majorité au sein d'équipes de soins ou en partenariat avec elles. L'exercice de leur profession exige l'obtention d'un diplôme du niveau du master. Ils sont qualifiés pour accomplir des actes tant préventifs que curatifs liés à leur domaine de compétence. Pourtant, il n'existe pas à ce jour de projet cohérent de l'État qui permettrait de mettre à profit les compétences des psychologues.

Force est de constater que cette profession n'est représentée nulle part, pas même dans une instance du système de santé. Elle ne relève pas du Haut Conseil des professions paramédicales et ne dispose pas d'une commission *ad hoc* à l'image de celle qui existe pour les préparateurs en pharmacie. Nulle instance nationale ne permet donc de réguler la déontologie de l'exercice professionnel et, par là même, de protéger les citoyens français contre les mésusages de la psychologie.

Dans une très large majorité, les professionnels psychologues ne souhaitent pas l'instauration d'une instance ordinaire pour leur profession, pour éviter de reproduire l'erreur faite avec les infirmiers, qui rejettent massivement l'ordre qui leur a été imposé – à raison de plus de 450 000 infirmiers salariés sur un total de 498 000. Il serait donc pertinent d'aller plus loin encore dans l'institutionnalisation en dotant la profession d'un haut conseil des psychologues, qui lui donnerait une plus grande visibilité sociale et une meilleure représentation institutionnelle, tout en assurant une sécurité accrue aux consultants par le contrôle déontologique qu'il exercerait. Ce haut conseil des psychologues serait financé par la profession de manière à ne pas créer de charge publique.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Je vous suggère de retirer votre amendement, monsieur le sénateur. En effet, la profession de psychologue n'est pas une profession de santé réglementée. L'instauration d'un haut conseil, selon les modalités que vous envisagez, est très loin de faire l'unanimité parmi les professionnels et leurs représentants, car elle pourrait conduire à s'interroger sur une forme d'homogénéisation des pratiques.

J'ajoute que nous aurons l'occasion, dans la suite de l'examen de ce texte, de discuter de dispositions relatives à la psychologie et aux psychologues.

M. le président. Monsieur Desessard, l'amendement n° 1107 est-il maintenu ?

M. Jean Desessard. Je le maintiens, monsieur le président, parce que ce soir j'ai le soutien d'au moins 10 % de l'hémicycle... (*Sourires.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1107.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Article 22 (*Non modifié*)

- ① I. – À titre expérimental et pour une durée de cinq ans à compter de la promulgation de la présente loi, peuvent être mis en œuvre des projets d'accompagnement sanitaire, social et administratif des personnes souffrant d'une maladie chronique ou étant particulièrement exposées au risque d'une telle maladie ainsi que des personnes handicapées. Avec l'accord de la personne concernée, ils peuvent bénéficier à son entourage.
- ② Cet accompagnement a pour but l'autonomie de la personne et permet à ces personnes de disposer des informations, des conseils, des soutiens et des formations leur permettant de maintenir ou d'accroître leur autonomie, de participer à l'élaboration du parcours de santé les concernant, de faire valoir leurs droits et de développer leur projet de vie.
- ③ II. – Chaque projet d'accompagnement sanitaire, social et administratif fait l'objet d'une convention, conforme au cahier des charges mentionné au dernier alinéa du présent II établi par le ministre chargé de la santé, entre une ou plusieurs agences régionales de santé et les acteurs de santé volontaires.
- ④ Le ministre chargé de la santé définit par arrêté les projets pilotes mis en œuvre dans le cadre de l'expérimentation et le périmètre territorial de chaque projet.

- ⑤ Ces projets sont conformes à un cahier des charges publié après consultation des organismes intéressés, notamment des associations d'usagers du système de santé agréées en application de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique.
- ⑥ III. – Sans préjudice de financements complémentaires prévus, le cas échéant, dans les conventions mentionnées au II du présent article, les dépenses nouvelles liées aux projets pilotes sont imputées sur le fonds mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique. Elles s'imputent sur la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 1435-9 du même code et font l'objet d'une identification spécifique au sein de l'arrêté prévu au même 1°. Par dérogation audit article, les crédits affectés aux projets par cet arrêté ne peuvent être affectés au financement d'autres activités.
- ⑦ IV. – Pour l'application du présent article, les informations strictement nécessaires au projet d'accompagnement et relatives à l'état de santé de la personne, à sa situation sociale et à son autonomie peuvent être échangées et partagées dans les conditions fixées à l'article L. 1110-4 du code de la santé publique.
- ⑧ V. – L'entrée dans un projet d'accompagnement est subordonnée au consentement de la personne intéressée, dûment informée des dispositions du IV du présent article.
- ⑨ La personne intéressée peut bénéficier d'un plan personnalisé de soins et d'accompagnement élaboré par son équipe de prise en charge, au sens de l'article L. 1110-12 du code de la santé publique. Ce plan est établi conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé. Il est régulièrement actualisé pour tenir compte de l'évolution de l'état de santé du patient et de ses conditions de vie.
- ⑩ VI. – En vue de l'éventuelle généralisation des projets d'accompagnement sanitaire, social et administratif à l'ensemble du territoire, les agences régionales de santé participant à l'expérimentation assurent un suivi et une évaluation annuelle de ces projets. Les agences ont accès, dans les conditions définies à l'article L. 1435-6 du code de la santé publique, aux données nécessaires à cette évaluation.
- ⑪ Cette évaluation peut, sous réserve du respect de l'anonymat et de l'absence de possibilité d'identification directe ou indirecte des personnes bénéficiaires des projets d'accompagnement sanitaire, social et administratif, comporter un suivi clinique individualisé et croiser des données relatives à la prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale.
- ⑫ Le Gouvernement, après avis de la Conférence nationale de santé, présente au Parlement un rapport portant évaluation de l'ensemble de l'expérimentation, au plus tard trois mois avant son terme.

M. le président. L'amendement n° 258 rectifié, présenté par MM. Pointereau, Mouiller, Mayet, Commeinhes, Charon, Saugey et B. Fournier, Mme Deromedi, MM. Trillard et Pellevat, Mme Mélot et M. Houel, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 200 rectifié, présenté par MM. Barbier, Mézard, Arnell, Castelli, Collin, Ésnol, Fortassin, Requier et Vall, est ainsi libellé :

Alinéa 7

Rédiger ainsi cet alinéa :

IV. – Pour l'application du présent article, les professionnels participant directement à un projet d'accompagnement constituent une équipe de prise en charge, au sens des articles L. 1110-4 et L. 1110-12 du code de la santé publique, au sein de laquelle peuvent être échangées et partagées, dans les conditions prévues par ces articles, les informations relatives à l'état de santé, à la situation sociale ou à l'autonomie des personnes bénéficiaires, dans la limite de ce qui est strictement nécessaire à l'exercice de la mission de chaque professionnel.

La parole est à M. Guillaume Arnell.

M. Guillaume Arnell. Cet amendement vise à clarifier la situation des professionnels qui interviennent dans les domaines sociaux et médico-sociaux et n'ont pas vocation à donner des soins, parce qu'ils n'assurent pas la prise en charge sanitaire des patients. Seuls les professionnels de santé qui participent effectivement au suivi sanitaire d'un même patient appartiennent à une équipe de soins.

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

M. Alain Milon, corapporteur. On voit mal la portée de cet amendement, mon cher collègue, dans la mesure où son objet indique qu'il entend limiter les échanges aux professionnels de santé, mais où son dispositif prévoit que ceux qui participent directement au projet pourront échanger des informations concernant le patient. Or l'expérimentation porte sur des projets d'accompagnement sanitaire, social et administratif. Les professionnels sociaux et médico-sociaux ont donc vocation à y participer directement.

Je vous suggère donc de retirer votre amendement. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

M. le président. Monsieur Arnell, l'amendement n° 200 rectifié est-il maintenu ?

M. Guillaume Arnell. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 200 rectifié est retiré.

L'amendement n° 104 rectifié, présenté par MM. Commeinhes, Calvet et Charon, Mme Deromedi, M. Houel et Mme Mélot, n'est pas soutenu.

Je mets aux voix l'article 22.

(L'article 22 est adopté.)

Articles additionnels après l'article 22

M. le président. L'amendement n° 560, présenté par Mmes Blandin et Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 22

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Les comptes rendus des examens utilisant les techniques d'imagerie radiologique interventionnelle et scintigraphique mentionnent en millisieverts la dose reçue par le patient.

La parole est à M. Jean Desessard.

M. Jean Desessard. Les auteurs de cet amendement proposent que les comptes rendus d'actes thérapeutiques ou diagnostiques mettant en œuvre des rayonnements ionisants mentionnent la dose à laquelle le patient a été exposé.

Aujourd'hui, il est déjà prévu que les informations relatives à l'exposition du patient figurent dans le rapport de procédure médicale. Dans cette logique, ces informations pourraient gagner à figurer dans le compte rendu de l'acte, au moins pour les actes exposant le plus aux rayonnements : scanner, procédure interventionnelle, etc.

Cette information nous paraît essentielle, car il s'agit de simplifier l'accès à l'information et de garantir davantage de transparence, ainsi qu'une meilleure prévention.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Il n'est pas sûr que l'indication de la dose – de quoi ? – reçue en millisieverts – vous nous expliquerez quel est ce type d'unité – renforce réellement l'information du patient. Il relève de la responsabilité du prescripteur et du médecin qui réalise l'acte de s'assurer que l'examen est adapté à l'état du patient et ne nuira pas à sa santé.

La commission vous demande donc de bien vouloir retirer votre amendement ; à défaut, l'avis sera défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Un arrêté de 2006 définit déjà les informations dosimétriques devant figurer dans le compte rendu des actes utilisant les rayonnements ionisants. Pour le reste, cette disposition n'est pas du domaine de la loi. Je vous suggère donc de retirer votre amendement, monsieur le sénateur.

M. le président. Monsieur Desessard, l'amendement n° 560 est-il maintenu ?

M. Jean Desessard. Oui, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 560.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 561, présenté par Mmes Blandin et Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 22

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Un avertissement sur les comptes rendus des examens utilisant les techniques d'imagerie radiologique interventionnelle et scintigraphique invite le patient à signaler au médecin prescripteur les examens similaires précédemment effectués.

La parole est à M. Jean Desessard.

M. Jean Desessard. Cet amendement s'inscrit dans la même logique que le précédent et sera sans doute condamné à connaître le même sort... Il vise à renforcer l'information du patient en prévoyant que les comptes rendus d'actes thérapeutiques ou diagnostiques mettant en œuvre des rayonnements ionisants comportent un avertissement à l'intention du patient, l'invitant à signaler au médecin prescripteur les examens similaires précédemment effectués.

Le médecin référent ordonne les actes, il connaît et centralise ces informations afin d'éviter les abus d'exposition aux rayonnements, mais beaucoup d'examens ne passent pas par lui : il en va ainsi des examens dentaires, gynécologiques, ostéopathiques ou rhumatologiques.

Cet amendement vise donc à améliorer la prévention, tout en donnant la possibilité aux patients d'être acteurs de leur santé.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Les auteurs de l'amendement abordent un vrai sujet, mais l'invitation à signaler au médecin prescripteur les examens similaires précédemment effectués arrivera peut-être un peu tard si elle figure dans le compte rendu. Ce type d'information relève plutôt du suivi par les médecins et du DMP.

La commission a donc émis un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 561.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 22 bis **(Supprimé)**

M. le président. L'amendement n° 471, présenté par Mme Génisson, M. Daudigny, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Champion et Claireaux, M. Durain, Mmes Emery-Dumas et Féret, MM. Godefroy, Jeansannetas et Labazée, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mmes Yonnet, D. Gillot et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Le chapitre V du titre IV du livre II du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa de l'article L. 245-8 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, la référence : « du 1° » est remplacée par les références : « des 1° à 4° » ;

b) À la seconde phrase, les mots : « de ces frais » sont remplacés par les mots : « des frais relevant du 1° du même article » et la référence : « 1° de l'article L. 245-3 » est remplacée par la référence : « même 1° » ;

2° Au deuxième alinéa de l'article L. 245-13, après la référence : « L. 245-3 », sont insérés les mots : « et que la prestation est versée directement au bénéficiaire ».

La parole est à Mme Claire-Lise Champion.

Mme Claire-Lise Champion. Cet amendement vise à permettre aux départements de mettre en place un mécanisme de tiers payant pour l'achat des aides techniques, pour les dépenses d'aménagement du logement et du véhicule, ainsi que pour les aides exceptionnelles faisant l'objet d'un financement par la PCH, la prestation de compensation du handicap, dès la décision d'attribution de l'aide prise par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

Une telle mesure, qui permettrait d'améliorer la qualité de service à l'usager en facilitant l'accès à ces aides par la suppression de l'avance de frais et la diminution des délais pour leur obtention, nous semble avoir toute sa place dans le titre II du projet de loi, lequel vise à faciliter le parcours de santé.

Par ailleurs, cette disposition, annoncée lors de la conférence nationale du handicap qui s'est tenue à l'Élysée le 11 décembre 2014, doit permettre une simplification des procédures pour les départements en allégeant le contrôle d'effectivité de la dépense.

Pour ces raisons, nous vous proposons le rétablissement de cet article.

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

M. Alain Milon, corapporteur. L'amendement est contraire à la position adoptée par la commission en juillet.

Nous avons supprimé l'article 22 *bis* créant un système de tiers payant pour les aides techniques financées par la PCH pour plusieurs raisons.

D'abord, cet article n'a qu'un lien très indirect avec le texte en discussion.

Ensuite, il ne fait que créer une faculté pour les départements. Or certains ont déjà fait le choix de mettre en place le tiers payant. Sa portée pratique risque donc d'être limitée.

Enfin, son impact n'est pas assez évalué. En particulier, rien ne garantit que le libre choix de leurs fournisseurs d'aides techniques par les bénéficiaires de la PCH soit préservé avec cet article.

La commission a donc émis un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Je suis favorable à cet amendement, qui vise à rétablir un article mettant en place un dispositif de tiers payant pour la prestation de compensation du handicap.

Ce dispositif, annoncé, répond aux attentes des associations. L'article 22 *bis* trouve donc toute sa place dans le texte de loi puisqu'il tend à améliorer et à fluidifier le parcours de santé des personnes en situation de handicap.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 471.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, l'article 22 *bis* est rétabli dans cette rédaction.

Article 23 (Supprimé)

M. le président. L'amendement n° 633, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Après l'article L. 1111-3 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1111-3-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 1111-3-1. – Pour toute prise en charge effectuée par un établissement de santé, le patient reçoit, au moment de sa sortie, un document l'informant, dans des conditions définies par décret, du coût de l'ensemble des prestations reçues avec l'indication de la part couverte par son régime d'assurance maladie obligatoire et, le cas échéant, de celle couverte par son organisme d'assurance complémentaire et du solde qu'il doit acquitter. »

La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, ministre. L'article 23 visait à imposer aux établissements de santé de remettre au patient, le jour de sa sortie de l'hôpital, un document détaillant le coût global de sa prise en charge, à savoir les soins et les

prestations annexes, avec l'indication de la part couverte par l'assurance maladie et éventuellement par les organismes d'assurance complémentaire.

Je suis étonnée que ces dispositions, qui sont un gage de transparence, aient été supprimées par la commission. Il ne s'agit en aucun cas de stigmatiser le patient et de lui dire qu'il coûte trop cher au système de santé. Il s'agit de lui délivrer une information fiable sur le coût d'une hospitalisation, qui, comme je le dis souvent, peut être heureuse, par exemple à l'occasion d'une naissance, ou constituer un moment plus difficile.

Il me paraît normal à un moment où l'on parle beaucoup de transparence, d'information, de coûts que les usagers du système de santé soient informés du montant des prestations qu'ils peuvent recevoir.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Si la commission a supprimé cet article, c'est parce qu'elle a estimé qu'il représentait une charge irréaliste pour les hôpitaux publics. Je note d'ailleurs que le Gouvernement n'a toujours pas fourni d'éléments sur le coût de cette mesure.

L'étude d'impact d'octobre 2014 indique pourtant que « la mise en œuvre de cette mesure nécessite une évolution à la fois des processus métier du domaine accueil-facturation-recouvrement et des systèmes d'information portée par le programme Simphonie (SIMplification du Parcours administratif HOspitalier et Numérisation des Informations Echangées) ; celui-ci a vocation à simplifier le parcours du patient, déterminer à sa sortie les coûts de sa prise en charge et favoriser le paiement immédiat par le patient de son reste à charge ». L'étude d'impact précise en outre que « les coûts générés et une première estimation des gains attendus sont en cours d'évaluation par le Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique ».

Un an après, disposons-nous des chiffres liés aux coûts générés et aux gains attendus, ainsi que d'un calendrier de mise en œuvre ? Si la réponse est négative, l'avis de la commission sera défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 633.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, l'article 23 est rétabli dans cette rédaction.

Article 23 bis (Supprimé)

Chapitre V

RENFORCER LES OUTILS PROPOSÉS AUX
PROFESSIONNELS POUR LEUR PERMETTRE
D'ASSURER LA COORDINATION DU
PARCOURS DE LEUR PATIENT

Article 24 (Non modifié)

① L'article L. 1112-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

② 1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

③ a) Au début de la première phrase, est ajoutée la mention : « I. – » ;

- ④ b) La deuxième phrase est supprimée ;
- ⑤ 2° Après le quatrième alinéa, il est inséré un II ainsi rédigé :
- ⑥ « II. – Le praticien qui adresse un patient à un établissement de santé accompagne sa demande d'une lettre de liaison synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge du patient.
- ⑦ « Le praticien qui a adressé le patient à l'établissement de santé en vue de son hospitalisation et le médecin traitant ont accès, sur leur demande, aux informations mentionnées au premier alinéa du I.
- ⑧ « Le praticien qui a adressé le patient à l'établissement de santé en vue de son hospitalisation et le médecin traitant sont destinataires, à la sortie du patient, d'une lettre de liaison comportant les éléments utiles à la continuité des soins, rédigée par le médecin de l'établissement en charge du patient, y compris lorsque le patient est pris en charge en l'absence de la lettre de liaison mentionnée au premier alinéa du présent II.
- ⑨ « La lettre de liaison est, dans le respect des exigences prévues aux quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 1111-2, remise, au moment de sa sortie, au patient ou, avec son accord et dans les conditions prévues à l'article L. 1111-6, à la personne de confiance.
- ⑩ « Les lettres de liaison peuvent être dématérialisées. Elles sont alors déposées dans le dossier médical partagé du patient et envoyées par messagerie sécurisée au praticien qui a adressé le patient à l'établissement de santé en vue de son hospitalisation et au médecin traitant. » ;
- ⑪ 3° Au début du cinquième alinéa, est ajoutée la mention : « III. – ».

M. le président. L'amendement n° 677, présenté par M. Labazée, Mme Jourda, MM. Madrelle et Tourenne, Mme Yonnet, MM. Montaugé, Leconte, J.C. Leroy, Cazeau et F. Marc, Mme Khiari, MM. Godefroy, Courteau et Manable, Mme Lienemann, M. Raynal et Mme Espagnac, est ainsi libellé :

Alinéa 6

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Ce document doit obligatoirement faire figurer les informations détaillées relatives à l'état nutritionnel du patient.

La parole est à Mme Evelyne Yonnet.

Mme Evelyne Yonnet. Le 12 juillet 2013, Mme la ministre des affaires sociales et de la santé confiait aux professeurs Serge Hercberg et Arnaud Basdevant la mission de faire des propositions concrètes destinées à donner un nouvel élan au programme national nutrition santé et au plan obésité. Cette demande s'inscrivait dans les actions de la stratégie nationale de santé publique, qui visait prioritairement à réduire les inégalités sociales et territoriales en matière de santé, en mettant particulièrement l'accent sur la jeunesse et les populations vulnérables.

Le professeur Arnaud Basdevant indique que, « malgré de nombreux constats, rapports, initiatives, le dépistage et la prise en charge de la dénutrition n'a pas connu les progrès attendus. C'est le constat de plusieurs enquêtes de terrain indiquant que 80 % des dénutritions ne sont pas diagnostiquées et soignées en établissement de santé. »

La dénutrition peut toucher jusqu'à 70 % des personnes âgées sortant de l'hôpital. Cet amendement a donc pour objet de garantir un meilleur suivi de l'état nutritionnel des patients.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Les auteurs de cet amendement souhaitent que la lettre de liaison ville-hôpital comporte des informations détaillées sur l'état nutritionnel du patient.

Pour être gentil, je dirai qu'il ne me paraît pas opportun de détailler dans la loi le contenu de la lettre de liaison.

Pour être un peu moins gentil, ou pour plaider en faveur de l'hôpital, je dirai qu'il me paraît extrêmement difficile de détailler l'état nutritionnel d'un patient dans une lettre de liaison.

La commission a donc émis un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Quel est l'objectif de la lettre de liaison ? Il est d'éviter ce que nous constatons trop souvent aujourd'hui, à savoir une situation de rupture entre le moment où le patient sort de l'hôpital et celui où il est pris en charge par le médecin traitant ou des médecins ambulatoires.

La lettre de liaison doit non pas être enserrée dans un cadre contraint – la Haute Autorité de santé émettra des recommandations –, mais permettre au médecin hospitalier d'indiquer au médecin traitant l'état de santé du patient et la prise en charge qui lui paraît s'imposer. Si c'est une personne âgée, par exemple, qui a été hospitalisée durablement, il est probable qu'une alerte sera faite sur son état nutritionnel. En revanche, si c'est une personne qui sort d'une intervention orthopédique, une telle information n'est pas nécessairement utile.

N'imposons pas des normes trop précises pour la lettre de liaison. Vous en citez une, madame la sénatrice, mais on pourrait en imaginer non pas dix ou vingt autres, mais cinquante, cent, voire deux cents. À ce moment-là, la lettre de liaison perdrait de son intérêt. C'est pourquoi je sollicite le retrait de votre amendement.

M. le président. Madame Yonnet, l'amendement n° 677 est-il maintenu ?

Mme Evelyne Yonnet. Lorsque nous avons eu ce débat en commission, nous avons évoqué les personnes fragiles et isolées et le fait que le plan canicule avait permis aux préfetures de recenser les personnes les plus vulnérables.

Il faut savoir que certaines personnes âgées se laissent mourir de faim, parce qu'elles ne peuvent plus descendre de chez elles et qu'elles n'ont personne pour les aider. Le médecin traitant passe bien une fois par semaine, mais il importe surtout d'organiser un suivi.

J'ai bien entendu vos arguments, madame la ministre. Effectivement, la lettre de liaison risquerait de contenir trop d'informations. Par sagesse, je retire donc l'amendement, mais j'aimerais qu'une réflexion sur le sujet des personnes âgées malnutries soit menée.

M. le président. L'amendement n° 677 est retiré.

L'amendement n° 678 rectifié, présenté par M. Labazée, Mmes Jourda, Meunier et Emery-Dumas, M. Madrelle, Mme Bricq, MM. Tourenne, Godefroy, Raoul, Montaugé, Leconte, J.C. Leroy, Cazeau et F. Marc, Mme Khiari,

MM. Courteau et Manable, Mmes Perol-Dumont, Liemann et Cartron, M. Raynal et Mmes Espagnac et Yonnet, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 7

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« La lettre de liaison rappelle, pour chaque patient, les recommandations vaccinales qui lui sont spécifiques.

La parole est à Mme Evelyne Yonnet.

Mme Evelyne Yonnet. Cet amendement vise à ajouter une dimension préventive à la lettre de liaison, dont l'objectif initial est de fournir au médecin traitant comme au patient les informations essentielles à la continuité de la prise en charge. Or une bonne continuité de la prise en charge, notamment pour les patients au parcours de soins complexe, dépend également de la bonne application de mesures préventives simples, dont les praticiens, comme les patients, doivent être informés. La lettre de liaison peut ainsi constituer un outil de rappel des recommandations vaccinales spécifiques à chaque patient et de son statut de vaccination, afin d'éviter que ce dernier ne se retrouve exposé à des risques majeurs, pourtant facilement évitables.

Alors que la couverture vaccinale en France baisse depuis plusieurs années, les professionnels de santé ont un rôle clé à jouer pour que les patients soient informés des recommandations vaccinales qui leur sont spécifiques.

L'enquête « Vaccination des personnes immunodéprimées en France : connaissances, perceptions, réalités et attente », réalisée en septembre 2013 par le groupe de réflexion AVNIR, Associations VaccinNation Immunodéprimées Réalité, avec plus de 3 000 participants, souligne la nécessité d'une information sur la vaccination circulant de façon plus efficace entre les patients et les acteurs concernés. Le sondage constate que 91 % des répondants souhaitent être davantage informés sur les vaccins recommandés en fonction de leur état de santé. Les résultats ont été présentés aux journées nationales d'infectiologie en juin 2014 et ont fait l'objet d'une publication dans la revue internationale *Vaccine* en juin 2015.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Pour ma part, je ne sais pas ce qu'est une recommandation vaccinale spécifique au malade. En outre, il ne me semble pas que cette information trouve sa place dans la lettre de liaison. À défaut d'un retrait de l'amendement, l'avis sera défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis que pour l'amendement précédent, pour les mêmes raisons.

Quels que soient les enjeux de la vaccination dans notre pays, il ne peut pas s'agir d'une case à cocher systématiquement.

M. le président. Madame Yonnet, l'amendement n° 678 rectifié est-il maintenu ?

Mme Evelyne Yonnet. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 678 rectifié est retiré.

Les amendements identiques n° 119 rectifié, présenté par MM. Commeinhes et Mandelli, Mmes Mélot et Hummel, M. Houel, Mme Deromedi et MM. Charon et Calvet, et n° 179 rectifié *ter*, présenté par MM. Vasselle, B. Fournier, Laménie, Mayet et Cambon, ne sont pas soutenus.

L'amendement n° 668 rectifié, présenté par Mme Garriaud-Maylam, M. Allizard, Mmes Deromedi et Duchêne et M. Duvernois, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 25 rectifié *bis*, présenté par Mme Lamure, M. Chasseing, Mme Deromedi, MM. Chaize et Mouiller, Mme Micouleau, M. de Legge, Mme Cayeux, M. César, Mme Duchêne, M. de Nicolaÿ et Mme Gruny, n'est pas soutenu.

La parole est à M. Jean-Marie Vanlerenberghe, pour explication de vote sur l'article.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. Je me réjouis que la commission ait conservé cet article très important.

La liaison entre la ville et l'hôpital est essentielle si l'on veut réduire les actes inutiles et surabondants. Je me félicite donc, madame la ministre, que vous consacriez par la loi cette lettre de liaison, qui existe déjà mais qui, bien qu'obligatoire, n'est malheureusement rédigée qu'une fois sur deux.

Espérons que la sanctuarisation de cet acte essentiel permettra d'améliorer l'économie générale de la santé. Je pense non seulement à la qualité des soins, mais aussi à la diminution de ces actes inutiles que j'ai à plusieurs reprises stigmatisés – tout comme vous – lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Je compte sur cette mesure pour nous permettre d'avancer encore un peu plus cette année sur la voie de l'amélioration de l'économie générale de la santé.

M. Jean Desessard. Bravo !

M. le président. La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

M. Alain Milon, corapporteur. Je veux rendre hommage au rapporteur général Vanlerenberghe, qui avait fait voter cet article au Sénat dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

M. le président. Je mets aux voix l'article 24.

(L'article 24 est adopté.)

Article 25

① I. – Le titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

② 1° L'article L. 1110-4 est ainsi modifié :

③ a) Les huit premiers alinéas sont remplacés par des I à IV ainsi rédigés :

④ « I. – Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou un des services de santé définis au livre III de la sixième partie du présent code, un professionnel du secteur médico-social ou social, un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant.

⑤ « Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces

établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

- ⑥ « II. – Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social.
- ⑦ « III. – Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.
- ⑧ « Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.
- ⑨ « IV. – La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment. » ;
- ⑩ *b)* Au début du neuvième alinéa, est ajoutée la mention : « V. – » ;
- ⑪ *b bis (nouveau)* Le onzième alinéa est ainsi modifié :
- ⑫ - Les mots : « ses ayants droit » sont remplacés par les mots : « ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité » ;
- ⑬ - Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :
- ⑭ « Toutefois, en cas de décès d'une personne mineure, les titulaires de l'autorité parentale conservent leur droit d'accès à la totalité des informations médicales le concernant, à l'exception des éléments relatifs aux décisions médicales pour lesquelles la personne mineure, le cas échéant, s'est opposée à l'obtention de leur consentement dans les conditions définies aux articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1. » ;
- ⑮ *c)* Il est ajouté un VI ainsi rédigé :
- ⑯ « VI. – Les conditions et les modalités de mise en œuvre du présent article pour ce qui concerne l'échange et le partage d'informations entre professionnels de santé et non-professionnels de santé du champ social et médico-social sont définies par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. » ;
- ⑰ 2° Après l'article L. 1110-4, il est inséré un article L. 1110-4-1 ainsi rédigé :
- ⑱ « *Art. L. 1110-4-1.* – Afin de garantir la qualité et la confidentialité des données de santé à caractère personnel et leur protection, les professionnels de santé, les établissements et services de santé, les hébergeurs de données de santé à caractère personnel et tout autre organisme participant à la prévention, aux soins ou au suivi médico-social et social utilisent, pour leur traitement, leur conser-

vation sur support informatique et leur transmission par voie électronique, des systèmes d'information conformes aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité élaborés par le groupement d'intérêt public mentionné à l'article L. 1111-24. Ces référentiels sont approuvés par arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. » ;

- ⑲ 3° Le chapitre préliminaire est complété par un article L. 1110-12 ainsi rédigé :
- ⑳ « *Art. L. 1110-12.* – Pour l'application du présent titre, l'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes, et qui :
- ㉑ « 1° Soit exercent dans le même établissement de santé, ou dans le même établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret ;
- ㉒ « 2° Soit se sont vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge ;
- ㉓ « 3° Soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé. » ;
- ㉔ 3° *bis* À l'avant-dernier alinéa de l'article L. 1111-7, la référence : « par le dernier alinéa » est remplacée par la référence : « au dernier alinéa du V » ;
- ㉕ 4° L'article L. 1111-8 est ainsi modifié :
- ㉖ *a)* Le premier alinéa est ainsi rédigé :
- ㉗ « Toute personne qui héberge des données de santé à caractère personnel recueillies à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic, de soins ou de suivi social et médico-social, pour le compte de personnes physiques ou morales à l'origine de la production ou du recueil desdites données ou pour le compte du patient lui-même, doit être agréée à cet effet. Cet hébergement, quel qu'en soit le support, papier ou électronique, est réalisé après que la personne prise en charge en a été dûment informée et sauf opposition pour un motif légitime. » ;
- ㉘ *b)* La dernière phrase du deuxième alinéa est supprimée ;
- ㉙ *c)* Les quatrième et cinquième alinéas sont supprimés ;
- ㉚ *d)* Après la première occurrence du mot : « personnes », la fin du septième alinéa est ainsi rédigée : « physiques ou morales à l'origine de la production de soins ou de leur recueil et qui sont désignées par les personnes concernées. L'accès aux données ayant fait l'objet d'un hébergement s'effectue selon les modalités fixées dans le contrat et dans le respect des articles L. 1110-4 et L. 1111-7. » ;
- ㉛ *e)* Après le mot : « que », la fin de la dernière phrase du huitième alinéa est ainsi rédigée : « celles qui les leur ont confiées. » ;

- 32) f) Après le mot : « données », la fin du neuvième alinéa est ainsi rédigée : « aux personnes qui les lui ont confiées, sans en garder de copie. » ;
- 33) 5° L'article L. 1111-14 est ainsi modifié :
- 34) a) Le premier alinéa est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :
- 35) « Afin de favoriser la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins, les bénéficiaires de l'assurance maladie peuvent disposer, dans les conditions et sous les garanties prévues aux articles L. 1110-4 et L. 1110-4-1 et dans le respect du secret médical, d'un dossier médical partagé.
- 36) « À cette fin, il est créé un identifiant du dossier médical partagé pour l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie.
- 37) « Le dossier médical partagé est créé sous réserve du consentement exprès de la personne ou de son représentant légal.
- 38) « La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés assure la conception, la mise en œuvre et l'administration du dossier médical partagé, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Elle participe également à la conception, à la mise en œuvre et à l'administration d'un système de communication sécurisée permettant l'échange d'informations entre les professionnels de santé. » ;
- 39) 6° L'article L. 1111-15 est ainsi rédigé :
- 40) « *Art. L. 1111-15.* – Dans le respect des règles déontologiques qui lui sont applicables ainsi que des articles L. 1110-4, L. 1110-4-1 et L. 1111-2, chaque professionnel de santé, quels que soient son mode et son lieu d'exercice, reporte dans le dossier médical partagé, à l'occasion de chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge. À l'occasion du séjour d'une personne prise en charge, les professionnels de santé habilités des établissements de santé reportent dans le dossier médical partagé, dans le respect des obligations définies par la Haute Autorité de santé, un résumé des principaux éléments relatifs à ce séjour. Le médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale verse périodiquement, et au moins une fois par an, une synthèse dont le contenu est défini par la Haute Autorité de santé. La responsabilité du professionnel de santé ne peut être engagée en cas de litige portant sur l'ignorance d'une information qui lui était masquée dans le dossier médical partagé et dont il ne pouvait légitimement avoir connaissance par ailleurs.
- 41) « Les données nécessaires à la coordination des soins issues des procédures de remboursement ou de prise en charge qui sont détenues par l'organisme dont relève chaque bénéficiaire de l'assurance maladie sont versées dans le dossier médical partagé.
- 42) « Le dossier médical partagé comporte également des volets relatifs au don d'organes ou de tissus, aux directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11 du présent code et à la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6.
- 43) « Certaines informations peuvent être rendues inaccessibles par le titulaire du dossier médical partagé. » ;
- 44) 7° L'article L. 1111-16 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :
- 45) « Le médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale dispose d'un droit d'accès au dossier médical partagé lui permettant d'accéder, sous réserve de l'accord du patient et par dérogation au dernier alinéa de l'article L. 1111-15 du présent code, à l'ensemble des informations contenues dans ce dossier.
- 46) « Le chirurgien-dentiste ou la sage-femme accède à l'ensemble des données médicales nécessaires à l'exercice de sa profession, sous réserve de l'accord préalable du patient. » ;
- 47) 7° *bis* (*Supprimé*)
- 48) 8° L'article L. 1111-19 est ainsi rédigé :
- 49) « *Art. L. 1111-19.* – Le titulaire accède directement, par voie électronique, au contenu de son dossier.
- 50) « Il peut également accéder à la liste des professionnels qui ont accès à son dossier médical partagé. Il peut, à tout moment, la modifier.
- 51) « Il peut, à tout moment, prendre connaissance des traces d'accès à son dossier. » ;
- 52) 9° L'article L. 1111-20 est abrogé ;
- 53) 10° L'article L. 1111-21 est ainsi rédigé :
- 54) « *Art. L. 1111-21.* – Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et des conseils nationaux de l'ordre des professions de santé, fixe les conditions d'application des articles de la présente section relatifs au dossier médical partagé.
- 55) « Il précise les conditions de création et de fermeture du dossier médical partagé prévues au premier alinéa de l'article L. 1111-14, les conditions de recueil du consentement, la nature et le contenu des informations contenues dans le dossier, les modalités d'exercice des droits des titulaires sur les informations figurant dans leur dossier prévues aux I et II de l'article L. 1111-17 ainsi qu'à l'article L. 1111-19, les conditions dans lesquelles certaines informations peuvent être rendues inaccessibles par le titulaire du dossier médical partagé en application du dernier alinéa de l'article L. 1111-15, les conditions d'utilisation par les professionnels de santé et les conditions particulières d'accès au dossier médical partagé prévu aux I et II de l'article L. 1111-17. » ;
- 56) 11° L'article L. 1111-22 est abrogé.
- 57) II (*Non modifié*). – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- 58) 1° L'article L. 161-36-1 A et le 8° du II de l'article L. 162-1-14 sont abrogés ;
- 59) 2° Le dernier alinéa de l'article L. 221-1 est complété par une phrase ainsi rédigée :
- 60) « Elle exerce également la mission qui lui est confiée au quatrième alinéa de l'article L. 1111-14 du même code. »
- 61) III. – À l'intitulé de la section 3 du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie, aux trois derniers alinéas de l'article L. 1111-14, à l'article L. 1111-16, aux premier et second alinéas du I et au II de l'article

L. 1111-17, au premier alinéa, à la première phrase du deuxième alinéa et aux troisième et avant-dernier alinéas de l'article L. 1111-18, à la dernière phrase du deuxième alinéa de l'article L. 1111-23, au 4° de l'article L. 1521-2 et au 6° de l'article L. 1541-3 du code de la santé publique, les mots : « médical personnel » sont remplacés par les mots : « médical partagé ».

62 IV. – Au troisième alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, les mots : « médical personnel » sont remplacés par les mots : « médical partagé ».

63 V. – À compter de la publication du décret en Conseil d'État prévu à l'article L. 1111-14 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de la présente loi, l'ensemble des droits et obligations du groupement d'intérêt public mentionné à l'article L. 1111-24 du même code relatifs à la conception, à la mise en œuvre et à l'administration du dossier médical partagé sont transférés à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

64 La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et le groupement d'intérêt public mentionné à l'article L. 1111-24 dudit code déterminent, par convention, les conditions du transfert des droits et obligations permettant la participation de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés à la conception, à la mise en œuvre et à l'administration du système de messagerie électronique sécurisée de santé, permettant l'échange de données de santé.

M. le président. L'amendement n° 337 rectifié, présenté par MM. Chasseing, Béchu et Cadic, Mme Deromedi et MM. Fouché, Gremillet, Kennel, Laménie, Morisset, Mouiller, Nougein et Requier, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 673 rectifié *bis*, présenté par M. Médevielle, Mme Micoulean et MM. Chatillon, Boncarrère, Roche, Namy, Cigolotti, Canevet, Guerriau, Cadic et Tandonnet, n'est pas soutenu.

Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 37 rectifié est présenté par Mme Morhet-Richaud, MM. Béchu, Cambon, Commeinhes et de Nicolaj, Mmes Duchêne et Duranton, MM. Houel et Lefèvre, Mme Lamure, MM. Mandelli, Masclat, Mayet, Morisset, Mouiller, D. Robert, Gremillet et Danesi et Mme Mélot.

L'amendement n° 1067 est présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 6

Après le mot :

soins

insérer les mots :

ou à la prévention

L'amendement n° 37 rectifié n'est pas soutenu.

La parole est à M. Jean Desessard, pour présenter l'amendement n° 1067.

M. Jean Desessard. Il paraît nécessaire d'inclure la prévention, tant primaire que secondaire, dans le cadre des échanges entre professionnels identifiés prenant en charge une même personne.

Tel est le sens de cet amendement.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Cet amendement paraît intéressant, sous réserve qu'il ne conduise pas à diffuser trop d'informations sur l'état de santé des patients.

La commission, qui s'est réunie hier, a donc décidé de s'en remettre à la sagesse du Sénat.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Je suis favorable à cet amendement, parce qu'il apporte un complément utile et lève toute ambiguïté. En effet, l'équipe qui prend en charge un patient a besoin d'échanger des informations tant dans le cadre des soins que dans celui de la prévention.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1067.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 88 rectifié, présenté par MM. Commeinhes et Mandelli, Mme Mélot, MM. Karoutchi, Charon, Calvet et Houel et Mme Deromedi, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 89 rectifié, présenté par MM. Commeinhes, Calvet et Charon, Mme Deromedi et M. Houel, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 76 rectifié, présenté par MM. Commeinhes, Calvet et Charon, Mmes Deromedi et Hummel, M. Houel et Mme Mélot, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 90 rectifié, présenté par M. Commeinhes, Mme Mélot, M. Houel, Mme Deromedi et MM. Calvet et Charon, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 749, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Alinéa 21

Après la première occurrence du mot :

établissement

insérer les mots :

ou centre

La parole est à Mme Brigitte Gonthier-Maurin.

Mme Brigitte Gonthier-Maurin. L'article 25 définit l'élaboration et le déploiement du dossier médical partagé et donne au passage une liste des personnes pouvant échanger les informations relatives aux patients. Ces personnes sont regroupées dans la notion « d'équipe de soins ».

Cependant, cette notion d'équipe de soins servant de base au partage de l'information entre les professionnels de santé ne prend pas en compte les centres de santé, alors même que ces structures ont été des précurseurs en matière de travail d'équipe et de partage d'informations. Il nous apparaît donc indispensable d'ajouter cette précision.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Nous avons discuté de cet amendement hier soir en commission, et nous avons trouvé la précision intéressante.

Nous nous rangerons à l'avis du Gouvernement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Votre amendement, madame la sénatrice, est très intéressant. Toutefois, comme plusieurs amendements relatifs aux centres de santé que vous avez déposés, il est satisfait. Les centres de santé sont inclus dans la définition du 1° du nouvel article L.1110-12 du code de la santé publique. La mention des centres de santé apparaîtra explicitement dans la liste des structures fixée par le décret prévu à cet alinéa.

Au bénéfice de ces explications, je vous invite à retirer votre amendement.

M. le président. Madame Gonthier-Maurin, l'amendement n° 749 est-il maintenu ?

Mme Brigitte Gonthier-Maurin. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 749 est retiré.

L'amendement n° 546, présenté par Mme Génisson, M. Daudigny, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Campion et Claireaux, M. Durain, Mmes Emery-Dumas et Féret, MM. Godefroy, Jeansannetas et Labazée, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mme Yonnet et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 21

Après les mots :

dans le même établissement de santé

insérer les mots :

, ou au sein du service de santé des armées

La parole est à Mme Claire-Lise Campion.

Mme Claire-Lise Campion. La mission prioritaire du service de santé des armées est le soutien sanitaire aux forces armées. Pour remplir cette mission, il dispose de centres médicaux, chargés de la médecine de premier recours, et d'hôpitaux, disposant de services spécialisés. Le soutien sanitaire se décline également en opérations extérieures, autour de ces deux composantes que sont la médecine générale et la médecine spécialisée.

L'ensemble des professionnels du service de santé des armées a vocation à prendre en charge les militaires, que ce soit au sein de leur unité ou en intervention sur un théâtre d'opération extérieure, au cours d'une évacuation sanitaire ou au sein d'un hôpital militaire. Pour remplir au mieux cette mission, les professionnels du service de santé des armées ont donc le même besoin de communiquer entre eux aisément que les professionnels exerçant par exemple au sein d'un même établissement de santé. Il est donc demandé que, à l'identique des établissements de santé ou des établissements médico-sociaux, les professionnels du service de santé des armées participant directement à la prise en charge d'un patient soient considérés comme une équipe de soins.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Avis favorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 546.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements.

L'amendement n° 750, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 58

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

... Au 2° de l'article L. 162-1-14-1, les mots : « le tact et la mesure », sont remplacés par les mots : « un plafond dont le montant est défini par décret » ;

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. La notion de tact et de mesure est difficile à appréhender, car rien ne permet de mesurer à partir de quel plafond un dépassement excède le tact et la mesure.

Afin de rendre les dispositions plus efficaces, nous proposons, d'une part, de définir par décret le montant du plafond de dépassement d'honoraires et, d'autre part, d'interdire et de sanctionner les dépassements d'honoraires appliqués aux tarifs de prestations pratiquées au titre d'une ou de plusieurs missions de service public.

M. le président. L'amendement n° 751, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Après l'article L. 162-1-14-1, il est inséré un article L. 162-1-14-... ainsi rédigé :

« Art. L. 162-1-14-... – Peuvent faire l'objet d'une sanction prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie les établissements de santé qui exposent les assurés sociaux au cours de l'exercice d'une mission de service public à des dépassements d'honoraires. »

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Cet amendement est défendu.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur les amendements n° 750 et 751 ?

M. Alain Milon, corapporteur. L'amendement n° 750 a déjà été examiné à plusieurs reprises. Il n'y a pas lieu, selon nous, de revenir dans ce texte sur la notion de tact et de mesure. La commission a donc émis un avis défavorable.

Les dépassements d'honoraires étant interdits dans le cadre de l'exercice des missions de service public, il n'y a pas lieu de prévoir un mécanisme de sanction spécifique. La commission demande donc le retrait de l'amendement n° 751 ; à défaut, son avis sera défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Je suis également défavorable à ces amendements.

Madame la sénatrice, vous proposez que le plafond de dépassement d'honoraires soit défini par décret. Le Gouvernement, quant à lui, a choisi une logique différente, en privilégiant la négociation conventionnelle. Un avenant à la convention médicale interdit ainsi les dépassements excessifs avec une limite fixée à 150 % du tarif conventionné.

L'amendement n° 751 appelle de ma part deux observations.

D'abord, le projet de loi initial fait référence au service public hospitalier, tandis que le texte de la commission des affaires sociales fait référence aux missions de service public.

Par cohérence, je ne peux pas être favorable à votre amendement, qui fait lui aussi référence aux missions de service public.

Ensuite, outre le fait qu'un établissement public ne peut pas procéder à des dépassements d'honoraires dans le cadre de l'activité publique, je vous rappelle qu'un directeur général d'une agence régionale de santé a la possibilité de sanctionner un établissement qui ne respecte pas les obligations contenues dans son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Or le respect du caractère opposable des tarifs à l'hôpital public fait évidemment partie du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement.

M. le président. La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

M. Alain Milon, corapporteur. Je veux préciser à Mme la ministre que la commission des affaires sociales a bien maintenu la notion de service public hospitalier. Nous avons mentionné les missions de service public pour les cliniques privées.

M. le président. Madame Cohen, les amendements n^{os} 750 et 751 sont-ils maintenus ?

Mme Laurence Cohen. Non, je les retire, monsieur le président.

M. le président. Les amendements n^{os} 750 et 751 sont retirés.

Je mets aux voix l'article 25, modifié.

(L'article 25 est adopté.)

Articles additionnels après l'article 25

M. le président. L'amendement n^o 670 rectifié, présenté par Mme Garriaud-Maylam, M. Allizard, Mme Duchêne et M. Duvernois, n'est pas soutenu.

L'amendement n^o 880 rectifié, présenté par MM. Amiel, Guérini et Requier, n'est pas soutenu.

Article 25 bis (nouveau)

① Après le deuxième alinéa de l'article L. 1111-23 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

② « Sauf opposition du patient dûment informé, le médecin qui le prend en charge au sein d'un établissement de santé peut consulter son dossier pharmaceutique dans les conditions mentionnées à l'alinéa précédent. » – *(Adopté.)*

Articles additionnels après l'article 25 bis

M. le président. L'amendement n^o 370 rectifié, présenté par M. Cigolotti, Mme Gatel, MM. L. Hervé, Gabouty, Roche, Namy, Lasserre et Delahaye, Mme Deseyne et M. Médevielle, n'est pas soutenu.

L'amendement n^o 841, présenté par Mmes Benbassa et Archimbaud, M. Desessard, Mmes Blandin et Bouchoux et MM. Gattolin, Labbé, Dantec et Placé, est ainsi libellé :

Après l'article 25 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Haut Conseil de la santé publique remet au Gouvernement et au Parlement, au plus tard dix-huit mois après la promulgation de la présente loi, un rapport évaluant, d'une part, la mise en pratique du secret médical et du secret professionnel appliqué dans le domaine de la santé et, d'autre part, l'effet des dispositions de la présente loi relatives au secret médical, au secret professionnel appliqué dans le domaine de la santé et à l'échange et le partage d'informations entre professionnels de santé et non-professionnels de santé sur le respect de la vie privée des patients, de leur dignité et du secret des informations les concernant.

La parole est à M. Jean Desessard.

M. Jean Desessard. Le présent amendement vise à ce que le Haut Conseil de la santé publique remette un rapport au Gouvernement et au Parlement dans les dix-huit mois qui suivent la promulgation de la loi.

Il est demandé à cette instance d'apporter une expertise sur la question du secret médical et du secret professionnel appliqué dans le domaine de la santé.

Plus précisément, ce rapport devra évaluer l'effet des dispositions de la future loi relative au partage d'informations entre professionnels de santé et non-professionnels de santé sur le respect de la vie privée des patients, de leur dignité et du secret des informations les concernant.

Les non-professionnels de santé peuvent partager des informations sur les patients avec les professionnels de santé. Cela pose des questions d'éthique auxquelles il est nécessaire de répondre.

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

M. Alain Milon, corapporteur. C'est le premier rapport de la soirée...

M. Jean Desessard. Je suis pour les rapports le vendredi soir ! *(Rires.)*

M. Alain Milon, corapporteur. Avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n^o 841.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Chapitre VI

ANCRER L'HÔPITAL DANS SON TERRITOIRE

Article 26 A *(Supprimé)*

M. le président. L'amendement n^o 426 rectifié *quater*, présenté par M. Montaugé, Mme Ghali, M. Cornano, Mme Bataille, MM. Raoul et Antiste, Mmes Emery-Dumas et Féret et MM. Lalande et Cabanel, est ainsi libellé :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

L'agence régionale de santé veille à ce que l'accès aux soins, notamment dans les établissements de santé, soit garanti dans des délais raisonnables, quelles que soient les caractéristiques géographiques, climatiques et saisonnières du territoire.

L'agence régionale de santé veille également à ce que les interventions dispensées par les établissements de santé pourvus de services d'urgence soient assurées 24 heures sur 24 et tout au long de l'année par ces services sur leurs territoires de santé.

La parole est à M. Maurice Antiste.

M. Maurice Antiste. Cet amendement a pour objet de rétablir l'article 26, qui fixe les conditions dans lesquelles l'accès aux soins doit être mis en œuvre, et de garantir sur l'ensemble du territoire national une prise en charge d'urgence de qualité, quel que soit le moment de l'année.

Aujourd'hui, il arrive parfois que des réorganisations temporaires ne permettent pas de garantir aux populations des territoires de santé concernés une qualité d'accès et de prise en charge égale à celle constatée sur d'autres territoires correctement pourvus en organisations et en capacités d'intervention.

M. le président. Le sous-amendement n° 1218, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Amendement n° 426 rectifié *quater*, alinéa 3

Supprimer cet alinéa.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, ministre. L'amendement n° 426 rectifié *quater* répond à une préoccupation du Gouvernement, qui avait soutenu l'ajout d'une telle mission parmi les compétences des agences régionales de santé, à savoir s'assurer que les urgences fonctionnent toute l'année sans interruption. Néanmoins, il comporte également des dispositions relatives aux urgences qui ne relèvent pas du domaine législatif. Il renvoie en effet à des conditions techniques de fonctionnement déjà définies dans la partie réglementaire du code de la santé publique.

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

M. Alain Milon, corapporteur. L'amendement n° 426 rectifié *quater* tend à rétablir un article prévoyant que l'agence régionale de santé veille à ce que l'accès aux soins soit garanti dans des délais raisonnables et à ce que les interventions dispensées par les établissements de santé pourvus de services d'urgence soient assurées vingt-quatre heures sur vingt-quatre et tout au long de l'année.

La commission a émis un avis défavorable sur ces dispositions non codifiées et dont la rédaction est imprécise. En effet, les « interventions » auxquelles il est fait référence désignent-elles uniquement les urgences ou toutes les interventions hospitalières ?

La commission a considéré que l'article 26 A était satisfait par l'actuel article L. 1434-7 du code de la santé publique, qui dispose que « le schéma régional d'organisation des soins a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique ». Nous avons donc estimé que cet article était de nature déclaratoire et n'avait pas sa place dans une loi de santé.

La commission a également émis un avis défavorable sur le sous-amendement du Gouvernement, mais comme nous sommes minoritaires dans l'hémicycle ce soir...

M. le président. Je mets aux voix le sous-amendement n° 1218.

(Le sous-amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 426 rectifié *quater*, modifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, l'article 26 A est rétabli dans cette rédaction.

Article 26

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② A. – Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie est ainsi modifié :
 - ③ 1° L'article L. 6111-1 est ainsi modifié :
 - ④ a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :
 - ⑤ « Les établissements de santé, publics, privés d'intérêt collectif et privés assurent, dans les conditions prévues au présent code, en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé. » ;
 - ⑥ b) Le début du deuxième alinéa est ainsi rédigé : « Ils délivrent les soins, le cas échéant palliatifs, avec ou sans hébergement... (le reste sans changement). » ;
 - ⑦ c) À l'avant-dernier alinéa, le mot : « publique » est supprimé ;
 - ⑧ d) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
 - ⑨ « Ils peuvent participer à la formation, à l'enseignement universitaire et post-universitaire, à la recherche et à l'innovation en santé. Ils peuvent également participer au développement professionnel continu des professionnels de santé et du personnel paramédical. » ;
 - ⑩ 2° Après l'article L. 6111-1, sont insérés des articles L. 6111-1-1 à L. 6111-1-3 ainsi rédigés :
 - ⑪ « Art. L. 6111-1-1. – Dans le cadre de la mise en œuvre du projet régional de santé, les établissements de santé mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la mise en œuvre de leurs droits. À cet effet, ils concluent avec l'État des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.
 - ⑫ « Art. L. 6111-1-2. – Les établissements de santé peuvent, dans des conditions définies par voie réglementaire, dispenser des soins :
 - ⑬ « 1° Aux personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre I^{er} du livre II de la troisième partie du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale ;
 - ⑭ « 2° Aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier ;
 - ⑮ « 3° Aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté ;

- 16 « 4° Aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.
- 17 « Les établissements de santé qui dispensent ces soins assurent à toute personne concernée les garanties prévues au I de l'article L. 6112-2 du présent code.
- 18 « *Art. L. 6111-1-3.* – Tout patient pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins bénéficie des garanties prévues au I de l'article L. 6112-2. » ;
- 19 3° (*Supprimé*)
- 20 3° *bis (nouveau)* Après l'article L. 6112-1, sont insérés deux articles ainsi rédigés :
- 21 « *Art. L. 6112-1-1.* – Les établissements de santé privés peuvent être appelés à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public suivantes :
- 22 « 1° La permanence des soins ;
- 23 « 2° La prise en charge des soins palliatifs ;
- 24 « 3° L'enseignement universitaire et post-universitaire ;
- 25 « 4° La recherche ;
- 26 « 5° Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
- 27 « 6° La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;
- 28 « 7° Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
- 29 « 8° L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;
- 30 « 9° La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;
- 31 « 10° Les actions de santé publique ;
- 32 « 11° La prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre I^{er} du livre II de la troisième partie du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale ;
- 33 « 12° Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret ;
- 34 « 13° Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;
- 35 « 14° Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.
- 36 « *Art. L. 6112-1-2.* – L'établissement de santé privé chargé d'une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1-1 garantit à tout patient accueilli dans le cadre de ces missions :
- 37 « 1° L'égal accès à des soins de qualité ;
- 38 « 2° La permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé ;
- 39 « 3° La prise en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.
- 40 « Les garanties mentionnées aux 1° et 3° du présent article sont applicables à l'ensemble des prestations délivrées au patient dès lors qu'il est admis au titre de l'urgence ou qu'il est accueilli et pris en charge dans le cadre de l'une des missions mentionnées au premier alinéa, y compris en cas de réhospitalisation dans l'établissement ou pour les soins, en hospitalisation ou non, consécutifs à cette prise en charge.
- 41 « Les obligations qui incombent, en application du présent article, à un établissement de santé ou à l'une des structures mentionnées à l'article L. 6112-2 s'imposent également à chacun des praticiens qui y exercent et qui interviennent dans l'accomplissement d'une ou plusieurs des missions de service public. » ;
- 42 4° Après l'article L. 6111-6, il est inséré un article L. 6111-6-1 ainsi rédigé :
- 43 « *Art. L. 6111-6-1.* – L'État participe aux dépenses exposées par les établissements de santé au titre de leurs activités de formation des médecins, des odontologistes, des pharmaciens et des personnels paramédicaux, dans la limite des crédits ouverts chaque année par la loi de finances.
- 44 « Les dépenses des centres de réception et de régulation des appels sont financées par des contributions qui peuvent notamment provenir des régimes obligatoires d'assurance maladie, de l'État et des collectivités territoriales.
- 45 « L'État prend en charge les dépenses exposées par les établissements de santé dispensant des soins au titre du 4° de l'article L. 6111-1-2. » ;
- 46 B. – Le chapitre II du même titre I^{er} est ainsi rédigé :
- 47 « *CHAPITRE II*
- 48 « *Service public hospitalier*
- 49 « *Art. L. 6112-1.* – Le service public hospitalier exerce l'ensemble des missions dévolues aux établissements de santé par le chapitre I^{er} du présent titre ainsi que l'aide médicale urgente, dans le respect des principes d'égalité d'accès et de prise en charge, de continuité, d'adaptation et de neutralité et conformément aux obligations définies à l'article L. 6112-2.
- 50 « *Art. L. 6112-2.* – I. – Les établissements de santé assurant le service public hospitalier et les professionnels de santé qui exercent en leur sein garantissent à toute personne qui recourt à leurs services :
- 51 « 1° Un accueil adapté, notamment lorsque cette personne est en situation de handicap ou de précarité sociale, et un délai de prise en charge en rapport avec son état de santé ;
- 52 « 2° La permanence de l'accueil et de la prise en charge, notamment dans le cadre de la permanence des soins organisée par l'agence régionale de santé compétente dans les conditions prévues au présent code, ou, à

- défaut, la prise en charge par un autre établissement de santé ou par une autre structure en mesure de dispenser les soins nécessaires ;
- 53 « 3° L'égal accès à des activités de prévention et des soins de qualité ;
- 54 « 4° L'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.
- 55 « Le patient bénéficie de ces garanties, y compris lorsqu'il est transféré temporairement dans un autre établissement de santé ou dans une autre structure pour des actes médicaux.
- 56 « II. – Les établissements de santé assurant le service public hospitalier sont, en outre, tenus aux obligations suivantes :
- 57 « 1° Ils garantissent la participation des représentants des usagers du système de santé, avec voix consultative, dans les conditions définies à l'article L. 6161-1-1 ;
- 58 « 2° Ils transmettent annuellement à l'agence régionale de santé compétente leur compte d'exploitation.
- 59 « III. – Les établissements de santé mettent également en œuvre les actions suivantes :
- 60 « 1° (*Supprimé*)
- 61 « 2° Ils peuvent être désignés par le directeur de l'agence régionale de santé en cas de carence de l'offre de services de santé, constatée dans les conditions fixées à l'article L. 1434-12, ou dans le cadre du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1, pour développer des actions permettant de répondre aux besoins de santé de la population ;
- 62 « 3° Ils développent, à la demande de l'agence régionale de santé et, pour les établissements de santé privés, après avis des commissions et conférences médicales d'établissement, des actions de coopération avec d'autres établissements de santé, établissements médico-sociaux et établissements sociaux ainsi qu'avec les professionnels de santé libéraux, les centres de santé et les maisons de santé ;
- 63 « 4° Ils informent l'agence régionale de santé de tout projet de cessation ou de modification de leurs activités de soins susceptible de restreindre l'offre de services de santé et recherchent avec l'agence les évolutions et les coopérations possibles avec d'autres acteurs de santé pour répondre aux besoins de santé de la population couverts par ces activités ;
- 64 « 5° Ils développent des actions de santé visant à améliorer l'accès et la continuité des soins, ainsi que des actions liées à des risques spécifiques, dans les territoires de santé isolés des collectivités mentionnées à l'article 73 de la Constitution, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et à Saint-Pierre-et-Miquelon.
- 65 « Art. L. 6112-3. – Le service public hospitalier est assuré par :
- 66 « 1° Les établissements publics de santé ;
- 67 « 2° Les hôpitaux des armées ;
- 68 « 3° Les établissements de santé privés habilités à assurer le service public hospitalier et qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif en application de l'article L. 6161-5 ;
- 69 « 4° Les autres établissements de santé privés habilités, après avis favorable conforme de la conférence médicale d'établissement, à assurer le service public hospitalier.
- 70 « Les établissements de santé privés mentionnés aux 3° et 4° sont habilités, sur leur demande, par le directeur général de l'agence régionale de santé, s'ils s'engagent, dans le cadre de leurs négociations contractuelles mentionnées à l'article L. 6114-1, à exercer l'ensemble de leur activité dans les conditions énoncées à l'article L. 6112-2.
- 71 « En cas de fusion entre établissements de santé privés mentionnés aux 3° et 4° du présent article, l'habilitation est transférée de plein droit à l'établissement de santé privé nouvellement constitué.
- 72 « Lorsqu'un établissement de santé privé est habilité à assurer le service public hospitalier, son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens fait l'objet d'un avenant afin de préciser les engagements nouveaux pris par l'établissement pour respecter les obligations du service public hospitalier.
- 73 « Les établissements de santé qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif en application de l'article L. 6161-5, dans sa rédaction antérieure à la loi n° ... du ... relative à la santé, sont habilités, de plein droit, à assurer le service public hospitalier, sauf opposition de leur part. Cette habilitation donne lieu à la conclusion d'un avenant à leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens afin de préciser, si besoin, les engagements nouveaux pris par l'établissement pour respecter les obligations du service public hospitalier. Ces établissements relèvent du même régime que les établissements privés d'intérêt collectif mentionnés au 3° du présent article.
- 74 « Art. L. 6112-4. – I. – Lorsqu'il constate un manquement aux obligations prévues au présent chapitre par un établissement assurant le service public hospitalier, le directeur général de l'agence régionale de santé le notifie au représentant légal de l'établissement.
- 75 « L'établissement communique ses observations et les mesures correctrices apportées ou envisagées dans le cadre d'une procédure contradictoire, dont les modalités sont fixées par le décret en Conseil d'État mentionné à l'article L. 6112-5.
- 76 « II. – À l'issue de la procédure contradictoire, le directeur général de l'agence régionale de santé et, pour les hôpitaux des armées, les ministres chargés de la défense et de la santé peuvent prononcer :
- 77 « 1° Une pénalité financière, dont le montant ne peut excéder 5 % des produits reçus par l'établissement de santé des régimes obligatoires d'assurance maladie au cours de l'année précédente ;
- 78 « 2° Le retrait de l'habilitation accordée à l'établissement en application de l'article L. 6112-3.
- 79 « Ces sanctions sont proportionnées à la gravité des manquements constatés.
- 80 « Art. L. 6112-4-1. – Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux 3° et 4° de l'article L. 6112-3 qui sont autorisés à exercer une activité de soins prenant en charge des patients en situation d'urgence sont associés au service public hospitalier.

- 81 « Tout patient pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins dans ces établissements bénéficie, y compris pour les soins consécutifs et liés à cette prise en charge, des garanties prévues au I de l'article L. 6112-2 du présent code, notamment de l'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.
- 82 « L'établissement associé au service public hospitalier s'assure, par tout moyen, que les patients pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins sont informés de l'absence de facturation de dépassements des tarifs des honoraires.
- 83 « Lorsque ces obligations ne sont pas respectées, l'autorisation mentionnée au premier alinéa du présent article et l'association au service public hospitalier qui en découle peuvent être suspendues ou retirées, dans les conditions prévues à l'article L. 6122-13 du présent code.
- 84 « Un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens précise les conditions d'application du présent article et les modalités de coordination avec les autres établissements de santé du territoire.
- 85 « Pour l'application des règles régissant les autorisations mentionnées au chapitre II du titre II du livre 1^{er} de la sixième partie du présent code, il n'est pas tenu compte du fait que l'établissement assure le service public hospitalier défini à l'article L. 6112-2, qu'il est habilité dans les conditions définies à l'article L. 6112-3 ou qu'il est associé dans les conditions définies à l'article L. 6112-5. Les critères qui président à la délivrance des autorisations mentionnées à l'article L. 6122-2 sont précisées par décret en Conseil d'État.
- 86 « *Art. L. 6112-5.* – Les modalités d'application du présent chapitre, notamment les modalités de dépôt et d'examen des demandes d'habilitation des établissements de santé privés, sont déterminées par décret en Conseil d'État. » ;
- 87 C. – L'article L. 6161-5 est ainsi rédigé :
- 88 « *Art. L. 6161-5.* – Sont qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif les centres de lutte contre le cancer définis à l'article L. 6162-1 et les établissements de santé privés gérés par les personnes morales de droit privé mentionnées au 1° du II de l'article 1^{er} de la loi n° 2014-856 du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire remplissant les conditions et ayant obtenu l'habilitation mentionnées à l'article L. 6112-3 du présent code et qui poursuivent un but non lucratif.
- 89 « Un décret précise les règles particulières d'organisation et de fonctionnement attachées à cette qualification. »
- 90 I *bis.* – Au plus tard six mois à compter de la promulgation de la présente loi, les avenants au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévus aux articles L. 6112-3 et L. 6112-4-1 du code de la santé publique font l'objet d'une négociation entre le directeur de l'agence régionale de santé compétente et les établissements concernés.
- 91 II et III. – (*Supprimés*)
- 92 IV (*Non modifié*). – Les stipulations des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévus à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique et celles des contrats spécifiques conclus en application du neuvième alinéa de l'article L. 6112-2 du même code, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, en vertu desquelles des établissements de santé ou d'autres acteurs de santé contractants assurent ou contribuent à assurer, à la date de la publication de la présente loi, une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 dudit code, dans la même rédaction, et qui ont fixé, le cas échéant, les modalités de calcul de la compensation financière des obligations inhérentes à ces missions cessent de produire leurs effets dans les conditions suivantes :
- 93 1° À la date de promulgation de la présente loi pour les établissements publics de santé et les hôpitaux des armées et à la date de la conclusion de l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens tirant les conséquences de l'entrée en vigueur de l'article L. 6112-3 du même code, dans sa rédaction résultant de la présente loi, pour les établissements privés habilités de plein droit à assurer le service public hospitalier en application du même article ;
- 94 2° À l'échéance du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ou du contrat spécifique conclu en application du neuvième alinéa de l'article L. 6112-2 dudit code, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, pour tout établissement ne relevant pas du 1° du présent IV et pour tout autre acteur de santé ayant conclu un contrat spécifique mentionné précédemment ou, en cas d'habilitation de l'établissement à assurer le service public hospitalier en application de l'article L. 6112-3 du même code, dans sa rédaction résultant de la présente loi, à la date de la conclusion de l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens tirant les conséquences de son habilitation.
- M. le président.** La parole est à M. Maurice Antiste, sur l'article.
- M. Maurice Antiste.** J'avais déposé un amendement d'appel sur cet article afin d'appeler une nouvelle fois l'attention sur le maintien de certains services en Martinique et en Guyane.
- La dotation des MIGAC, les missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation, est prévue à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale. Cet article prévoit que cette dotation participe notamment à la mise en œuvre des orientations du schéma régional d'organisation des soins, à l'amélioration de la qualité des soins, à la réponse aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, au financement des missions de service public des établissements de santé telles que la permanence des soins, la prise en charge des soins palliatifs, l'enseignement universitaire et post-universitaire, la recherche et la formation, les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination, l'aide médicale urgente, la lutte contre l'exclusion sociale, les actions de santé publique, la prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques.
- Il semble que la neurochirurgie, la chirurgie cardiaque, la neuroradiologie interventionnelle, la réanimation polyvalente et néonatale, le service des grands brûlés puissent être considérés comme inclus dans ces missions, au titre de la permanence des soins ou des orientations du schéma régional des soins. L'article L. 6112-1 du code de la santé publique relatif aux missions de service public des établissements de santé

pourrait néanmoins être complété afin de mentionner que les domaines et services médicaux que je viens de mentionner relèvent de la permanence des soins, lorsque la taille du bassin de population est trop petite pour assurer un financement équilibré de ces services par la tarification à l'activité.

Tel est le sens de l'amendement d'appel que j'avais déposé sur cet article et ce sujet importants pour nous, parlementaires et citoyens ultramarins.

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny, sur l'article.

M. Yves Daudigny. L'article 26 est une disposition phare du projet de loi. Il signe le rétablissement du service public hospitalier que nous avons vu, en 2009, tronçonné par missions qui pouvaient être concédées à la carte. Reste qu'il ne s'agit pas ici de refaire l'histoire; je veux seulement souligner à l'intention de nos concitoyens que le projet de loi tend à rétablir un mot. Ce mot peut tout changer pour la personne contrainte de se rendre dans un établissement de santé.

Avant 2009, l'article L. 6112-2 du code de la santé publique prévoyait que ces établissements devaient être en mesure d'accueillir les patients ou d'assurer « leur admission » dans un autre établissement. La loi du 21 juillet 2009 dite « loi HPST » a substitué au terme « admission » celui « d'orientation », ce qui m'avait conduit à interroger la ministre de la santé de l'époque lors du débat qui s'était tenu en séance sur le bilan de la loi HPST, un an après. « Garantir l'admission », c'était clair: l'établissement qui ne pouvait ou ne souhaitait pas prendre en charge un patient avait l'obligation de s'assurer qu'il était effectivement pris en charge par un autre établissement. Mais que signifiait « garantir l'orientation »? Suffisait-il de tendre le bras et de dire: « c'est là-bas »? Ma question n'avait alors pas trouvé réponse.

Il est donc fort heureux que le projet de loi rétablisse sans ambiguïté aucune l'ancienne obligation de s'assurer de la prise en charge effective du patient par un autre établissement de santé lorsqu'il ne peut être accueilli dans celui où il se présente d'abord.

M. le président. La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

M. Alain Milon, corapporteur. Le service public hospitalier est pour nous une étiquette dont le seul contenu réel est l'obligation de pratiquer des tarifs opposables sur l'ensemble des activités de l'établissement. Pour autant, nous ne sommes pas opposés à la notion de service public hospitalier, que les établissements publics et les personnels hospitaliers considèrent comme une reconnaissance de la spécificité de leurs tâches.

Si nul ne songe à contester cette spécificité, les établissements privés et, parmi eux, les établissements privés à but lucratif, jouent néanmoins un rôle essentiel dans l'offre de soins aux patients sur nos territoires. Il n'y a d'ailleurs pas de raison d'opposer public et privé, qui fonctionnent le plus souvent en bonne intelligence au service des patients.

Tout en admettant le rétablissement du service public hospitalier et ses règles, qui excluent de fait les cliniques privées, nous avons jugé indispensable de rétablir un équilibre et de reconnaître la place des établissements privés. Nous avons donc maintenu la possibilité pour ces établissements privés d'exercer des missions de service public créées par la loi HPST, avec toutes les garanties qui

s'attachent actuellement pour les patients à l'exercice de ces missions, y compris les tarifs opposables. Le service public hospitalier recouvrira pour sa part les établissements publics et privés à but non lucratif. C'est pour nous une position d'équilibre.

M. le président. Les amendements identiques n° 246 rectifié *bis*, présenté par MM. Houpert, Cadic, Longuet, Saugey, de Raincourt et Mayet, Mme Deromedi, MM. Lefèvre, Joyandet, Charon et Guerriau et Mme Loisier, et n° 278, présenté par M. Barbier, ne sont pas soutenus.

Je suis saisi de douze amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 642, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé:

I. – Alinéa 9, seconde phrase

Après les mots:

des professionnels de santé

insérer les mots:

et à la formation initiale des sages-femmes

II. – Alinéas 20 à 41

Supprimer ces alinéas.

III. – Alinéa 60

Rétablir le 1° dans la rédaction suivante:

« 1° Ils peuvent être désignés par le directeur de l'agence régionale de santé pour participer aux communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-11. »;

IV. – Alinéa 85

Rédiger ainsi cet alinéa:

« Art. L. 6112-4-2 – Pour l'application des règles régissant les autorisations mentionnées au chapitre II du titre II du présent livre, il n'est pas tenu compte du fait que l'établissement assure le service public hospitalier défini à l'article L. 6112-2.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, ministre. La présentation de M. le président de la commission des affaires sociales est habile, mais, dans l'esprit du Gouvernement, le service public hospitalier, ce n'est pas simplement une étiquette: ce sont des engagements pris et des droits pour nos concitoyens. À cet égard, les dispositions de l'amendement n° 642, qui tend à rétablir la rédaction initiale du présent article, répondent à deux préoccupations.

Premièrement, la notion de service public hospitalier, déclinée à travers des garanties fondamentales, doit pouvoir être rétablie. Ces garanties fondamentales, c'est à la fois l'accessibilité financière, la permanence de l'accueil et l'égal accès aux soins. Ce ne sont pas de simples slogans mais des garanties concrètes.

Deuxièmement, l'ensemble des établissements de santé doivent être éligibles. Il ne faut pas les discriminer *a priori*. Le principe de l'adhésion ou de l'appartenance au service public hospitalier doit être étendu à tout établissement qui, indépendamment de son statut, répond aux garanties exigées.

Le Gouvernement souhaite que l'équilibre atteint initialement, lequel permet de lever des incompréhensions, soit rétabli à la faveur de cette discussion.

M. Jean Desessard. Bravo !

M. le président. L'amendement n° 472, présenté par Mme Génisson, M. Daudigny, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Campion et Claireaux, M. Durain, Mmes Emery-Dumas et Féret, MM. Godefroy, Jeansannetas et Labazée, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mmes Yonnet, D. Gillot et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 9, seconde phrase

Après les mots :

de santé

insérer les mots :

et à la formation initiale des sages-femmes

II. – Alinéas 20 à 41

Supprimer ces alinéas.

III. – Alinéa 85

Rédiger ainsi cet alinéa :

« *Art. L. 6112-4-2.* – Pour l'application des règles régissant les autorisations mentionnées au chapitre II du titre II du présent livre, il n'est pas tenu compte du fait que l'établissement assure le service public hospitalier défini à l'article L. 6112-2.

La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Étant donné l'exposé on ne peut plus clair que vient de faire Mme la ministre, je serai brève.

Lors de la discussion de la loi HPST, nous avons débattu très longuement de la dislocation, de la vente à la découpe du service public hospitalier. Je le rappelle, il s'agissait, avec ce texte de loi, de définir quatorze missions de service public hospitalier susceptibles d'être choisies, à leur bon gré, par les uns ou par les autres.

Au-delà de la définition du service public hospitalier, qu'a rappelée avec force Mme la ministre, je le dis très clairement à mon tour : tout établissement de santé est éligible au service public hospitalier. Aujourd'hui, c'est ce principe que nous devons affirmer vigoureusement. Ce dernier doit permettre d'éviter des polémiques stériles et s'appliquer dès lors que l'on veut réaliser ce service public hospitalier dans sa globalité.

Madame la ministre, je vous remercie de votre amendement, qui tend à rétablir le texte initial de cet article. Ce dernier est tout à fait fondamental pour l'organisation de notre système de santé.

M. le président. L'amendement n° 753, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Alinéas 20 à 41

Supprimer ces alinéas.

La parole est à Mme Brigitte Gonthier-Maurin.

Mme Brigitte Gonthier-Maurin. La commission des affaires sociales a rétabli la possibilité, pour les établissements privés, d'exercer des missions de service public.

Mes chers collègues, vous le savez, nous sommes opposés à la privatisation des missions de service public de santé et du service public hospitalier. Il s'agit là d'une dérive issue de la loi HPST, dont l'une des grandes innovations réside dans la division du service public de santé en treize missions de service public. Cette mesure ouvre la voie aux inégalités dans l'accès aux soins et permet aux établissements de santé lucratifs de choisir, parmi leurs missions, celles qu'ils jugeront les plus rentables.

C'est donc en toute logique que nous vous invitons à supprimer les alinéas 20 à 41 du présent article.

M. le président. L'amendement n° 49 rectifié, présenté par MM. Commeinhes, Charon et Calvet, Mme Deromedi, MM. Malhuret et Houel et Mme Mélot, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 48 rectifié, présenté par MM. Commeinhes, Charon et Calvet, Mme Deromedi, M. Malhuret, Mme Deseyne, M. Houel et Mme Mélot, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 260 rectifié, présenté par MM. Pointereau, Mayet, Commeinhes, Charon, Sauguey et B. Fournier, Mme Deromedi, M. Trillard, Mme Mélot et M. Houel, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 47 rectifié, présenté par MM. Commeinhes, Calvet et Charon, Mme Deromedi, MM. César, Malhuret, P. Leroy et Houel et Mme Mélot, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 682, présenté par M. Labazée, Mme Génisson, M. Lorgeoux et Mme Espagnac, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 64

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ... Ils peuvent participer aux groupements de coopération sanitaire prévus à l'article L. 434-12.

La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Il est défendu.

M. le président. L'amendement n° 755, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Alinéas 80 à 86

Supprimer ces alinéas.

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. La commission a adopté un amendement, déposé par M. Karoutchi, tendant à autoriser les établissements privés à exercer une activité de soins prenant en charge des patients en situation d'urgence et à associer ces structures au service public hospitalier. Jusqu'à présent, le code de la santé publique excluait cette possibilité pour les établissements privés et soumettait à autorisation les établissements qui devaient appartenir au service public hospitalier.

Ces alinéas représentent une dérive alarmante.

Alors que l'hôpital public fait face à de graves difficultés, en termes de moyens humains et financiers, au lieu de développer les dispositifs permettant d'accueillir correctement des patients en situation d'urgence, on préfère en quelque sorte sous-traiter aux établissements privés les déficits des urgences publiques.

Autant les établissements privés à but non lucratif participent à l'exercice d'une mission d'intérêt général, autant les établissements à but lucratif s'en éloignent : leur premier objectif est la recherche de la rentabilité financière en matière de santé.

M. le président. L'amendement n° 358 rectifié *bis*, présenté par MM. Chasseing, Béchu et Cadic, Mme Deromedi et MM. Fouché, Kennel, Laménie, D. Laurent, Lemoyne, Morisset, Mouiller, Nougein, Requier et Bouvard, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 52 rectifié, présenté par MM. Commeinhes, Charon, Calvet et Lemoyne, Mme Deromedi, MM. Malhuret et Houel et Mme Mélot, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 756, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 86

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« La délivrance ou le renouvellement de l'autorisation peuvent être subordonnés à la participation à une ou plusieurs des missions de service public prévues à l'article L. 6112-1, à l'engagement de mettre en œuvre des mesures de coopération de nature à favoriser une utilisation commune des moyens, le service public de la permanence de soins ou à la pratique de tarifs opposables. » ;

La parole est à Mme Brigitte Gonthier-Maurin.

Mme Brigitte Gonthier-Maurin. L'un des objectifs du projet de loi semble bien être de favoriser la permanence des soins sur tout point du territoire à la fois en quantité – je pense aux équipes pluridisciplinaires susceptibles d'intervenir – et en qualité.

Cette permanence des soins, justement mesurée par les agences régionales de santé, qui tiendraient compte de l'avis des professionnels et des acteurs de la société dans son ensemble, semble devoir correspondre aux exigences de santé publique.

Outre l'efficacité technique des modes de traitement des affections, le développement de la recherche ou l'accomplissement de missions de service public, ces exigences impliquent, à nos yeux, un enjeu essentiel : l'égal accès aux soins de tous les patients présents sur un territoire donné.

Or force est de le constater : la persistance de la pratique des dépassements d'honoraires, au-delà de la prise en charge des tarifs conventionnés par le système d'assurance maladie et les régimes complémentaires, est à l'évidence un frein à l'égalité de traitement des patients et des assurés sociaux. Elle constitue, de fait, un obstacle plus qu'un atout pour toute politique de santé publique digne de ce nom. En effet, elle éloigne les plus vulnérables, les plus modestes de nos concitoyens de l'accès à un service de santé de qualité. Il faut avoir à l'esprit toutes les conséquences qu'un tel choix peut avoir à moyen et long terme.

Vouloir que les conventions conclues sous les auspices des agences régionales de santé incluent la notion de tarif opposable est donc une simple mesure de bon sens, que je ne peux que vous encourager à valider en adoptant cet amendement, mes chers collègues.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur les amendements n° 642, 472, 753, 682, 755 et 756 ?

M. Alain Milon, corapporteur. Par l'amendement n° 642, le Gouvernement cherche à rétablir dans sa rédaction initiale l'article 26, que la commission a modifié.

La commission a émis un avis défavorable sur cet amendement, ainsi que sur les amendements n° 472 et 753, qui ont le même objet.

Les dispositions de l'amendement n° 682 comportent une erreur de référence. Au demeurant, la participation des établissements aux groupements de coopération sanitaire est déjà possible. Aussi, la commission demande le retrait de cet amendement. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

L'amendement n° 755 a reçu un avis défavorable.

À propos de l'amendement n° 756, je signale que les missions de service public sont déjà pratiquées à tarif opposable. Aller au-delà ne paraît pas conforme à la liberté des praticiens exerçant en clinique. En conséquence, la commission a également émis un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Bien entendu, le Gouvernement est favorable aux amendements n° 472 et 753.

En revanche, je demande à Mme Génisson de bien vouloir retirer l'amendement n° 682. M. le rapporteur l'a dit : le code de la santé publique indique déjà que les groupements de coopération sanitaire peuvent être constitués entre des établissements de santé, des établissements médico-sociaux et des professionnels libéraux. Préciser que les établissements du service public hospitalier peuvent participer à ces groupements laisserait à penser, en creux, que tel n'est pas le cas pour des établissements ne participant pas au service public hospitalier.

Sur l'amendement n° 755, le Gouvernement émet un avis défavorable. Il s'agit de reconnaître aux établissements privés exerçant une activité d'urgence un statut d'association au service public hospitalier, dès lors que les obligations du service public hospitalier s'imposent à tous. Je rappelle que, en vertu du droit existant, il n'y a pas de lien entre le régime des autorisations et l'appartenance éventuelle au service public hospitalier.

Quant à l'amendement n° 756, il appelle également, de la part du Gouvernement, un avis défavorable. Je le répète : l'objectif n'est pas d'établir un lien entre le droit, les autorisations et les missions de service public.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 642.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant de la commission.

Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(*Le scrutin a lieu.*)

M. le président. Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(*Il est procédé au dépouillement du scrutin.*)

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 259 :

Nombre de votants	343
Nombre de suffrages exprimés	324
Pour l'adoption	136
Contre	188

Le Sénat n'a pas adopté.

Je mets aux voix l'amendement n° 472.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant de la commission.

Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable et que celui du Gouvernement est favorable.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

M. le président. Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(Il est procédé au dépouillement du scrutin.)

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 260 :

Nombre de votants	343
Nombre de suffrages exprimés	343
Pour l'adoption	155
Contre	188

Le Sénat n'a pas adopté.

Je mets aux voix l'amendement n° 753.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant de la commission.

Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable et que celui du Gouvernement est favorable.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

M. le président. Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(Il est procédé au dépouillement du scrutin.)

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 261 :

Nombre de votants	343
Nombre de suffrages exprimés	343
Pour l'adoption	155
Contre	188

Le Sénat n'a pas adopté.

Madame Génisson, l'amendement n° 682 est-il maintenu ?

Mme Catherine Génisson. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 682 est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 755.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 756.

(L'amendement n'est pas adopté.)

7

MISE AU POINT AU SUJET D'UN VOTE

M. le président. La parole est à M. Jean-Marie Vanlerenberghe.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. Lors du scrutin n° 257, M. Pozzo di Borgo a été comptabilisé comme n'ayant pas pris part au vote, alors qu'il souhaitait voter contre.

M. le président. Acte vous est donné de cette mise au point, mon cher collègue. Elle sera publiée au *Journal officiel* et figurera dans l'analyse politique du scrutin.

8

MODERNISATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

Suite de la discussion en procédure accélérée d'un projet de loi dans le texte de la commission

M. le président. Nous reprenons la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé.

Dans la discussion des articles, nous poursuivons l'examen des amendements déposés à l'article 26.

Article 26 (suite)

M. le président. L'amendement n° 259 rectifié, présenté par MM. Pointereau, Mouiller, Mayet, Commeinhes, Charon, Saugey et B. Fournier, Mme Deromedi, M. Trillard, Mme Mélot et M. Houel, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 829 rectifié *bis*, présenté par MM. Patient, Antiste, Cornano, Karam, S. Larcher et J. Gillot, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 9

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Dans les départements et régions d'outre-mer, ils peuvent coopérer en raison de l'éloignement et l'isolement des acteurs de santé et de l'adaptation des outils de coopération sanitaire à leurs spécificités. » ;

La parole est à M. Maurice Antiste.

M. Maurice Antiste. Cet amendement vise à renforcer la coopération entre les différents acteurs de santé dans les départements et régions d'outre-mer, en raison de leurs spécificités qui nécessitent des adaptations.

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

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales, corapporteur. Cet amendement paraît satisfait par la création des groupements hospitaliers de territoire. La commission en demande donc le retrait.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Cet amendement est effectivement satisfait par la création des groupements hospitaliers de territoire et l'existence des groupements de coopération sanitaire. J'en demande également le retrait.

M. le président. Monsieur Antiste, l'amendement n° 829 rectifié *bis* est-il maintenu ?

M. Maurice Antiste. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 829 rectifié *bis* est retiré.

Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 919, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

Alinéa 11

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Art. L. 6111-1-1. – Dans le cadre de la mise en œuvre du projet régional de santé, les établissements de santé mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter, par un accompagnement soignant et social, leur accès au système de santé, aux réseaux institutionnels ou associatifs d'accueil et d'accompagnement social, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la mise en œuvre de leurs droits. À cet effet, ils concluent avec l'État des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes et notamment à celles qui ne bénéficient pas d'une couverture médicale.

La parole est à M. Jean Desessard.

M. Jean Desessard. Créées au sein des établissements de santé, les permanences d'accès aux soins de santé, ou PASS, sont des dispositifs essentiels pour l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Elles sont indispensables pour rendre effectifs les objectifs prioritaires du projet de loi de réduire les inégalités sociales et territoriales en matière de santé et offrent un accès aux soins et un accompagnement social aux patients les plus démunis, notamment ceux qui ne bénéficient pas d'une couverture sociale, dans la perspective d'un retour à l'offre de soins de droit commun.

Pour les établissements de santé, les permanences d'accès aux soins de santé contribuent également à organiser en interne le repérage de ces patients et à assurer un accompagnement en matière de santé construit dans le cadre d'un partenariat élargi avec les acteurs des secteurs de la santé, du social et du médico-social.

Or on constate aujourd'hui des disparités dans la mise en œuvre de ces permanences de soins sur les territoires. Certaines d'entre elles n'accueillent que des personnes ayant des droits ouverts, et l'accès sans frais aux consultations de médecine générale, aux médicaments, aux actes techniques – analyses biologiques, examens radiologiques – ainsi qu'aux services d'interprétariat n'est pas toujours possible.

Conformément aux objectifs défendus dans le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, cet amendement vise à garantir un maillage territorial de qualité et de proximité grâce à une définition plus complète de ces permanences assurant l'accès aux soins pour tous ainsi qu'à l'inscription de la PASS dans un partenariat institutionnel et associatif élargi.

M. le président. L'amendement n° 353 rectifié *bis*, présenté par MM. Chasseing, Béchu et Cadic, Mme Deromedi et MM. Fouché, B. Fournier, Kennel, Laménié, Lemoyne, Mayet, Médevielle, Morisset, Mouiller, Nougéin, Requier et Bouvard, n'est pas soutenu.

Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 919 ?

M. Alain Milon, corapporteur. Cet amendement a été rejeté une première fois, en juillet dernier, par la commission. La motivation de la commission est toujours la même : nous estimons que cet amendement est satisfait par l'article L. 6112-6 du code de la santé publique. En conséquence, je vous demande, mon cher collègue, de bien vouloir le retirer ; à défaut, la commission émettra un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

M. le président. Monsieur Desessard, l'amendement n° 919 est-il maintenu ?

M. Jean Desessard. Oui, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 919.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Les amendements identiques n° 159, présenté par M. Barbier, n° 427, présenté par M. Vasselle, et n° 557 rectifié, présenté par MM. Chasseing et Cadic, Mme Deromedi et MM. Fouché, Kennel, Laménié, Mayet, Médevielle, Morisset et Nougéin, ne sont pas soutenus.

L'amendement n° 1175, présenté par M. Vasselle, n'est pas soutenu.

Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 50 rectifié est présenté par MM. Commeinhes, Charon et Calvet, Mme Deromedi, MM. Malhuret, Chasseing, Grand et Houel et Mme Mélot.

L'amendement n° 160 rectifié est présenté par MM. Barbier, Mézard, Arnell, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin, Requier et Vall.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 55

Supprimer cet alinéa.

L'amendement n° 50 rectifié n'est pas soutenu.

La parole est à M. Guillaume Arnell, pour présenter l'amendement n° 160 rectifié.

M. Guillaume Arnell. L'alinéa 55 de l'article 26 rend opposables les garanties du service public hospitalier à des établissements de santé qui n'y participent pas nécessairement. Aussi, nous proposons de le supprimer.

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

M. Alain Milon, corapporteur. La commission a déjà rejeté cet amendement, estimant qu'il faut garantir aux patients une prévisibilité suffisante pour ce qui concerne les frais auxquels ils s'exposent.

En conséquence, je vous demande, mon cher collègue, de bien vouloir retirer votre amendement ; à défaut, la commission émettra un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

M. le président. Monsieur Arnell, l'amendement n° 160 rectifié est-il maintenu ?

M. Guillaume Arnell. Je connais le sort qui va lui être réservé... Aussi, je le retire.

M. le président. L'amendement n° 160 rectifié est retiré.

L'amendement n° 46 rectifié, présenté par MM. Comminhes, Charon et Calvet, Mme Deromedi et MM. D. Robert, P. Leroy, Malhuret et César, n'est pas soutenu.

Je mets aux voix l'article 26.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant de la commission.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

M. le président. Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(Il est procédé au dépouillement du scrutin.)

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 262 :

Nombre de votants	343
Nombre de suffrages exprimés	343
Pour l'adoption	187
Contre	156

Le Sénat a adopté.

Articles additionnels après l'article 26

M. le président. L'amendement n° 1000, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 26

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la seconde phrase du premier alinéa du II, après le mot : « logiciels », sont insérés les mots : « apportent une aide à la conciliation médicamenteuse des patients ambulatoires ou hospitalisés à leur entrée et sortie de l'hôpital, à partir de l'exploitation des données de l'historique des remboursements du patient et de son dossier pharmaceutique (le patient ou son entourage, confirmant la prise effective des médicaments remboursés ou délivrés), » ;

2° À la seconde phrase du premier alinéa du III, après le mot : « logiciels », sont insérés les mots : « permettent aux pharmaciens d'accéder aux mêmes fonctionnalités que les médecins en matière d'aide à la conciliation médicamenteuse, ».

La parole est à M. Jean Desessard.

M. Jean Desessard. Cet amendement vise à introduire comme exigence attendue de la certification des logiciels d'aide à la prescription et d'aide à la dispensation, dont est chargée la Haute Autorité de santé, un module d'aide à la « conciliation médicamenteuse » qui s'appuierait sur la prise en compte des données de l'historique des remboursements et du dossier pharmaceutique, par le biais du serveur du Conseil national de l'ordre des pharmaciens.

En effet, la conciliation médicamenteuse, l'une des cinq priorités définies par l'Organisation mondiale de la santé lors des transitions de soins, consiste, avant de prescrire un ou plusieurs médicaments à un patient, à identifier son traitement complet et, le cas échéant, à préciser pour chaque ligne, son maintien, sa suspension – par exemple pendant une intervention –, son arrêt ou sa substitution.

À l'entrée du malade, la conciliation médicamenteuse constitue la première étape du « circuit du médicament » à l'hôpital, indissociable de la prescription d'entrée. Toute divergence, en particulier non intentionnelle, peut s'avérer préjudiciable à la sécurité du patient, notamment l'omission d'un traitement vital, la re-prescription d'un mauvais dosage ou d'une mauvaise substitution. La prescription d'un médicament incompatible avec un autre médicament qui aurait déjà été pris par le patient, sans que le médecin le sache, faute d'avoir pu effectuer la conciliation médicamenteuse, peut aussi avoir des conséquences dramatiques.

La prescription de sortie du patient de l'hôpital doit également réintroduire si possible, s'ils sont encore pertinents, les médicaments personnels que prenait le patient à son entrée si ceux-ci ont été suspendus parce qu'ils étaient absents du livret thérapeutique de l'établissement.

Paradoxalement, il est à noter qu'un certain nombre de logiciels certifiés en ville ont déjà cette fonctionnalité, mais aucun ne l'a à l'hôpital. C'est pourquoi nous avons déposé cet amendement.

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

M. Alain Milon, corapporteur. La Haute Autorité de santé assure déjà la certification des logiciels et prend toutes les mesures nécessaires pour que ceux-ci soient une aide efficace à la prescription.

En conséquence, la commission vous demande, mon cher collègue, de bien vouloir retirer votre amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

M. le président. Monsieur Desessard, l'amendement n° 1000 est-il maintenu ?

M. Jean Desessard. Oui, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1000.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1001, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 26

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le III de l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale, il est inséré un paragraphe ainsi rédigé :

« ... – La Haute Autorité de santé établit la procédure de certification des logiciels d'aide à la préparation des doses à administrer ayant respecté un ensemble de règles de bonne pratique. Ces logiciels apportent une aide infirmière au calcul des doses, débits, volumes, vitesses de perfusion pour la préparation des doses à administrer, en particulier pour les formes injectables et buvables, à leur étiquetage complet et conforme à la réglementation avec impression des étiquettes dans la salle de soins ou sur le chariot de distribution des médicaments, et permettent également de tracer les opérations réalisées par l'infirmière pour préparer les doses. »

La parole est à M. Jean Desessard.

M. Jean Desessard. Cet amendement vise à élargir le périmètre de la certification et les exigences attendues pour les logiciels hospitaliers d'aide à la prescription et à la dispensation aux étapes infirmières de préparation des doses à administrer, d'étiquetage de ces doses et de traçabilité des tâches effectuées par l'infirmière. Cette dernière est sans aucun doute le professionnel de santé actuellement le plus démuné de tout support logiciel dans l'exécution de ses tâches, qui présentent un haut risque d'erreur.

La HAS, probablement en partenariat avec l'ANSM, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, pour ce qui concerne l'étiquetage, serait parfaitement habilitée à définir le référentiel susceptible d'améliorer la qualité et la sécurité des pratiques infirmières dans ce domaine à risque élevé, je le répète, pour la sécurité des patients.

Aujourd'hui, faute d'exigences formalisées en la matière, les logiciels qui couvrent la prise en charge médicamenteuse du patient ne gèrent pas ces étapes, alors qu'elles sont pourtant cruciales en matière de sécurité des soins. Le plus souvent, l'infirmière colle sur la poche une étiquette imprimée lors de l'admission du patient et se contente d'inscrire au marqueur, de manière pas toujours très lisible, le nom du médicament ajouté dans la poche, parfois en abréviation, et toujours de manière très incomplète.

Les logiciels n'apportent aujourd'hui aucune aide concrète et systématique au calcul des doses, des volumes, des débits et des vitesses de perfusion.

C'est non pas la compétence du personnel infirmier qui est ici remise en question, mais plutôt l'injonction contradictoire permanente face à laquelle les infirmières sont placées. En effet, il est évident que seule l'impression d'une étiquette complète, réalisée dans la salle de soins ou sur le chariot de distribution des médicaments à partir du logiciel « prescription-administration », permettrait d'offrir à l'infirmier un

support à la préparation des « gouttes buvables » et d'identifier à la fois le patient et le ou les médicaments présents dans le gobelet, à la dose prescrite jusqu'au moment de l'administration.

Sans un tel dispositif, l'arrêté du 6 avril 2011 reste totalement inapplicable. Les logiciels n'apportent aucune aide face aux risques d'incompatibilités physico-chimiques entre les principes actifs ajoutés dans le gobelet ; il peut y avoir jusqu'à cinq principes actifs mélangés dans un même gobelet.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Cet amendement semble poser des problèmes de faisabilité. Aussi, la commission aimerait connaître l'avis du Gouvernement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis défavorable.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson, pour explication de vote.

Mme Catherine Génisson. Cet amendement est certes très intéressant, mais la mise en place de la mesure prévue rendra plus administratif encore le travail de l'infirmière. L'énoncé de cet amendement ne doit pas laisser à penser que les infirmières ne font pas correctement leur travail : elles ont beaucoup de conscience professionnelle et d'expérience.

Il serait plus utile que l'infirmière discute pendant cinq minutes avec le patient plutôt que de consacrer ce temps à écrire trois pages de consignes, alors qu'elle maîtrise parfaitement le sujet. Au-delà de la question de la nature – réglementaire ou législative – de la mesure proposée, je suis opposée à cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1001.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1002, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 26

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le III de l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale, il est inséré un paragraphe ainsi rédigé :

« ... – La Haute Autorité de santé établit la procédure de certification des logiciels d'aide à l'administration des médicaments. Celle-ci requiert la mise en œuvre d'un circuit du médicament informatisé en boucle fermée qui permet, en combinant la prescription électronique et l'administration des médicaments assistée par la lecture code-barres de chaque dose à administrer réalisée au chevet des malades ou résidents, de s'assurer de la conformité à la prescription des médicaments prêts à être administrés : « Le bon médicament, au bon malade, à la bonne dose, par la bonne voie, au bon moment ». »

La parole est à M. Jean Desessard.

M. Jean Desessard. Cet amendement reprend le même dispositif que l'amendement précédent.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1002.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 53 rectifié, présenté par MM. Commeinhes, Charon, Calvet et Lemoyne, Mmes Deromedi et Mélot et M. Houel, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 932, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 26

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois après la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'accès aux urgences en milieu rural portant notamment sur la formation initiale et sur la formation continue des médecins dans le domaine des urgences ainsi que sur la mise en réseau des services d'urgences, des services de sapeurs-pompiers et des médecins libéraux pour mieux répondre aux besoins.

La parole est à M. Jean Desessard.

M. Jean Desessard. Il est défendu.

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

M. Alain Milon, corapporteur. M. Desessard en est à son deuxième rapport du vendredi soir... *(Sourires.)*

Avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 932.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 999, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 26

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport analysant les possibilités et les conditions de mise en place dans les hôpitaux d'une administration assistée des médicaments par lecture à code-barres au lit du malade, et l'aide logicielle à la préparation des doses à administrer.

La parole est à M. Jean Desessard.

M. Jean Desessard. Déployée par 80 % des hôpitaux nord-américains, l'administration des médicaments assistée par lecture à code-barres au lit du malade permet d'intercepter des erreurs d'administration et de renforcer la traçabilité des médicaments administrés. Plus précisément, les « 5B » de l'administration médicamenteuse, c'est-à-dire le bon médicament, au bon malade, à la bonne dose, par la bonne voie et au bon moment, sont vérifiés au lit du malade par lecture code-barres des doses unitaires de médicaments et du bracelet d'identification du patient. En France, les conditions ne sont toujours pas réunies pour débiter le déploiement de cette technique ; il conviendrait d'en identifier les raisons.

Par ailleurs, l'infirmière est l'un des professionnels de santé pour lesquels le support logiciel est le moins développé, qu'il s'agisse du calcul des doses ou de l'étiquetage des préparations à haut risque d'erreur.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Je constate qu'il s'agit du troisième rapport en moins de dix minutes... *(Sourires.)*

L'avis de la commission est défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 999.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 26 bis A

- ① I. – Le titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est complété par un chapitre VII ainsi rédigé :

« CHAPITRE VII

« Maisons d'accueil hospitalières

- ④ « Art. L. 6327-1. – Les maisons d'accueil hospitalières respectent un cahier des charges national élaboré après concertation avec les organisations représentatives, fixé par un arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de la santé. Le cahier des charges précise les conditions dans lesquelles les maisons d'accueil hospitalières peuvent établir des conventions avec les établissements de santé.

- ⑤ « Les organismes gestionnaires des maisons d'accueil hospitalières adressent ces conventions au directeur général de l'agence régionale de santé.

- ⑥ « Le directeur général de l'agence régionale de santé tient à jour un répertoire régional des maisons d'accueil hospitalières pour la mise en œuvre du service public d'information en santé mentionné à l'article L. 1111-1-1. »

- ⑦ II *(Non modifié)*. – Les maisons d'accueil hospitalières en activité à la date de la promulgation de la présente loi se déclarent au directeur général de l'agence régionale de santé dans un délai de trois mois à compter de la même date. Elles se mettent en conformité avec le cahier des charges national dans un délai d'un an à compter de la publication de l'arrêté prévu au premier alinéa de l'article L. 2371-1 du code de la santé publique.

M. le président. L'amendement n° 1210, présenté par M. Milon et Mmes Deroche et Doineau, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 1

Remplacer le chiffre :

VII

par le chiffre :

VIII

II. – Alinéa 2

Remplacer le chiffre :

VII

par le chiffre :

VIII

III. – Alinéa 4

Remplacer la référence :

L. 6327-1

par la référence :

L. 6328-1

IV. – Alinéa 7

Remplacer la référence :

L. 2371-1

par la référence :

L. 6328-1

La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

M. Alain Milon, corapporteur. Il s'agit d'un amendement de coordination de références.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1210.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 26 bis A, modifié.

(L'article 26 bis A est adopté.)

Article 26 bis B **(Supprimé)**

M. le président. Je suis saisi de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

Les deux premiers sont identiques.

L'amendement n° 617 est présenté par M. Daudigny, Mme Bataille, M. Cazeau, Mmes Emery-Dumas et D. Gillot, M. Labazée, Mme Lienemann, MM. Manable, F. Marc, Marie et Masseret et Mmes Schillinger et Yonnet.

L'amendement n° 1106 est présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

À la troisième phrase du premier alinéa de l'article L. 6143-2 du code de la santé publique, après les mots : « qu'un », sont insérés les mots : « projet d'organisation de la prise en charge psychologique et un ».

La parole est à M. Yves Daudigny, pour présenter l'amendement n° 617.

M. Yves Daudigny. Le projet d'établissement de l'hôpital constitue, aux termes de l'article L. 6143-2 du code de la santé publique, la politique générale de l'établissement ; il est établi sur la base du projet médical et comporte un projet de prise en charge des patients, ainsi qu'un projet social.

L'Assemblée nationale a jugé qu'il était de l'intérêt des patients et du personnel médical que ce projet d'établissement comporte également un volet relatif à la prise en charge psychologique. Elle a complété en ce sens l'article précité, avec l'avis favorable de son rapporteur et du Gouvernement. Notre commission a supprimé cette disposition, pour des raisons que, je l'avoue, j'ai mal comprises – sans doute mon cerveau n'a-t-il pas bien fonctionné, car les explications étaient sûrement très claires.

Je les ai d'autant moins comprises que la commission avait auparavant estimé que « la dimension psychologique des prises en charge hospitalières est importante ». Pourquoi,

dans ce cas, vouloir cantonner ces prises en charge aux soins ? Cette conception me paraît tout à fait contradictoire avec l'approche globale de la personne hospitalisée qu'il s'agit de promouvoir : une approche qui, justement, ne se cantonne pas au seul aspect somatique. *Quid*, en effet, si l'on suit ce raisonnement, du projet social d'ores et déjà prévu dans le projet d'établissement ?

Cette démarche transversale nous paraît justifier l'intervention des professionnels compétents en matière psychologique. Ainsi, chaque hôpital aura la possibilité d'adapter et de coordonner ses projets, en fonction des disciplines médicales qui lui sont propres et des besoins spécifiques des patients qu'il accueille.

M. le président. La parole est à M. Jean Desessard, pour présenter l'amendement n° 1106.

M. Jean Desessard. Cet amendement est identique à celui que vient excellemment de défendre M. Daudigny.

M. le président. L'amendement n° 757, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

À la troisième phrase du premier alinéa de l'article L. 6143-2 du code de la santé publique, après les mots : « qu'un », sont insérés les mots : « projet psychologique et un ».

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. L'argumentation de M. Daudigny, dont l'amendement est très voisin du nôtre, était en effet excellente ; permettez-moi néanmoins de vous exposer celle de mon groupe.

Il s'agit de rétablir un article que la commission des affaires sociales a quelque peu hâtivement supprimé. À la vérité, on pourrait se demander quelle mouche a piqué nos collègues pour qu'ils retirent du projet de loi une disposition importante touchant au projet psychologique des établissements.

Il convient que la dimension psychologique de l'activité hospitalière soit partie intégrante de la démarche de soins, quand bien même cette dimension dépasse à bien des égards les seules personnes en traitement. Faut-il rappeler l'importance du projet psychologique d'un établissement ? Ce projet n'est pas l'appendice de l'activité médicale en direction des patients : il peut recouvrir également la relation entretenue avec les familles des patients et l'interaction entre traitants et traités, sans oublier le questionnement des professionnels hospitaliers eux-mêmes dans l'accomplissement de leurs missions.

Sans doute, les psychologues cliniciens, c'est-à-dire celles et ceux qui disposent d'une expérience importante du milieu hospitalier, souffrent d'un statut imparfait, voire d'une absence de statut, ce à quoi il est temps de remédier ; mais ce n'est pas une raison pour ne pas rétablir l'article 26 bis B du projet de loi. Il faut absolument avoir à l'esprit que l'intervention de ces professionnels est essentielle et travailler à les intégrer durablement dans les équipes hospitalières avec un statut digne de ce nom.

En 2015, mes chers collègues, il importe de mesurer que la qualité des soins, que nous devons préserver, découle d'une approche globale, qui n'est pas seulement curative et préventive, mais s'attache aussi à l'ensemble des données psycholo-

giques ; cette approche repose sur des collaborations diverses entre équipes, au sein desquelles les psychologues ont un rôle important à jouer.

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

M. Alain Milon, corapporteur. La commission a supprimé le projet psychologique de l'hôpital pour deux raisons.

Premièrement, elle estime que les soins psychologiques font partie du projet de soins et qu'il n'y a pas lieu de leur faire un sort à part. Pour notre part, nous envisageons la médecine d'une manière globale : on soigne un malade dans toutes ses dimensions. Aussi le projet psychologique ne doit-il pas être séparé du projet médical, mais en faire partie intégrante.

Deuxièmement, la commission a considéré que, en l'absence de statut des psychologues dans le code de la santé publique, on voit mal qui élaborerait un tel projet.

Monsieur Daudigny, je ne suis pas du tout d'accord avec vous. Un projet de soins n'est pas purement somatique : le malade doit être appréhendé dans sa globalité, à la fois soigné pour ses maladies et rééquilibré sur le plan psychologique. De mon point de vue, si le projet psychologique de l'hôpital est séparé du projet médical de soins, c'est que les psychologues ne font pas partie de la médecine ; tel serait le corollaire de l'adoption de ces amendements. Or les psychologues hospitaliers œuvrent tout autant à la guérison d'un patient que les cardiologues, si ce dernier est en cardiologie, ou les cancérologues, s'il est en cancérologie – un secteur dans lequel la dimension psychologique est spécialement importante.

Si l'on veut instaurer un projet psychologique séparé du projet de soins, que l'on instaure aussi un projet dermatologique, un projet pédiatrique, un projet de chirurgie osseuse et un projet de chirurgie digestive. Moyennant quoi, on ne fera plus de la médecine, mais des spécialités médicales !

Je puis me tromper, mais je considère vraiment qu'un projet psychologique séparé n'a pas de sens. Dans un hôpital, un projet médical doit être global, et la psychologie doit naturellement y être incluse ; nous n'avons jamais dit que la psychologie et la psychiatrie n'existaient pas.

Nous parlerons tout à l'heure des groupements hospitaliers de territoire de psychiatrie. Si l'on place la psychiatrie à part de la médecine, comme on l'a fait pendant des années, il se produit que, dans les services de psychiatrie, les malades meurent beaucoup plus jeunes qu'ailleurs, faute de recevoir des soins somatiques.

Mes chers collègues, promouvons une médecine globale en réunissant l'ensemble des spécialités dans un programme médical unique, qui traite des soins destinés à toutes les parties du corps, y compris le cerveau !

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Pour ma part, j'émet un avis favorable sur ces amendements.

J'entends bien qu'il existe un projet médical global ; mais il se trouve que les psychologues ne sont pas des professionnels médicaux, ce dont il faut tenir compte.

Par ailleurs, je rappelle que, jusqu'à l'adoption de la loi HPST, la psychologie était spécifiquement identifiée comme contribuant au projet de l'hôpital. La suppression de cette mention en 2009 a abouti à un déclassement de fait de la reconnaissance accordée à ces professionnels et à l'accompagnement qu'ils assurent.

C'est pourquoi il me paraît nécessaire que le projet d'établissement comporte un projet d'organisation de la prise en charge psychologique, qui garantira la prise en compte de la dimension psychologique des patients.

M. le président. La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

M. Alain Milon, corapporteur. Il est vrai que les psychologues ne sont pas des professionnels médicaux, mais prévoir un projet psychologique séparé du projet global ne fait qu'accuser cette situation en marquant qu'ils sont à côté du reste de la médecine. C'est encore pire !

La médecine, à nos yeux, est un tout. La psychologie n'est certes pas encore une profession médicale, mais d'autres professionnels exercent à côté des médecins sans être des professionnels médicaux : professionnels paramédicaux, ils font d'une certaine manière partie du projet.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson, pour explication de vote.

Mme Catherine Génisson. En ce qui me concerne, j'avoue que la formule « projet psychologique de l'hôpital » m'interpelle.

Il est bien évident que la dimension psychologique de la prise en charge des malades est importante. En outre, la dimension psychologique concerne à la fois les relations entre les soignants et les patients, celles entre les soignants et celles entre l'administration, les soignants et les patients. Je voterai donc les deux amendements identiques.

J'ajoute que la psychologie à l'hôpital ne relève pas uniquement des psychologues, même s'ils ont évidemment un rôle spécifique à jouer ; elle relève de l'ensemble de la communauté soignante de l'hôpital.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. Notre intention n'est pas de mettre à part la dimension psychologique, mais de souligner son importance et son caractère global : elle intègre, entre autres relations, celles des soignants avec les soignés et celles entretenues avec les familles. Quant aux professions paramédicales dont M. le rapporteur a parlé, elles participent au projet médical global.

Au moment où les aspects psychologiques font l'objet de réflexions intenses, ne pas faire mention de cette dimension dans le projet de loi de modernisation de notre système de santé serait un recul. Nous voulons redonner ses lettres de noblesse au projet mis en œuvre en milieu hospitalier, qui doit prendre en compte toutes les dimensions. Mes chers collègues, on a trop tendance à juger le projet hospitalier froid et à trouver qu'il dénie la nécessité de prendre compte la souffrance pour que nous n'insistions pas aujourd'hui sur la dimension psychologique.

M. le président. La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

M. Jean Desessard. Ma prise de parole sera très brève en raison de l'excellente intervention de Laurence Cohen. (*M. le rapporteur fait un signe dubitatif.*) Oui, monsieur le rapporteur, notre collègue a très bien expliqué que la reconnaissance des psychologues était nécessaire ! À côté d'un projet médical d'établissement, un projet psychologique est une bonne chose. Il s'agit de deux notions complémentaires bien sûr, mais toutes deux ont besoin d'être reconnues.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 617 et 1106.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. En conséquence, l'article 26 *bis* B est rétabli dans cette rédaction, et l'amendement n^o 757 n'a plus d'objet.

Article 26 bis C
(Non modifié)

- ① L'article L. 6147-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Le droit de priorité mentionné à l'article L. 240-1 du code de l'urbanisme s'applique, s'agissant des établissements publics de santé, à l'Assistance publique - hôpitaux de Paris. »

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, sur l'article.

Mme Laurence Cohen. Cet article permet d'appliquer le droit de priorité en matière d'urbanisme à l'AP-HP, l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris.

Face à la pression foncière dans la capitale, il est nécessaire de renforcer les moyens dont dispose l'AP-HP pour construire de nouveaux services de santé. En intégrant l'AP-HP dans la liste des établissements publics soumis au droit de priorité des communes, nous pouvons espérer que les constructions s'achèvent plus rapidement.

Cela étant, des agents de l'AP-HP nous ont informés du fait qu'ils bénéficiaient jusqu'à présent de logements sur le contingent de l'AP-HP durant leurs fonctions et qu'ils pouvaient y demeurer en tant que locataires une fois à la retraite. Or ils ont donné l'alerte, car le Gouvernement a annoncé son intention de modifier les baux des agents retraités en leur ajoutant une clause de fonction, ce qui pourrait signifier l'exclusion des agents retraités de leurs logements, alors même que leurs revenus ont considérablement été réduits et qu'eux-mêmes rencontrent des difficultés pour se reloger.

Si nous partageons l'idée qu'il est important de rendre les hôpitaux attractifs et qu'il faut faciliter l'installation de jeunes praticiens dans la capitale où les coûts de l'immobilier sont extrêmement dissuasifs, nous nous étonnons cependant qu'une telle mesure ait été prise. Sans compter que dans le même temps nous augmentons les capacités de l'AP-HP en matière immobilière avec l'article 26 *bis* C.

Madame la ministre, nous vous alertons sur un sujet sensible, qui demande une prise en charge des personnes concernées.

M. le président. Je mets aux voix l'article 26 *bis* C.

(L'article 26 bis C est adopté.)

Article 26 bis
(Supprimé)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n^o 527 est présenté par Mme Génisson, M. Daudigny, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Campion et Claireaux, M. Durain, Mmes Emery-Dumas et Féret, MM. Godefroy, Jeansannetas et Labazée, Mmes Meunier,

Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mme Yonnet et les membres du groupe socialiste et républicain.

L'amendement n^o 758 est présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Le titre IV du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1^o À la fin du 6^o de l'article L. 6141-2-1, les mots : « fixées par décret » sont remplacés par les mots : « prévues à l'article L. 6145-16-1 » ;

2^o Après l'article L. 6145-16, il est inséré un article L. 6145-16-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6145-16-1.* – I. – Les établissements publics de santé et leurs groupements ne peuvent souscrire des emprunts auprès des établissements de crédit que dans les limites et sous les réserves suivantes :

« 1^o L'emprunt est libellé en euros ;

« 2^o Le taux d'intérêt peut être fixe ou variable ;

« 3^o La formule d'indexation des taux variables doit répondre à des critères de simplicité ou de prévisibilité des charges financières des établissements publics de santé et de leurs groupements.

« II. – Un contrat financier adossé à un emprunt auprès d'un établissement de crédit ne peut avoir pour conséquence de déroger au I.

« III. – Un décret fixe les conditions d'application du présent article, notamment :

« 1^o Les indices et les écarts d'indices autorisés pour les clauses d'indexation des taux d'intérêt variables mentionnés au 2^o du I, ainsi que le taux maximal de variation du taux d'intérêt ;

« 2^o Les critères prévus au 3^o du I ;

« 3^o Les conditions d'application du II. »

La parole est à Mme Catherine Génisson, pour présenter l'amendement n^o 527.

Mme Catherine Génisson. L'article 26 *bis* a été supprimé par la commission. Il visait à encadrer le recours aux emprunts par les établissements publics de santé, en particulier le recours des hôpitaux publics aux emprunts toxiques. Cet article prohibait notamment tout emprunt libellé en devises, problème qui ne concerne malheureusement pas que les hôpitaux publics.

Or aujourd'hui les emprunts toxiques représentent 3 milliards sur les 30 milliards d'euros de dettes contractées par les hôpitaux publics. Ce chiffre a doublé en raison en particulier du dé plafonnement du franc suisse.

Il convient donc d'interdire sans délai à ces établissements de contracter de nouveau pour l'avenir de tels emprunts toxiques en s'inspirant, tout en les rendant plus rigoureuses, des règles prévues pour les collectivités territoriales. C'est pourquoi le rétablissement de cet article est très important pour la santé financière de nos hôpitaux.

M. le président. La parole est à Mme Brigitte Gonthier-Maurin, pour présenter l'amendement n° 758.

Mme Brigitte Gonthier-Maurin. La question de la dette des établissements hospitaliers n'est pas secondaire dans notre pays, notamment depuis que certains d'entre eux ont dû souscrire des emprunts dits « structurés » pour faire face à la construction de leurs équipements. Ces établissements, qui n'ont pas vocation à dégager des bénéfices – et moins encore à devenir des plateformes d'investissement –, ont contracté une dette évaluée à 30,4 milliards d'euros à la fin de l'année 2013. Cette dette financière de moyen ou long terme pour l'essentiel a représenté 961 millions d'euros d'intérêts la même année.

Nous voulons éviter autant que possible que les établissements hospitaliers ne connaissent la mésaventure et les inconvénients d'un financement externe trop « accroché » aux seuls marchés financiers et à leur logique interne, qui ne rime pas avec celle de la qualité des soins.

S'agissant des besoins de financement, il ne serait pas scandaleux qu'une partie du fonds d'épargne géré par la Caisse des dépôts et consignations à partir de l'encours du livret A et du livret de développement durable soit mobilisée pour faire face aux besoins de financement des établissements hospitaliers, eu égard à la nature d'établissements publics de ces derniers et aux disponibilités du fonds.

Malgré la baisse du taux d'intérêt et la relative contraction de la collecte ces temps-ci, la Caisse de dépôts et des consignations détenait plus de 360 milliards d'euros d'encours au titre des deux livrets défiscalisés à la fin du mois de juillet dernier, dont une bonne partie était disponible.

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

M. Alain Milon, corapporteur. L'article 26 *bis* reprenait très largement les dispositions du décret 2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé et complété depuis par diverses mesures visant à encadrer plus strictement les conditions d'emprunt des établissements de santé.

Cet article a été supprimé par la commission, non pas, bien évidemment, pour des raisons de fond – la lutte contre les emprunts toxiques est un objectif partagé par tous –, mais parce que faire en quelque sorte remonter dans la loi des dispositions réglementaires non seulement ne change rien à l'état du droit, mais rend celui-ci moins souple et moins adaptable.

À quelques jours près, ces amendements seraient même tombés sous le coup de l'article 41 de la Constitution.

Dans ces conditions, la commission émet un avis défavorable sur ces deux amendements.

J'ajoute qu'il existe certes les emprunts toxiques contractés par les hôpitaux, mais n'oublions pas les emprunts tout court.

Vous les avez évoqués, madame Gonthier-Maurin, et affirmé que l'endettement des hôpitaux était important. À cet égard, je souhaite vous rappeler que Jacky Le Menn et moi-même avons réalisé un rapport sur la T2A, la tarification à l'activité, dans lequel il était question des emprunts des hôpitaux. Ce rapport contenait des propositions se fondant sur l'idée que le secteur de la santé n'avait pas à rembourser la dette contractée en matière immobilière.

Nous avons alors établi un parallèle avec des mesures des lois de décentralisation de Gaston Defferre : dès lors que l'éducation nationale reste une priorité et une compétence détenue par l'État – ce qui est normal – mais que les écoles sont construites par les communes, les collèges par les départements, les lycées par les régions et les universités par l'État, on peut considérer de la même façon que le financement des hôpitaux locaux, des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, ou EHPAD, pourrait dépendre des communes, celui des hôpitaux régionaux des départements et des régions, et enfin celui des CHU, les centres hospitaliers universitaires, de l'État. Ainsi, les emprunts pourraient être dégagés du système de santé.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Les emprunts toxiques sont un sujet de préoccupation important pour les établissements de santé. Rappelons-nous que le Gouvernement a dû intervenir pour éviter le pire : il a créé un dispositif de sortie des emprunts toxiques pour empêcher que des hôpitaux ne puissent plus honorer des dettes qui auraient explosé malgré eux. Le Gouvernement est donc naturellement favorable à ces deux amendements identiques.

Je vous indique, en outre, mesdames, messieurs les sénateurs, que cette disposition a été explicitement demandée par la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale, la MECSS : l'inscription de l'encadrement des emprunts souscrits par les établissements de santé au niveau législatif vise à donner davantage de force, de visibilité et de continuité à cette démarche.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 527 et 758.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. En conséquence, l'article 26 *bis* est rétabli dans cette rédaction.

Article 26 *ter* A **(Supprimé)**

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 473 est présenté par Mme Génisson, M. Daudigny, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Campion et Claireaux, M. Durain, Mmes Emery-Dumas et Féret, MM. Godefroy, Jeansannetas et Labazée, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mmes Yonnet et Ghali, M. Sueur et les membres du groupe socialiste et républicain.

L'amendement n° 759 est présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

L'article L. 6141-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ils sont dotés d'un statut spécifique, prévu notamment par le présent titre et la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives

à la fonction publique hospitalière, qui tient compte en particulier de leur implantation locale et de leur rôle dans les stratégies territoriales pilotées par les collectivités territoriales. » ;

2° Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les collectivités territoriales participent à leur gouvernance. Elles sont étroitement associées à la définition de leurs stratégies afin de garantir le meilleur accès aux soins et la prise en compte des problématiques de santé dans les politiques locales. »

La parole est à Mme Catherine Génisson, pour présenter l'amendement n° 473.

Mme Catherine Génisson. Les établissements publics de santé ont toujours été des acteurs essentiels de la vie des territoires, en raison de leur attractivité et du service public qu'ils garantissent. Cette spécificité a justifié un droit particulier et la création d'une fonction publique autonome de celle de l'État ou de celle des collectivités territoriales, traduisant le caractère singulier de ces structures.

Cet amendement recueillera certainement le soutien de l'ensemble de la Haute Assemblée, puisqu'il vise à modifier l'article du code de la santé publique relatif à la définition et à l'organisation générale des établissements et services de santé. Il s'agit de rappeler l'importance de leur implantation locale et, à ce titre, les spécificités juridiques que celle-ci implique.

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « loi HPST », a écarté les maires du conseil d'administration des hôpitaux publics ; cet amendement vise au contraire à restaurer l'implication des collectivités territoriales dans la gouvernance de ces derniers. En effet, associer étroitement celles-ci à la définition de la stratégie des hôpitaux publics permettra de garantir un meilleur accès aux soins et la prise en compte des problématiques de santé dans les politiques locales.

M. le président. La parole est à Mme Éliane Assassi, pour présenter l'amendement n° 759.

Mme Éliane Assassi. Il nous paraît nécessaire d'associer les collectivités territoriales, au travers de leurs représentants, à la gouvernance des établissements publics de santé. Pour nous, il s'agit d'une nécessité démocratique.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Madame Génisson, je voudrais tout d'abord rectifier une erreur probablement involontaire de votre part : les maires n'ont jamais été écartés des conseils de surveillance des hôpitaux par la loi HPST. Ici, au Sénat, nous nous sommes d'ailleurs battus pour mettre en place ces instances, alors que l'Assemblée nationale les avait un petit peu laissées tomber. Aujourd'hui, les maires font bien partie de ces conseils, ils les président même dans certains cas. On ne peut pas laisser dire de tels mensonges.

En outre, le présent projet de loi ne remplace par les conseils de surveillance des établissements publics par des conseils d'administration. Les conseils de surveillance restent tels qu'ils sont. Par conséquent, au bout du compte, la loi HPST ne contenait pas autant de mauvaises dispositions que cela.

Cela étant, les amendements n°s 473 et 759 tendent à rétablir l'article 26 *ter* A, que la commission avait supprimé, car il ne faisait que rappeler le droit existant. Si l'on introduisait dans les diverses lois des articles à cette seule fin, leur nombre pourrait s'élever à 250, voire davantage.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis favorable.

M. le président. La parole est à M. Jean-Marie Vanlerenberghe, pour explication de vote.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. Je soutiens totalement la position de la commission.

Madame Génisson, vous commettez une erreur : en tant que maire, j'ai présidé le conseil de surveillance d'un hôpital. Je n'ai d'ailleurs pas constaté de changement notable entre ce conseil de surveillance et le conseil d'administration antérieur. Le maire n'a pas beaucoup plus de pouvoir qu'auparavant, mais il n'en a pas moins non plus. En réalité, il dispose d'un pouvoir d'influence !

Mme Catherine Génisson. Et le vote du budget alors ? Ce n'est pas anodin !

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. Certes, mais ce n'était pas le principal pouvoir du maire au sein du conseil d'administration.

Aujourd'hui, le maire peut toujours exprimer un avis sur le budget au sein du conseil de surveillance et je préfère cela plutôt que d'être tenus ensuite par des décisions qui nous échappent souvent. En effet, comme vous le savez, le budget est élaboré en lien avec le ministre ou son représentant. Mieux vaut exercer un contrôle – c'est le rôle du conseil de surveillance –, que d'être tenu par la suite par des emprunts toxiques que l'on n'aurait pas approuvés, et encore moins négociés.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 473 et 759.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. En conséquence, l'article 26 *ter* A est rétabli dans cette rédaction.

Article 26 *ter* B (Non modifié)

- ① I. – Après l'article L. 6148-7 du code de la santé publique, sont insérés des articles L. 6148-7-1 et L. 6148-7-2 ainsi rédigés :
- ② « Art. L. 6148-7-1. – Les établissements publics de santé et les structures de coopération sanitaire dotées de la personnalité morale publique ne peuvent conclure directement les contrats suivants :
- ③ « 1° Les contrats de partenariat, au sens de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat ;
- ④ « 2° Les baux emphytéotiques administratifs, au sens de l'article L. 2341-1 du code général de la propriété des personnes publiques, les baux emphytéotiques hospitaliers, au sens de l'article L. 6148-2 du présent code, ou les contrats de crédit-bail, au sens des articles L. 313-7 à L. 313-11 du code monétaire et financier, qui ont pour objet la réalisation, la modification ou la rénovation d'ouvrages immobiliers répondant à un besoin précisé par la collectivité publique et destinés à être mis à sa disposition ou à devenir sa propriété.

- ⑤ « Cette interdiction ne s'applique pas aux projets dont l'avis d'appel public à la concurrence a été publié avant le 1^{er} janvier 2015.
- ⑥ « *Art. L. 6148-7-2.* – L'État peut conclure, pour le compte d'une personne publique mentionnée à l'article L. 6148-7-1, un des contrats mentionnés au même article, sous réserve que l'opération soit soutenable au regard de ses conséquences sur les finances publiques et sur la situation financière de la personne publique. »
- ⑦ II. – Le I de l'article 34 de la loi n° 2014-1653 du 29 décembre 2014 de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019 est ainsi modifié :
- ⑧ 1° Au premier alinéa, les mots : « ainsi que les établissements publics de santé et les structures de coopération sanitaire dotées de la personnalité morale publique » sont supprimés ;
- ⑨ 2° Au 2°, les mots : « , les baux emphytéotiques hospitaliers, au sens de l'article L. 6148-2 du code de la santé publique » sont supprimés.

M. le président. L'amendement n° 1213, présenté par M. Milon et Mmes Deroche et Doineau, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Rédiger ainsi cet article :

I. – L'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics est ainsi modifiée :

1° À l'article 71, les mots : « , ainsi que des établissements publics de santé et des structures de coopération sanitaire dotées de la personnalité morale publique » sont supprimés.

2° Au deuxième alinéa du VI de l'article 101, les mots : « , ainsi que les établissements publics de santé et les structures de coopération sanitaire dotées de la personnalité morale publique » sont supprimés.

II. – Après l'article L. 6148-7 du code de la santé publique, sont insérés des articles L. 6148-7-1 et L. 6148-7-2 ainsi rédigés :

« *Art. L. 6148-7-1.* – Les établissements publics de santé et les structures de coopération sanitaire dotées de la personnalité morale publique ne peuvent conclure directement les contrats suivants :

« 1° Les marchés de partenariat mentionnés à l'article 67 de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics dont la valeur est supérieure à un seuil fixé par voie réglementaire ;

« 2° Les contrats de crédit-bail, au sens des articles L. 313-7 à L. 313-11 du code monétaire et financier, qui ont pour objet la réalisation, la modification ou la rénovation d'ouvrages immobiliers répondant à un besoin précisé par la collectivité publique et destinés à être mis à sa disposition ou à devenir sa propriété.

« Cette interdiction ne s'applique pas aux projets dont l'avis d'appel public à la concurrence a été publié avant le 1^{er} janvier 2015.

« *Art. L. 6148-7-2.* – L'État peut conclure, pour le compte d'une personne publique mentionnée à l'article L. 6148-7-1, un des contrats mentionnés au même article sous réserve que l'opération soit soutenable au regard de ses conséquences sur les finances publiques et sur la situation financière de la personne publique. »

La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

M. Alain Milon, corapporteur. Dans sa rédaction actuelle, l'article 26 *ter* B fait référence à l'article 34 de la loi n° 2014-1653 du 29 décembre 2014 de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019, article qui a été modifié par l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics.

Cet amendement vise donc à coordonner les mesures prévues dans le projet de loi de modernisation de notre système de santé avec les dispositions de l'ordonnance précitée.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Je comprends tout à fait votre objectif, monsieur le rapporteur. Il s'agit, en effet, de prévoir des dispositions pour le recours des hôpitaux aux marchés de partenariat à la suite de la parution de l'ordonnance du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics. Sont soulevées à cette occasion des questions intéressantes concernant, par exemple, l'accès des hôpitaux aux outils de la commande publique.

Néanmoins, les dispositions que vous proposez nécessitent de mener des études interministérielles, afin que les mesures prévues pour les hôpitaux s'inscrivent dans une démarche cohérente et globale pour l'ensemble des acteurs publics et de la commande publique.

Le Gouvernement sollicite donc le retrait de cet amendement ; à défaut, il émettra un avis défavorable.

M. le président. Monsieur le rapporteur, l'amendement n° 1213 est-il maintenu ?

M. Alain Milon. Adoptant la position de M. Desessard, je le maintiens, monsieur le président. (*Sourires.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1213.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'article 26 *ter* B.

(*L'article 26 *ter* B est adopté.*)

Article 26 *ter* (*Supprimé*)

Article 27

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le chapitre II du titre III du livre I^{er} de la sixième partie est ainsi rédigé :

③ « *CHAPITRE II*

④ « *Groupements hospitaliers de territoire*

⑤ « *Art. L. 6132-1.* – I. – Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins régionale, est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire. Le groupement hospitalier de territoire n'est pas doté de la personnalité morale.

⑥ « II. – Le groupement hospitalier de territoire a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements.

Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.

- ⑦ « II *bis*. – Tous les groupements hospitaliers de territoire s'associent à un centre hospitalier universitaire au titre des activités hospitalo-universitaires prévues au III de l'article L. 6132-4. Cette association est traduite dans le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire ainsi que dans une convention d'association entre l'établissement support du groupement hospitalier de territoire et le centre hospitalier universitaire.
- ⑧ « II *ter*. – Les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie peuvent, après accord du directeur général de l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement support du groupement hospitalier de territoire concerné, être associés à l'élaboration du projet médical partagé de groupements auxquels ils ne sont pas parties, dans le cadre des communautés psychiatriques de territoire définies à l'article L. 3221-2.
- ⑨ « II *quater*. – Les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile sont associés à l'élaboration du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire situés sur leur aire géographique d'autorisation et dont ils ne sont ni parties, ni partenaires.
- ⑩ « III. – Les établissements ou services médico-sociaux publics peuvent être parties à une convention de groupement hospitalier de territoire. Un établissement public de santé ou un établissement ou service médico-social public ne peut être partie qu'à un seul groupement hospitalier de territoire.
- ⑪ « III *bis*. – Les établissements privés peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire. Ce partenariat prend la forme d'une convention de partenariat prévue à l'article L. 6134-1. Cette convention prévoit la représentation des établissements privés dans le groupement hospitalier de territoire et l'articulation de leur projet médical avec celui du groupement. Dans les territoires frontaliers, les établissements situés dans l'État limitrophe peuvent être associés par voie conventionnelle.
- ⑫ « IV et V. – (*Supprimés*)
- ⑬ « Art. L. 6132-2. – I. – La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire est élaborée puis transmise à l'agence ou, le cas échéant, aux agences régionales de santé compétentes. Le ou les directeurs généraux des agences régionales de santé compétentes apprécient la conformité de la convention avec les projets régionaux de santé et peuvent demander que lui soient apportées les modifications nécessaires pour assurer cette conformité. Ils approuvent la convention ainsi que son renouvellement et sa modification. Le cas échéant, cette approbation vaut confirmation et autorisation de changement de lieu d'implantation des autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1.
- ⑭ « II. – La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire comprend :
- ⑮ « 1° Un projet médical partagé de l'ensemble des établissements parties à la convention de groupement hospitalier de territoire. Ce projet médical est transmis

à l'agence ou aux agences régionales de santé territorialement compétentes avant la conclusion de la convention constitutive ;

- ⑯ « 2° Les délégations éventuelles d'activités, mentionnées au II de l'article L. 6132-4 ;
- ⑰ « 3° Les transferts éventuels d'activités de soins ou d'équipements de matériels lourds entre établissements parties au groupement ;
- ⑱ « 4° Les modalités de constitution des équipes médicales communes et, le cas échéant, des pôles interétablissements ;
- ⑲ « 5° Les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement, notamment :
- ⑳ « a) La désignation de l'établissement support chargé d'assurer, pour le compte des autres établissements parties au groupement, les fonctions et les activités déléguées. Cette désignation doit être approuvée par les deux tiers des conseils de surveillance des établissements parties au groupement. À défaut, l'établissement support est désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé concernée, après avis du comité territorial des élus locaux prévu par l'article L. 6132-6 ;
- ㉑ « b) La composition du comité stratégique chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé. Il comprend notamment les directeurs d'établissement, les présidents des commissions médicales d'établissement, les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et les présidents des conseils de surveillance de l'ensemble des établissements parties au groupement. Le comité stratégique peut mettre en place un bureau restreint auquel il délègue tout ou partie de sa compétence ;
- ㉒ « b bis) Les modalités d'articulation entre les commissions médicales d'établissement pour l'élaboration du projet médical partagé et, le cas échéant, la mise en place d'instances communes ;
- ㉓ « c) Le rôle du comité territorial des élus, chargé d'évaluer les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement. À ce titre, il peut émettre des propositions et est informé des suites qui leur sont données.
- ㉔ « La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire nouvellement constitué est publiée par l'agence régionale de santé sur son site internet, au moment de l'entrée en vigueur du groupement.
- ㉕ « Art. L. 6132-3. – (*Supprimé*)
- ㉖ « Art. L. 6132-4. – I. – L'établissement support désigné par la convention constitutive assure les fonctions suivantes pour le compte des établissements parties au groupement :
- ㉗ « 1° La stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement. Les informations concernant une personne prise en charge par un établissement public de santé partie à un groupement peuvent être partagées, dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4. L'établissement support met en œuvre, dans le cadre de la gestion du système d'informa-

- tion, les mesures techniques de nature à assurer le respect des obligations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment à son article 34 ;
- 28 « 1° *bis* La gestion d'un département de l'information médicale de territoire. Par dérogation à l'article L. 6113-7, les praticiens transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité au médecin responsable de l'information médicale du groupement ;
- 29 « 2° La fonction achats ;
- 30 « 3° La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements du groupement.
- 31 « II. – L'établissement support du groupement hospitalier de territoire peut gérer pour le compte des établissements parties au groupement des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques.
- 32 « II *bis (nouveau)*. – Les établissements parties au groupement hospitalier de territoire organisent en commun les activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle, le cas échéant au sein d'un pôle interétablissement. Ils organisent en commun dans les mêmes conditions les activités de biologie médicale.
- 33 « III. – Les centres hospitaliers universitaires mentionnés au second alinéa de l'article L. 6141-2 coordonnent, au bénéfice des établissements parties aux groupements hospitaliers de territoire auxquels ils sont associés :
- 34 « 1° Les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux ;
- 35 « 2° Les missions de recherche, dans le respect de l'article L. 6142-1 ;
- 36 « 3° Les missions de gestion de la démographie médicale ;
- 37 « 4° Les missions de référence et de recours.
- 38 « Art. L. 6132-5. – La certification des établissements de santé prévue à l'article L. 6113-3 est conjointe pour les établissements publics de santé parties à un même groupement. Toutefois l'appréciation mentionnée à l'article L. 6113-3 fait l'objet d'une publication séparée pour chaque établissement du groupement hospitalier de territoire.
- 39 « Art. L. 6132-6. – I. – Après avoir reçu les projets médicaux partagés des établissements souhaitant se regrouper au sein d'un groupement hospitalier de territoire, les directeurs généraux des agences régionales de santé arrêtent, dans le respect du schéma régional de santé prévu à l'article L. 1434-3, la liste de ces groupements dans la ou les régions concernées et des établissements publics de santé susceptibles de les composer. La publication de cette liste entraîne la création du comité territorial des élus de chaque groupement hospitalier de territoire. Il est composé des représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils de surveillance des établissements parties au groupement.
- 40 « II. – L'attribution des dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale à un établissement public de santé, lorsqu'il ne relève pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 du présent code, est subordonnée à la conclusion par cet établissement d'une convention de groupement hospitalier de territoire.
- 41 « Art. L. 6132-6-1. – Les modalités d'application du présent chapitre à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, aux hospices civils de Lyon et à l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille sont déterminées par le décret en Conseil d'État mentionné à l'article L. 6132-7.
- 42 « Art. L. 6132-7. – Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent chapitre, notamment :
- 43 « 1° A La définition du projet médical partagé prévu au II de l'article L. 6132-2 ;
- 44 « 1° Les conditions dans lesquelles est accordée la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 ;
- 45 « 2° Les conditions d'élaboration de la convention constitutive de groupement hospitalier de territoire ;
- 46 « 3° Les conditions dans lesquelles les établissements privés d'hospitalisation peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire ;
- 47 « 4° Les conditions dans lesquelles les autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1 et transférées en application de la convention de groupement hospitalier de territoire sont modifiées ;
- 48 « 5° Les conditions de délégation des fonctions mentionnées à l'article L. 6132-4 au sein des groupements hospitaliers de territoire. » ;
- 49 2° et 3° (*Supprimés*)
- 50 4° Au 2° de l'article L. 6131-2, les mots : « conclure une convention de communauté hospitalière de territoire, de » sont supprimés ;
- 51 5° L'article L. 6131-3 est abrogé ;
- 52 6° L'article L. 6143-1 est ainsi modifié :
- 53 a) Au début du 4°, les mots : « Toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un centre hospitalier universitaire est partie prenante ainsi que » sont supprimés ;
- 54 b) Après le douzième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- 55 « – la participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire. » ;
- 56 7° Le 2° *bis* de l'article L. 6143-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- 57 « Pour chacun des établissements de santé parties à un groupement hospitalier de territoire, le directeur général de l'agence régionale de santé prend en compte l'ensemble des budgets des établissements du groupement hospitalier de territoire pour apprécier l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que le plan global de financement pluriannuel, mentionnés au 5° de l'article L. 6143-7 ; » ;
- 58 8° Après le cinquième alinéa de l'article L. 6143-7, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

- 59 « Par dérogation, le directeur de l'établissement support du groupement exerce ces compétences pour l'ensemble des activités mentionnées aux I à III de l'article L. 6132-4. » ;
- 60 9° À l'article L. 6211-21, les mots : « communautés hospitalières » sont remplacés par les mots : « groupements hospitaliers ».
- 61 II (*Non modifié*). – À la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, les mots : « création de communautés hospitalières » sont remplacés par les mots : « constitution de groupements hospitaliers ».
- 62 III (*Non modifié*). – Après les mots : « création de », la fin du premier alinéa du III de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est ainsi rédigée : « groupements hospitaliers de territoire. »
- 63 IV (*Non modifié*). – A. – Jusqu'au 1^{er} janvier 2016, les communautés hospitalières de territoire régulièrement approuvées restent régies par le chapitre II du titre III du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la présente loi.
- 64 B. – À compter du 1^{er} janvier 2016, les communautés hospitalières de territoire régulièrement approuvées dont aucune des parties n'a exprimé la volonté de rompre la coopération sont transformées en groupements hospitaliers de territoire. La convention constitutive du groupement de territoire est élaborée par avenant à la convention constitutive de la communauté hospitalière de territoire, puis transmise, en application du I de l'article L. 6132-2 du code de la santé publique, au directeur général de l'agence régionale de santé pour approbation.
- 65 V (*Non modifié*). – La liste des groupements hospitaliers de territoire prévue au I de l'article L. 6132-6 du code de la santé publique est arrêtée avant le 1^{er} janvier 2016 en conformité avec le schéma régional en vigueur à cette date. Ce même schéma régional sert de référence pour l'appréciation de conformité de la convention constitutive des groupements hospitaliers de territoire émise par le directeur général de l'agence régionale de santé en application de l'article L. 6132-2 du même code.
- 66 VI. – A. – Chaque établissement public de santé, lorsqu'il ne relève pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 du code de la santé publique, conclut une convention de groupement hospitalier de territoire avant le 1^{er} juillet 2016. La convention ne peut être conclue si elle ne contient pas le projet médical partagé.
- 67 B. – (*Supprimé*)
- 68 VII (*Non modifié*). – L'article 13 de la loi n° 85-11 du 3 janvier 1985 relative aux comptes consolidés de certaines sociétés commerciales et entreprises publiques est applicable aux établissements publics de santé à compter de l'exercice 2020.
- 69 VIII (*Non modifié*). – Le II de l'article L. 6132-6 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de la présente loi, est applicable :
- 70 1° À compter du 1^{er} janvier 2016, aux établissements qui ne sont pas membres d'un groupement hospitalier de territoire alors qu'ils ne relèvent pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 du même code ;
- 71 2° À compter du 1^{er} janvier 2018, aux établissements qui, bien que membres d'un groupement, n'ont pas mis en œuvre effectivement les dispositions prévues au I de l'article L. 6132-4 dudit code.
- 72 IX (*Non modifié*). – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution et dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance des mesures permettant de définir les règles budgétaires et comptables qui régissent les relations entre les établissements publics parties à un même groupement hospitalier de territoire.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, sur l'article.

Mme Laurence Cohen. L'article 27 rend obligatoire la création de groupements hospitaliers de territoire, ou GHT, en remplacement des communautés hospitalières de territoire, issues de la loi HPST et jusqu'alors facultatives. Nous pourrions partager les objectifs de maillage territorial, de projet médical partagé et de prise en charge graduée pour une égalité d'accès à des soins hospitaliers sécurisés et de qualité qui le sous-tendent. Madame la ministre, j'ai bien entendu vos arguments : vous avez présenté les GHT comme un outil de lutte contre la désertification médicale et comme étant la garantie d'un hôpital de proximité partout sur le territoire national.

Toutefois, la création des GHT soulève un problème. Demain, une centaine d'entre eux verront le jour regroupant 1 200 à 1 300 hôpitaux. Ces fusions d'établissements et ces directions communes ne peuvent garantir un meilleur accès aux soins ni un recul des inégalités sociales et territoriales. Trois milliards d'euros d'économies devant être réalisés dans le domaine hospitalier, la création de nombre de GHT servira, en réalité, à fermer des services, des établissements et des lits, sous la houlette des ARS.

Ce sont les conventions qui détermineront le contour des nouvelles structures sanitaires et médico-sociales, ainsi que des activités transférées. Elles préciseront aussi les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement, la composition du comité stratégique et, le cas échéant, la mise en place d'instances communes. La désignation de l'établissement support devra être approuvée par les conseils de surveillance à la majorité des deux tiers ou, à défaut, par le directeur général de l'ARS, après avis du comité territorial des élus. Il s'agit donc d'une centralisation considérable.

Cela étant, Annie David m'a demandé de vous relater, mes chers collègues, la situation de la clinique de Saint-Charles de Roussillon, exemple qui illustrera mon propos. L'ARS mène un projet de regroupement d'établissements rejeté à l'unanimité tant par les élus du territoire que par les personnels, car il prévoit de mettre en place un service de chirurgie entièrement ambulatoire et d'envoyer ailleurs les patients ayant besoin d'être hospitalisés.

La situation de cette clinique est un cas d'école en matière de non-respect de la démocratie sanitaire par les ARS et de regroupement à marche forcée, sans prise en compte des réalités locales. En effet, alors qu'un précédent projet faisait l'unanimité parmi les équipes soignantes et les élus locaux, la directrice de l'ARS a opté pour un projet tout autre, qui disperse les activités de soins et les patients entre plusieurs établissements.

Telles sont les raisons pour lesquelles nous souhaitons la suppression de l'article 27.

M. le président. L'amendement n° 760, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Brigitte Gonthier-Maurin.

Mme Brigitte Gonthier-Maurin. Nous sommes opposés aux GHT, dont la finalité est de regrouper les structures de santé pour accompagner les réductions de moyens de la sécurité sociale après le vote d'un ONDAM, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, à 2 % pour 2015.

La logique de regroupements hospitaliers mise en place par le plan Hôpital 2007 et la loi HPST de 2009 est donc poursuivie par le gouvernement de François Hollande, et nous le regrettons profondément, d'autant que les personnels des hôpitaux rencontrent au quotidien des difficultés de plus en plus grandes. Aussi aurions-nous pu espérer que dans un projet de loi de modernisation de la santé des réponses positives leur soient apportées. Les GHT ne seront pas de nature à les rassurer et à améliorer leur quotidien ; ils auront, au contraire, des conséquences désastreuses sur l'accès aux soins.

Je prendrai l'exemple de l'hôpital Bichat-Claude Bernard, situé dans le 18^e arrondissement de Paris. Créé dans les années soixante-dix, cet hôpital moderne a été délaissé depuis des années ; il se trouve aujourd'hui dans une situation catastrophique. Grâce aux GHT, le Gouvernement pourra regrouper des services des hôpitaux Bichat-Claude Bernard, Beaujon et Lariboisière au sein d'un grand établissement installé au nord de Paris, en dehors de la capitale : les terrains envisagés pour la construction de ce nouveau « mégahôpital » se situent sur la commune de Saint-Ouen.

Au prétexte d'un regroupement nécessaire des services, certaines spécialités disparaîtront de l'hôpital Bichat-Claude Bernard, et les urgences seront scindées en deux selon l'importance des soins. Les conséquences sont donc importantes : perte de services reconnue et des urgences de proximité pour l'ensemble des habitants du 18^e arrondissement et des alentours, et, *in fine* pour l'hôpital, la disparition de 400 lits.

Les GHT permettront à l'État de continuer à réduire les capacités d'accueil de nos hôpitaux, ce qui augmentera nécessairement les délais en termes de soins, renforcera les difficultés rencontrées par les personnels et abîmera l'hôpital public.

Pour toutes ces raisons et afin d'éviter que l'ensemble des hôpitaux de notre pays ne subissent le même sort que l'hôpital Bichat-Claude Bernard, nous demandons la suppression de l'article 27 créant les GHT.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Les GHT répondent à une logique de meilleure adaptation des moyens publics aux besoins des populations, à laquelle la commission souscrit.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Bien que cet article soit important, je serai brève en raison de l'heure tardive. Comme je l'ai déjà souligné à plusieurs reprises, l'instauration des GHT est une mesure non pas « grand public », mais structurante en termes médical et territorial. Il s'agit de réorganiser nos hôpitaux, de leur donner les moyens de faire face aux

défis en matière de santé auxquels sont confrontés nos territoires, en développant des projets médicaux par territoire auxquels les communautés médicales adhèrent.

Madame Cohen, il est tout de même piquant de vous entendre contester les GHT en prenant pour exemple le regroupement de cliniques. Cela n'a rien à voir avec les GHT, ceux-ci concernant uniquement les établissements publics. La recomposition ou le maintien des établissements privés en l'état constituent un sujet tout à fait différent, et je ne me prononcerai pas sur la situation locale que vous évoquez.

Madame Gonthier-Maurin, il ne suffit pas de décliner des slogans idéologiques sur la fin supposée de l'hôpital public pour avoir raison !

Mme Brigitte Gonthier-Maurin. Vous direz cela aux gens qui font la queue dans les hôpitaux pour se faire soigner !

Mme Marisol Touraine, ministre. Madame la sénatrice, que vous parliez de l'hôpital Bichat-Claude Bernard, soit ! Mais puisque vous avez étudié la question, vous devriez le savoir, par principe, aucun GHT ne sera créé à l'AP-HP, ce qui montre qu'il existe des situations spécifiques. Tout l'enjeu est de répondre aux défis territoriaux, de préserver les hôpitaux de proximité et de permettre aux établissements les plus importants de rayonner sur des territoires et de relever les défis du virage de la médecine ambulatoire.

De ce fait, le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. J'accepte que les exemples que nous citons soient contestés, mais on ne peut nier la réalité hospitalière, que l'on peut constater en se rendant sur place !

Mme Brigitte Gonthier-Maurin. Oui, 400 lits supprimés !

Mme Laurence Cohen. Trois milliards d'euros d'économies faites sur le dos des hôpitaux, des lits supprimés, un personnel épuisé.

Nous ne sommes pas opposés au virage ambulatoire, mais il existe un véritable problème à cet égard. En effet, qui dit soins ambulatoires, dit accès pour tous et, par voie de conséquence, une famille qui prend le relais. Or ce n'est pas toujours possible dans les différents milieux sociaux.

Madame la ministre, oui, des défis doivent être relevés, mais nous devons les relever ensemble, faire preuve de courage et disposer d'un budget important. Et l'argent existe, mais on refuse de le prendre là où il est. On propose des solutions qui n'en sont pas.

La création des GHT permettra certainement d'éviter à des hôpitaux de fermer par le regroupement de services, mais elle fera reculer aussi la proximité. Or en crève ! Regardez toutes les maternités qui ont fermé ! Et ne me dites pas que la situation s'améliore ! Un rapport publié par la Cour des comptes atteste du contraire : les temps d'attente sont interminables, les urgences sont saturées. On est en train de tout casser, on bricole ! Nous demandons un moratoire sur les fermetures ? Ce n'est pas le moment ! Et les exemples que nous citons ne seraient pas judicieux... Ce n'est plus possible !

Les solutions retenues sont mauvaises : la casse du service public de santé continue, les hôpitaux sont asphyxiés. Telle est la réalité, celle dont on nous parle dans les luttes, celle que nous constatons dans nos territoires !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 760.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Madame la ministre, mes chers collègues, il est minuit. Je vous propose de poursuivre nos débats jusqu'à zéro heure trente, afin de continuer la discussion des articles jusqu'au titre III. *(Assentiment.)*

Je suis saisi de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 1136 rectifié, présenté par MM. Amiel, Arnell, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin, Guérini, Mézard, Requier et Vall, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 5, première phrase

a) Après les mots :

offre de soins

insérer les mots :

territoriale ou

b) Après le mot :

régionale

insérer les mots :

ou tenant à la prise en charge des patients atteints de troubles mentaux,

II. – Au début de l'alinéa 8

Insérer une phrase ainsi rédigée :

Les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie peuvent, après accord du directeur général de l'agence régionale de santé, constituer un groupement hospitalier de territoire relatif à la psychiatrie et santé mentale selon des modalités précisées par décret.

III. – Après l'alinéa 8

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

« ... – Les établissements publics de santé ayant la psychiatrie pour principale activité peuvent, après accord du directeur général de l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement support du groupement hospitalier de territoire concerné, être associés à l'élaboration du projet médical de groupement auxquels ils ne sont pas parties.

« ... – Les établissements publics de santé n'ayant pas la psychiatrie pour principale activité peuvent, après accord du directeur général de l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement support du groupement hospitalier de territoire de psychiatrie et de santé mentale, être associés à l'élaboration du projet médical de ce même groupement hospitalier de territoire.

IV. – Alinéa 12

Rétablir le IV de l'article L. 6132-1 dans la rédaction suivante :

« IV. – Les établissements publics de santé ayant la psychiatrie pour principale activité peuvent constituer un groupement hospitalier de territoire dédié à cette discipline en vue de permettre une stratégie de prise en charge commune et coordonnée du patient.

« Les établissements publics de santé disposant d'un secteur de psychiatrie peuvent, après accord du directeur général de l'agence régionale de la santé, être associés à l'élaboration du projet médical de ce même groupement.

La parole est à M. Guillaume Arnell.

M. Guillaume Arnell. Par cet amendement, nous proposons la mise en place de groupements hospitaliers de territoire relatifs à la psychiatrie et à la santé mentale.

Le GHT doit constituer une réelle opportunité d'amélioration de l'accès aux soins, de la qualité et de la sécurisation des parcours de soins et de santé sur l'ensemble du territoire national, notamment en cas de carence du maillage territorial, tout en évitant un risque de dilution de la discipline préjudiciable à terme aux patients.

M. le président. L'amendement n° 474, présenté par Mme Génisson, M. Daudigny, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Campion et Claireaux, M. Durain, Mmes Emery-Dumas et Féret, MM. Godefroy, Jeansannetas et Labazée, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mme Yonnet et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

I. - Alinéa 5, première phrase

Après les mots :

dans l'offre de soins

insérer les mots :

territoriale ou

II. - Alinéa 8

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie peuvent, après accord du directeur général de l'agence régionale de santé, constituer un groupement hospitalier de territoire relatif à la psychiatrie et la santé mentale selon des modalités précisées par décret.

La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Nous n'avons pas la même approche que nos collègues du groupe CRC concernant la mise en place des GHT. Ceux-ci succèdent aux communautés hospitalières de territoire, et quand les choses ne se passent pas trop mal, il faut savoir le dire.

Vouloir mutualiser au nom de l'excellence, au nom de l'exigence de qualité de l'offre de soins, c'est positif.

Permettez-moi de prendre un exemple. Dans le Nord-Pas-de-Calais, une communauté hospitalière de territoire s'était constituée de façon informelle en cardiologie. Dans un bassin de vie, celui d'Arras-Lens-Douai-Béthune, qui compte un million d'habitants, la cardiologie est présente dans chacun des quatre hôpitaux, le plateau technique – avec une prise en charge interventionnelle ou non – se trouvant lui au centre hospitalier de Lens. Les cardiologues de ces quatre hôpitaux interviennent à la fois dans leur propre service et sur le plateau technique. On est donc capable de faire preuve d'imagination tout en ayant, bien évidemment, l'exigence de la qualité de l'offre de soins.

Madame Cohen, vous avez évoqué des problèmes réels, tel l'encombrement des hôpitaux. L'objet du texte que nous examinons, c'est en particulier de redonner toute sa place à la médecine ambulatoire, ce afin de désengorger notamment

les services d'urgence et de créer un parcours de soins du malade, de sortir tant soit peu de l'« hospitalo-centrisme » que nous subissons. Et c'est une hospitalière qui vous le dit !

Cela étant, le présent amendement est très proche de celui que vient de présenter Guillaume Arnell. Il vise à mettre en place des groupements hospitaliers de territoire relatifs à la psychiatrie.

Nous avons rencontré les psychiatres, qui souhaitent, quand le service dans lequel ils travaillent est situé au sein d'un hôpital général, que celui-ci soit rattaché au GHT.

Ils considèrent aussi – et cela peut se discuter – que la psychiatrie est un sujet à part entière. Toujours dans le Nord-Pas-de-Calais, il existe de très grands hôpitaux psychiatriques qui montrent à quel point la psychiatrie doit être considérée en tant que telle.

M. le président. L'amendement n° 310 rectifié *bis*, présenté par MM. Cambon, César, Charon, Chatillon, Commeinhes, Malhuret, J. Gautier, Saugey, Mouiller et de Nicolaÿ, Mmes Procaccia, Primas et Deromedi et MM. Gournac et Houpert, n'est pas soutenu.

Quel est l'avis de la commission sur les amendements n° 1136 rectifié et 474 ?

M. Alain Milon, corapporteur. Les amendements n° 1136 rectifié et 474 visent à offrir la possibilité de créer des GHT en psychiatrie.

Madame Génisson, vous avez évoqué la cardiologie dans le bassin de vie d'Arras-Lens-Douai-Béthune. Vous avez également rappelé que nous avons rencontré les psychiatres. D'après ce que j'ai entendu au cours de ces auditions auxquelles vous avez participé, l'idée de créer des GHT en psychiatrie divise beaucoup ces professionnels. Cependant, j'ai le sentiment qu'une très grande majorité d'entre eux est favorable au dispositif prévu par l'article 27 qui permet aux services de psychiatrie des hôpitaux généraux de participer au GHT et, surtout, au secteur de continuer d'exister. Les psychiatres y tiennent beaucoup.

Par conséquent, la commission émet un avis défavorable sur ces deux amendements.

Si les hôpitaux psychiatriques souhaitent participer aux GHT, pourquoi pas, mais avec d'autres établissements publics de médecine.

Ce que j'ai dit tout à l'heure reste vrai : il s'agit toujours d'une médecine globale. Ces GHT permettront certainement aux personnes atteintes de troubles psychiatriques d'avoir accès à d'autres types de médecines quand elles en auront besoin ; elles pourront ainsi enfin jouir d'une espérance de vie identique à celle de nos concitoyens qui ne sont pas atteints de tels troubles.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement sollicite le retrait de ces deux amendements, qu'il estime satisfaisants.

Lors de mon intervention à l'hôpital Sainte-Anne, le 24 septembre 2014, j'ai indiqué que les spécificités de la psychiatrie devaient être prises en compte dans le cadre des GHT.

Qu'il n'y ait pas d'ambiguïté à propos du présent projet de loi.

Les établissements publics de santé spécialisés en psychiatrie doivent être membres d'un GHT, sauf exception tenant à leur spécificité dans l'offre de soins territoriale. Pour autant, le projet de loi n'interdit pas la constitution de GHT dédiés à la psychiatrie – ce n'est pas parce que ce n'est pas imposé et systématisé que c'est interdit – lorsque le diagnostic territorial, conduit en lien avec l'agence régionale de santé, le justifie.

Par ailleurs, dans le cadre de l'examen des amendements déposés en première lecture par le Gouvernement à l'Assemblée nationale à l'article 13 et à l'article 27 du présent texte, j'ai souhaité compléter et enrichir les modalités de coopération existantes par la création de communautés psychiatriques de territoire. Celles-ci sont destinées à permettre à plusieurs établissements exerçant une activité de psychiatrie et qui ne seraient pas membre d'un même GHT de construire un projet médical commun pour cette discipline.

Aussi, l'ensemble des établissements exerçant une telle activité inscrits dans une dynamique territoriale hospitalière polyvalente dans le cadre des GHT pourront préserver des partenariats spécifiques nécessaires au parcours de soins des personnes atteintes de troubles psychiatriques grâce à ces communautés psychiatriques de territoire.

M. le président. Monsieur Arnell, l'amendement n° 1136 rectifié est-il maintenu ?

M. Guillaume Arnell. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 1136 rectifié est retiré.

Madame Génisson, l'amendement n° 474 est-il maintenu ?

Mme Catherine Génisson. Loin de moi l'idée de vouloir séquestrer les psychiatres dans une enceinte fermée... (*Sourires.*) Pour connaître un hôpital général qui accueille plusieurs services de psychiatrie, je puis attester que les liens entre ceux-ci et l'ensemble des services de l'hôpital sont évidemment une bonne chose.

Pour autant, vous l'avez dit, madame la ministre, il existe une spécificité particulière dans l'exercice de cette spécialité, et il semble nécessaire qu'elle puisse être reconnue.

Vous avez donné des assurances en la matière ; aussi, je retire mon amendement.

M. le président. L'amendement n° 474 est retiré.

L'amendement n° 671, présenté par Mme Perol-Dumont et M. Labazée, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 761, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Alinéa 6, deuxième phrase

Supprimer cette phrase.

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Monsieur le président, je ne sais pas s'il est nécessaire que nous terminions ce soir l'examen de tous les amendements qui figurent sur le dérouleur. En tout cas, à observer nos travées, on peut parler de désert non pas médical, mais parlementaire... Ce ne sont pas de bonnes conditions de travail !

Cela dit, nous sommes opposés à la logique de rationalisation des modes de gestion qui n'est en réalité qu'un prétexte pour faire des économies dans les hôpitaux au détriment de la qualité du service public de santé.

Dans l'étude d'impact, le Gouvernement estime que cette réforme se traduira par environ 400 millions d'euros d'économies sur trois ans : 270 millions d'euros au titre de la réduction du coût des fonctions techniques, administratives et logistiques, 50 millions d'euros au titre de la baisse de 10 % du recours à l'intérim médical d'ici à 2017 et 38 millions d'euros au titre de la diminution de 5 % du nombre de gardes et d'astreintes.

Le but est bien la recherche d'économies, au détriment, selon nous, d'un projet médical répondant aux besoins des patients et aux enjeux du XXI^e siècle. C'est la raison pour laquelle nous présentons cet amendement.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 761.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1140, présenté par M. Pellevat, n'est pas soutenu.

Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 428, présenté par M. Vasselle, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 55 rectifié, présenté par MM. Commeinhes, Malhuret, Charon et Calvet, Mmes Deromedi et Mélot et M. Houel, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 545, présenté par Mme Génisson, M. Daudigny, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Campion et Claireaux, M. Durain, Mmes Emery-Dumas et Féret, MM. Godefroy, Jeansannetas et Labazée, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mme Yonnet et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 7

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ... – Les hôpitaux des armées peuvent, après autorisation du ministre de la défense et accord du directeur général de l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement support d'un groupement hospitalier de territoire, être associés à l'élaboration du projet médical partagé de ce groupement.

La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Cet amendement vise à rendre possible l'intégration des hôpitaux des armées au sein des GHT.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Avis favorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 545.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 369 rectifié *bis*, présenté par MM. Chasseing, Béchu et Cadic, Mme Deromedi et MM. Fouché, Kennel, Laménie, D. Laurent, Lemoyne, Morisset, Mouiller, Nougéin, Requier et Bouvard, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 548, présenté par Mme Génisson, M. Daudigny, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Campion et Claireaux, M. Durain, Mmes Emery-Dumas et Féret, MM. Godefroy, Jeansannetas et Labazée, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mme Yonnet et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 11, troisième phrase

Supprimer les mots :

la représentation des établissements privés dans le groupement hospitalier de territoire et

La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Il est défendu.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Nous avons été alertés par l'un des deux membres du groupe de travail sur les difficultés que poserait la représentation des établissements privés dans les GHT. Il faudra sans doute voir à l'usage comment ces établissements y seront associés. En attendant, eu égard aux difficultés pratiques et juridiques que poserait une telle représentation, la commission émet un avis favorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 548.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 565, présenté par MM. Roche, Vanlerenberghe et les membres du groupe Union des démocrates et indépendants - UC, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 11

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ... – Les professionnels de santé libéraux et les professionnels de santé exerçant dans un service de santé au travail, de santé scolaire et universitaire ou de protection maternelle et infantile peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire dans des conditions définies par décret.

La parole est à M. Jean-Marie Vanlerenberghe.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. Cet amendement a pour objet de permettre aux professionnels de santé libéraux et aux professionnels de santé exerçant dans un service de santé au travail, de santé scolaire et universitaire ou de protection maternelle et infantile d'être associés à un groupement hospitalier de territoire.

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

M. Alain Milon, corapporteur. La commission sollicite le retrait de votre amendement, mon cher collègue, car les GHT sont conçus pour les établissements de santé. Prévoir un partenariat avec des services de santé n'est pas nécessaire ; cela pourra se faire en pratique.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

M. le président. Monsieur Vanlerenberghe, l'amendement n° 565 est-il maintenu ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 565 est retiré.

L'amendement n° 56 rectifié, présenté par MM. Commeinhes, Charon et Calvet, Mme Deromedi, M. Malhuret, Mme Deseyne, MM. Grand et Houel et Mme Mélot, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 287 rectifié, présenté par MM. de Nicolaÿ et Lemoyne, Mme Loisier, MM. Longuet, Calvet, de Legge, Bonhomme, Cigolotti, Delattre, Chaize et Chatillon, Mme Deromedi, M. Trillard, Mme Primas et MM. Raison, Morisset, Gournac, Bonnecarrère, Médevielle et Maurey, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 1217, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 18

Rédiger ainsi cet alinéa :

« 4° L'organisation des activités et la répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques, résultant du projet médical partagé et pouvant être prévues par voie d'avenant, ainsi que les modalités de constitution des équipes médicales communes et, le cas échéant, des pôles interétablissements ;

II. – Après l'alinéa 47

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Les conditions dans lesquelles les postes correspondant aux emplois mentionnés au 4° du II de l'article L. 6132-2 sont portés à la connaissance des praticiens exerçant au sein des établissements parties à la convention du groupement hospitalier de territoire ainsi que les modalités selon lesquelles ils sont pourvus, de manière à leur permettre de s'engager dans la mise en œuvre du projet médical ;

La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, ministre. Le présent amendement a pour objet de faciliter la constitution des équipes médicales de territoire dans le cadre de la création des groupements hospitaliers de territoire.

J'ai eu l'occasion de le dire, ces GHT doivent s'appuyer sur un projet médical partagé solide et cohérent. Néanmoins, il faut évidemment s'assurer que les médecins, qui continueront d'être les premiers acteurs de cette démarche ambitieuse, puissent se projeter dans la mise en œuvre de ce projet collectif.

La manière dont ils seront associés à l'élaboration du projet médical sera importante. De même, la façon dont ils pourront ensuite s'impliquer dans le processus de réorganisation des activités et dans la mise en œuvre – non pas simplement dans sa conception – du projet médical sera également déterminante.

Les médecins hospitaliers se sont exprimés et j'ai entendu leurs attentes fortes vis-à-vis des groupements hospitaliers de territoire. C'est la raison pour laquelle j'ai souhaité que le présent article soit complété de dispositions à la fois intégrant la description de l'organisation des activités médicales comme une composante de la convention constitutive des groupements hospitaliers de territoire et posant les bases d'une procédure claire et adaptée, qui permettra aux personnels médicaux exerçant dans les établissements parties à la convention du groupement de se porter candidats aux postes qui seront ouverts dans le cadre de la mise en œuvre du projet médical.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Cet amendement, qui vise à la publicité des postes au sein du GHT, ayant été déposé cet après-midi, la commission n'a pas pu l'examiner. Elle s'en remet néanmoins à la sagesse de la Haute Assemblée.

Madame la ministre, je souhaite vous poser une question, que vous jugerez sûrement perfide. Vous évoquez un projet médical partagé. Mais où est le projet psychologique ?

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1217.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 762, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

I. - Alinéa 20, première phrase

Après le mot :

groupement

insérer les mots :

et la majorité des organisations représentatives du personnel

II. – Alinéa 21, deuxième phrase

Compléter cette phrase par les mots :

ainsi que les représentants des organisations représentatives du personnel et des collectivités territoriales concernées

La parole est à Mme Brigitte Gonthier-Maurin.

Mme Brigitte Gonthier-Maurin. Nous considérons la démocratie comme un élément clé de la politique sanitaire dans notre pays. Or le système de santé actuel souffre d'un manque de démocratie et d'une prise en considération réelle des représentants du personnel ainsi que des élus des collectivités territoriales. Cet amendement a pour objet de tenter de remédier à cette situation.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Défavorable, monsieur le président.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Également défavorable, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 762.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1211, présenté par M. Milon et Mmes Deroche et Doineau, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 31

Après les mots :

parties au groupement

insérer les mots :

des équipes médicales communes, la mise en place de pôles inter-établissements tels que définis dans la convention constitutive du groupement ainsi que

La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

M. Alain Milon, corapporteur. Il s'agit d'un amendement de conséquence. Dès lors que les équipes médicales communes et la mise en place de pôles inter-établissements sont possibles

dans la convention constitutive du groupement, il convient que l'établissement support puisse en assurer la gestion commune.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Favorable, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1211.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 801, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

I. – Après l'alinéa 52

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...) Au premier alinéa, les mots : « se prononce sur » sont remplacés par le mot : « arrête » ;

...) Au début du 3°, sont insérés les mots : « Le budget prévisionnel, » ;

II. – Après l'alinéa 53

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Le dixième alinéa est supprimé ;

La parole est à Mme Éliane Assassi.

Mme Éliane Assassi. Tout d'abord, je souscris aux propos de Laurence Cohen relatifs non seulement aux GHT, mais aussi à notre ambition en matière de santé, particulièrement de santé publique, ambition que ne reflète pas votre texte, madame la ministre.

Par ailleurs, tout comme ma collègue, je trouve déplorable que l'hémicycle soit presque vide ce soir, alors que nous examinons un sujet important, qui a mobilisé de nombreuses énergies afin d'imaginer d'autres solutions pour notre modèle de santé.

Certes, nous ne sommes pas encore soumis au futur règlement, et toutes les caméras ne sont pas branchées pour assurer la retransmission de nos travaux. J'espère que la situation va s'améliorer, mais j'en doute !

J'en viens à l'amendement n° 801. La démocratie est un mal nécessaire, y compris pour l'hôpital public. Il importe donc d'assurer sa pleine expression dans la gestion de nos établissements de santé.

Le fonctionnement des hôpitaux publics dépend assez étroitement des dotations de la sécurité sociale, de l'apport propre des assurés, notamment lorsque ceux-ci doivent s'acquitter du forfait hospitalier, et assez souvent de l'appui des collectivités territoriales, singulièrement en matière d'investissements, de politiques foncières.

De la même manière, un établissement ne peut développer son activité qu'avec une équipe de personnels – soignants et autres – pluridisciplinaire, motivée et largement responsabilisée. Il est par conséquent légitime que ce soit la communauté constituée par les personnels, les assurés sociaux, les collectivités territoriales qui se trouve aux commandes des établissements hospitaliers. Dans le cadre actuel particulièrement dirigiste et quelque peu illégitime, le conseil de surveillance ne dispose que du droit de constater l'exécution budgétaire de l'établissement.

Nous n'avons aucune prévention à l'égard des regards extérieurs, mais le schéma actuellement applicable aux établissements hospitaliers reviendrait, s'il était transposé en d'autres domaines, à limiter les pouvoirs du Parlement au vote des lois de règlement et ceux de l'assemblée délibérante d'une collectivité territoriale à l'adoption, après examen, du compte administratif.

Il est grand temps de rendre aux acteurs de la communauté hospitalière la pleine maîtrise de leur établissement et du devenir de celui-ci.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Permettez-moi, tout d'abord, monsieur le président, de préciser à Mme Assassi que les caméras fonctionnent...

Mme Éliane Assassi. Vous savez très bien auxquelles je pense !

M. Alain Milon, corapporteur. ... et que la séance est retransmise sur le site du Sénat.

Par ailleurs, nombre de nos collègues étaient présents toute la semaine dans cet hémicycle, y compris des sénateurs du groupe CRC ! Mais vous, madame Assassi, je ne vous ai pas beaucoup vue...

Mme Éliane Assassi. Il faudrait que vous vous retourniez plus souvent !

M. Alain Milon, corapporteur. Je le fais fréquemment !

Pour ce qui concerne l'amendement n° 801, le vote du budget par le conseil de surveillance du GHT crée un transfert de pouvoir important vers ledit comité. Il paraît préférable de conserver le vote du budget au sein de chaque établissement, faute de quoi il faudrait donner une personnalité morale au GHT, ce qui n'a pas été, pour l'instant, le choix du Gouvernement ni de la commission.

Par conséquent, la commission émet un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Également défavorable, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 801.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 286 rectifié, présenté par MM. de Nicolaÿ et Lemoyne, Mme Lozier, MM. Longuet, Calvet, de Legge, Bonhomme, Cigolotti, Delattre, Chaize et Chatillon, Mme Deromedi, M. Trillard, Mme Primas et MM. Raison, Morisset, Gournac, B. Fournier, P. Leroy et Médevielle, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 804 rectifié, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 57

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° L'article L. 6143-6 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Dans un délai de cinq ans suivant leur démission ou à la fin de leur contrat, les personnes ayant été membre du conseil ne peuvent exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé privé qui entre en concur-

rence directe avec l'établissement public dans lequel ils exerçaient précédemment. Les modalités d'application de cet article sont fixées par décret. » ;

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Le code de la santé publique comporte un certain nombre de règles déontologiques quant au parcours propre aux personnes destinées ou susceptibles de faire partie du conseil de surveillance des établissements hospitaliers.

Ces règles, précisées au sein de l'article L. 6143-6 du code précité, permettent d'éviter ce que l'on appelle en d'autres domaines des « conflits d'intérêts ».

Cet amendement vise à faire en sorte que tout membre des organes de direction d'un établissement public ne puisse immédiatement exercer de fonctions équivalentes dans un établissement privé situé sur le même territoire.

Cette sorte de clause de non-concurrence – le terme « concurrence » n'est pas forcément le plus adéquat, l'hôpital public n'ayant pas vocation à dégager la moindre marge commerciale – est une nécessité, en quelque sorte une protection.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Avis défavorable, monsieur le président.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis également défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 804 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1212, présenté par M. Milon et Mmes Deroche et Doineau, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 59

Après les mots :

ces compétences pour

insérer les mots :

le compte des établissements de santé parties au groupement hospitalier de territoire, pour

La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

M. Alain Milon, corapporteur. Il s'agit d'un amendement de précision rédactionnelle.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1212.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 547, présenté par Mme Génisson, M. Daudigny, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Champion et Claireaux, M. Durain, Mmes Emery-Dumas et Féret, MM. Godefroy, Jeansannetas et Labazée, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mme Yonnet et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Alinéas 63, 64 et 70

Remplacer la date :

1^{er} janvier 2016

par la date :

1^{er} juillet 2016

La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Le remplacement de date proposé tend à ce que le projet médical et psychologique des communautés hospitalières de territoire soit mis en œuvre dans les meilleures conditions et partagé par l'ensemble de la communauté soignante.

En effet, selon les témoignages de divers acteurs des hôpitaux publics, des démarches plus qu'incitatives sont actuellement menées par un certain nombre de directeurs d'agences régionales de santé, anticipant de fait les dispositions d'un texte qui n'est pas encore adopté.

Pour assurer une création sereine des GHT, le changement de date est opportun.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Favorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 547.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 423 rectifié, présenté par M. Vanlerenberghe, Mme Billon et MM. Cadic, Namy, Delahaye, Roche et Cigolotti, est ainsi libellé :

Alinéa 64, première phrase

Compléter cette phrase par les mots :

, sur approbation du directeur général de l'agence régionale de santé

La parole est à M. Jean-Marie Vanlerenberghe.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. Aux termes de l'alinéa 64 de l'article 27, « les communautés hospitalières de territoire régulièrement approuvées dont aucune des parties n'a exprimé la volonté de rompre la coopération sont transformées en groupements hospitaliers de territoire. »

Le présent amendement a pour objet de soumettre immédiatement à l'approbation de l'ARS cette transformation, sans attendre, comme cela est prévu, la convention constitutive, qui est ultérieure.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Il n'est pas sûr que cette mesure soit utile, car le directeur général de l'ARS devra, même si c'est *a posteriori*, contrôler la convention constitutive du nouveau GHT.

Par conséquent, la commission sollicite le retrait de cet amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement demande également le retrait de cet amendement, car l'article 27 prévoit déjà l'intervention des ARS.

M. le président. Monsieur Vanlerenberghe, l'amendement n° 423 rectifié est-il maintenu ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. Au travers de mon amendement, je souhaitais poser une question. Comme j'ai obtenu une réponse, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 423 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'article 27, modifié.

(L'article 27 est adopté.)

Article additionnel après l'article 27

M. le président. L'amendement n° 553 rectifié *bis*, présenté par Mme Imbert, MM. Retailleau, Delattre, Allizard, Gournac, Lefèvre et D. Laurent, Mmes Cayeux, Morhet-Richaud et Deromedi, M. Charon, Mme Giudicelli, MM. Mouiller et Fouché et Mmes Primas, Deseyne et Gruny, n'est pas soutenu.

Article 27 bis (Non modifié)

① Après le 3° de l'article L. 6133-1 du code de la santé publique, il est inséré un 4° ainsi rédigé :

② « 4° Exploiter sur un site unique les autorisations détenues par un ou plusieurs de ses membres, conformément aux articles L. 6122-1 et suivants. Dans ce cas, la convention constitutive du groupement fixe la répartition des responsabilités en matière d'admission des patients, de responsabilité à leur égard et d'archivage des données médicales les concernant. Dans ce cas, par dérogation aux articles L. 6122-4 du présent code et L. 162-21 du code de la sécurité sociale, le directeur général de l'agence régionale de santé peut autoriser le groupement à facturer les soins délivrés aux patients pour le compte de ses membres, dans les conditions prévues à l'article L. 6133-8 du présent code. »

M. le président. L'amendement n° 763, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Éliane Assassi.

Mme Éliane Assassi. Il est défendu.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Dans la mesure où il s'agit d'un amendement de suppression, la commission y est défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 763.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 27 bis.

(L'article 27 bis est adopté.)

Article 27 ter

① I. – Le code des juridictions financières est ainsi modifié :

② 1° Après l'article L. 111-8-2, il est inséré un article L. 111-8-3 ainsi rédigé :

③ « Art. L. 111-8-3. – Sans préjudice de la compétence attribuée aux chambres régionales et territoriales des comptes à l'article L. 211-10 du présent code, la Cour des comptes peut exercer un contrôle sur les personnes morales de droit privé à caractère sanitaire, social ou médico-social mentionnées à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L. 6111-1

du code de la santé publique et financées par l'État, ses établissements publics ou l'un des organismes mentionnés à l'article L. 134-1 du présent code. » ;

④ 2° Le deuxième alinéa de l'article L. 111-9 est ainsi modifié :

⑤ a) À la première phrase, les mots : « établissements publics nationaux » sont remplacés par le mot : « organismes » ;

⑥ b) Aux dernières phrases, les mots : « établissements publics » sont remplacés par le mot : « organismes » ;

⑦ 3° À la fin du premier alinéa de l'article L. 132-3-2, la référence « L. 6141-2 » est remplacée par la référence « L. 6111-1 » ;

⑧ 4° Le premier alinéa de l'article L. 132-3-2 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les rapports de certification des établissements mentionnés à l'article L. 6161-3 du code de la santé publique sont transmis sans délai à la Cour des comptes » ;

⑨ 5° Le chapitre I^{er} du titre I^{er} de la première partie du livre II est complété par un article L. 211-10 ainsi rédigé :

⑩ « Art. L. 211-10. – Sans préjudice de la compétence attribuée à la Cour des comptes à l'article L. 111-8-3 du présent code, les chambres régionales et territoriales des comptes peuvent exercer un contrôle sur les personnes morales de droit privé à caractère sanitaire, social ou médico-social mentionnées à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique et financées par une collectivité territoriale, un établissement public ou un groupement d'intérêt public relevant lui-même de la compétence de la chambre régionale des comptes ou par l'un des organismes mentionnés à l'article L. 134-1 du présent code. »

⑪ II. – L'article L. 6161-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

⑫ « Les rapports de certification sont transmis à la Cour des comptes en application de l'article L. 132-3-2 du code des juridictions financières. »

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques.

L'amendement n° 57 rectifié est présenté par MM. Commeinhes, Charon et Calvet, Mme Deromedi, M. Malhuret, Mme Mélot et M. Houel.

L'amendement n° 161 rectifié est présenté par MM. Barbier et Guérini.

L'amendement n° 429 rectifié est présenté par MM. Vasselle et Gilles.

Ces trois amendements ne sont pas soutenus.

Je mets aux voix l'article 27 ter.

(L'article 27 ter est adopté.)

Article 27 quater (Non modifié)

① Après l'article L. 1111-8-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1111-8-2 ainsi rédigé :

② « Art. L. 1111-8-2. – Les établissements de santé et les organismes et services exerçant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins signalent sans délai à

l'agence régionale de santé les incidents graves de sécurité des systèmes d'information. Les incidents de sécurité jugés significatifs sont, en outre, transmis sans délai par l'agence régionale de santé aux autorités compétentes de l'État.

- ③ « Un décret définit les catégories d'incidents concernés et les conditions dans lesquelles sont traités les incidents de sécurité des systèmes d'information. » – (Adopté.)

Article 27 quinquies (Non modifié)

- ① Le chapitre VI du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 6116-3 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 6116-3. – Les établissements de santé transmettent chaque année leurs comptes à l'agence régionale de santé. Pour les établissements de santé privés, l'agence régionale de santé peut, en complément, demander la transmission des comptes des organismes gestionnaires.
- ③ « Toutes autres pièces comptables nécessaires au contrôle sont mises à la disposition de l'autorité de tarification et, en tant que de besoin, communiquées par celle-ci aux services chargés de l'analyse économique et financière.
- ④ « En cas de non-respect de l'obligation de transmission, la sanction prévue à l'article L. 6113-8 est applicable.
- ⑤ « Sur la base de ces données comptables, l'agence régionale de santé contrôle l'absence de surcompensation financière sur le champ des activités mentionnées à l'article L. 6111-1. Elle procède, le cas échéant, à la récupération des sommes indument déléguées.
- ⑥ « Il n'y a de surcompensation que dans le cas où l'établissement de santé dépasse le taux de bénéfice raisonnable.
- ⑦ « Les règles d'application et de calcul de la surcompensation s'appliquent au plan national en conformité avec les règles européennes.
- ⑧ « Un décret en Conseil d'État fixe les règles de calcul et d'application de la surcompensation et détermine les modalités de transmission des comptes et de répartition des charges et des produits entre les activités mentionnées à l'article L. 6111-1 et les autres activités, les modalités de contrôle et de publicité, ainsi que le mécanisme de récupération. »

M. le président. Les amendements n^{os} 451 et 452, présentés par M. Vasselle, ne sont pas soutenus.

Je mets aux voix l'article 27 quinquies.

(L'article 27 quinquies est adopté.)

Article 27 sexies

- ① I (Non modifié). – L'article L. 6161-3-1 du code de la santé publique est ainsi rétabli :
- ② « Art. L. 6161-3-1. – Les règles relatives à l'organisation financière des établissements publics de santé sont applicables aux établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, sous réserve des règles d'organisa-

tion et de fonctionnement de droit privé ou des dispositions du code de la santé publique qui leur sont spécifiques, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. »

- ③ II (nouveau). – Les XX et XXI de l'article 1^{er} de la loi n^o 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires sont abrogés.
- ④ III (nouveau). – L'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑤ a) Après le mot « territoires », la fin du b) est supprimée ;
- ⑥ b) Après le mot « privée », la fin du c) est supprimée.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, sur l'article.

Mme Laurence Cohen. Nous voterons en faveur de cet article, introduit dans le projet de loi à la suite de l'adoption d'un amendement par l'Assemblée nationale puis légèrement modifié par la commission des affaires sociales du Sénat.

Nous partageons en effet l'objectif visé, à savoir le contrôle de l'argent public. Or, jusqu'à présent, les textes en vigueur ne permettent pas, par exemple, à la Cour des comptes de contrôler l'utilisation de l'argent public par les établissements privés à caractère sanitaire ou médico-social. On sait pourtant que ces établissements reçoivent des financements de la part de l'État au titre de leur mission d'offre de soins. Cet article va donc permettre un traitement équivalent des différents établissements, ce qui nous paraît juste.

Cela dit, il est vraiment regrettable que la colonne vertébrale de ce projet de loi, c'est-à-dire les groupements hospitaliers de territoire, soit adoptée par quelques membres de la Haute Assemblée à minuit vingt-cinq...

M. le président. L'amendement n^o 274 rectifié, présenté par MM. Barbier et Mézard, Mme Malherbe et MM. Arnell, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin, Requier et Vall, est ainsi libellé :

Alinéa 3

Supprimer cet alinéa.

La parole est à M. Guillaume Arnell.

M. Guillaume Arnell. Cet amendement tend à éviter un vide juridique transitoire pour les établissements de santé financés antérieurement par dotation globale.

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

M. Alain Milon, corapporteur. Cet amendement devrait être satisfait par l'adoption de l'amendement suivant, présenté par la commission. C'est pourquoi j'en sollicite le retrait.

M. le président. L'amendement n^o 1195, présenté par Mmes Deroche et Doineau et M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Compléter cet article par deux paragraphes ainsi rédigés :

... – À la première phrase du premier alinéa du XX et au premier alinéa du XXI de l'article 1^{er} de la loi n^o 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, l'année : « 2016 » est remplacée par l'année : « 2017 »

... – Les II et III entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

M. Alain Milon, corapporteur. Il s'agit d'un amendement de portée technique.

L'entrée en vigueur des dispositions pérennes prévues par le présent article est liée à la publication d'un décret en Conseil d'État qui ne pourra intervenir avant la fin des dispositions transitoires prévue le 1^{er} janvier 2016.

Cet amendement a par conséquent pour objet l'application des dispositions transitoires jusqu'au 1^{er} janvier 2017, afin de permettre un nouvel exercice budgétaire complet sous le régime des dispositions transitoires, et un report de l'abrogation des dispositions transitoires à cette même date.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur les amendements n^{os}274 rectifié et 1195 ?

Mme Marisol Touraine, ministre. S'agissant de l'amendement n^o 1195, il me semble utile de prévoir des mesures qui permettent d'éviter un vide juridique en différant au 1^{er} janvier 2017 la fin de la période d'application des dispositions transitoires relatives aux règles budgétaires des établissements de santé privés d'intérêt collectif.

Quant à l'amendement n^o 274 rectifié, sa rédaction étant moins précise, je vous demande, monsieur Arnell, de bien vouloir le retirer au bénéfice de l'amendement n^o 1195.

M. le président. Monsieur Arnell, l'amendement n^o 274 rectifié est-il maintenu ?

M. Guillaume Arnell. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n^o 274 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n^o 1195.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 27 *sexies*, modifié.

*(L'article 27 *sexies* est adopté.)*

Article 27 septies (nouveau)

- ① L'article L. 6122-15 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1^o Les deux premiers alinéas sont ainsi rédigés :
- ③ « Afin d'organiser la collaboration entre les professionnels médicaux compétents en imagerie, l'agence régionale de santé peut, à la demande des professionnels concernés, autoriser la création de plateaux mutualisés d'imagerie médicale impliquant au moins un établissement de santé et comportant plusieurs équipements matériels lourds d'imagerie diagnostique différents, des équipements d'imagerie interventionnelle ou tout autre équipement d'imagerie médicale.
- ④ « Les titulaires des autorisations élaborent à cet effet un projet de coopération qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé. » ;
- ⑤ 2^o Le quatrième alinéa est ainsi rédigé :
- ⑥ « Les autorisations de plateaux d'imagerie médicale accordées par l'agence régionale de santé doivent être compatibles avec les orientations du schéma régional de santé prévu aux articles L. 1434-2 et L. 1434-3 en ce qui concerne les implantations d'équipements matériels lourds. » ;
- ⑦ 3^o Au cinquième alinéa, les mots : « trois ans » sont remplacés par les mots : « cinq ans renouvelables » ;

⑧ 4^o Le septième alinéa est supprimé ;

⑨ 5^o Le onzième alinéa est supprimé. – *(Adopté.)*

M. le président. Mes chers collègues, nous avons examiné 224 amendements au cours de la journée ; il en reste 494.

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

9

DÉPÔT D'UN DOCUMENT

M. le président. M. le président du Sénat a reçu de M. le Premier ministre le tableau de programmation des mesures d'application de la loi n^o 2015-917 du 28 juillet 2015 actualisant la programmation militaire pour les années 2015 à 2019 et portant diverses dispositions concernant la défense.

Acte est donné du dépôt de ce document.

Il a été transmis à la commission des affaires étrangères ainsi qu'à la commission des finances.

10

ORDRE DU JOUR

M. le président. Voici quel sera l'ordre du jour de la prochaine séance publique, précédemment fixée au lundi 28 septembre 2015 :

À dix heures :

Suite du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé (n^o 406, 2014-2015) ;

Rapport de M. Alain Milon, Mmes Catherine Deroche et Élisabeth Doineau, fait au nom de la commission des affaires sociales (n^o 653, 2014-2015) ;

Texte de la commission (n^o 654, 2014-2015) ;

Avis de M. Jean-François Longeot, fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable (n^o 627, 2014-2015) ;

Avis de M. André Reichardt, fait au nom de la commission des lois (n^o 628, 2014-2015).

À quatorze heures trente, le soir et la nuit :

Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, autorisant la ratification de l'accord entre la République française et l'Union européenne visant à l'application, en ce qui concerne la collectivité de Saint-Barthélemy, de la législation de l'Union sur la fiscalité de l'épargne et la coopération administrative dans le domaine de la fiscalité (n^o 418, 2014-2015) ;

Rapport de M. Éric Doligé, fait au nom de la commission des finances (n^o 683, 2014-2015) ;

Texte de la commission (n^o 684, 2014-2015).

Projet de loi autorisant l'approbation de la décision du Conseil du 26 mai 2014 relative au système des ressources propres de l'Union européenne (n^o 552, 2014-2015) ;

Rapport de M. François Marc, fait au nom de la commission des finances (n^o 685, 2014-2015) ;

Texte de la commission (n° 686, 2014-2015).

Suite de l'ordre du jour du matin.

Personne ne demande la parole?...

La séance est levée.

(La séance est levée le samedi 19 septembre 2015, à zéro heure trente.)

Le Directeur du Compte rendu intégral

FRANÇOISE WIART

ANNEXES AU PROCES VERBAL

de la séance du

vendredi 18 septembre 2015

SCRUTIN N° 250

sur l'amendement n° 192 présenté par M. Gilbert Barbier et sur l'amendement n° 635, présenté par le Gouvernement, tendant à supprimer l'article 12 quater A du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	342
Suffrages exprimés	341
Pour	136
Contre	205

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GRUPE LES RÉPUBLICAINS (144) :

Contre : 140

Abstention : 1 M. Alain Vasselle

N'ont pas pris part au vote : 3 M. Gérard Larcher - Président du Sénat et Mme Isabelle Debré - qui présidait la séance, M. Michel Bouvard

GRUPE SOCIALISTE ET APPARENTÉS (110) :

Pour : 110

GRUPE UNION DES DÉMOCRATES ET INDÉPENDANTS - UC (42) :

Contre : 42

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN ET CITOYEN (19) :

Contre : 19

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (17) :

Pour : 16

Contre : 1 M. Pierre-Yves Collombat

GRUPE ÉCOLOGISTE (10) :

Pour : 10

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :

Contre : 3

N'ont pas pris part au vote : 3

Leila Aïchi
Michel Amiel
Michèle André
Maurice Antiste
Alain Anziani
Aline Archimbaud
Guillaume Arnell
David Assouline
Dominique Bailly
Gilbert Barbier
Delphine Bataille
Esther Benbassa
Claude Bérit-Débat
Michel Berson
Alain Bertrand
Jacques Bigot
Marie-Christine Blandin
Maryvonne Blondin
Nicole Bonnefoy
Yannick Botrel
Corinne Bouchoux
Jean-Claude Boulard
Martial Bourquin
Michel Boutant
Nicole Bricq
Henri Cabanel
Jean-Pierre Caffet
Pierre Camani
Claire-Lise Champion
Thierry Carcenac
Jean-Louis Carrère
Françoise Cartron
Luc Carvounas
Joseph Castelli
Bernard Cazeau
Jacques Chiron
Karine Claireaux
Yvon Collin
Gérard Collomb
Hélène Conway-Mouret
Jacques Cornano
Roland Courteau
Ronan Dantec
Yves Daudigny
Marc Daunis
Michel Delebarre

Patrick Abate
Philippe Adnot
Pascal Allizard
Éliane Assassi
Gérard Bailly
François Baroin

Ont voté pour :

Jean Desessard
Félix Desplan
Jérôme Duran
Alain Duran
Josette Durrieu
Vincent Eblé
Anne Emery-Dumas
Philippe Esnol
Frédérique Espagnac
Corinne Féret
Jean-Jacques Filleul
François Fortassin
Jean-Claude Frécon
André Gattolin
Catherine Génisson
Samia Ghali
Dominique Gillot
Jacques Gillot
Éliane Giraud
Jean-Pierre Godefroy
Gaëtan Gorce
Jean-Noël Guérini
Didier Guillaume
Annie Guillemot
Claude Haut
Odette Herviaux
Robert Hue
Éric Jeansannetas
Gisèle Jourda
Mireille Jouve
Philippe Kaltenbach
Antoine Karam
Bariza Khiari
Georges Labazée
Joël Labbé
Françoise Laborde
Bernard Lalande
Serge Larcher
Jean-Yves Leconte
Claudine Lepage
Jean-Claude Leroy
Marie-Noëlle Lienemann
Jeanny Lorgeoux
Jean-Jacques Lozach
Roger Madec
Philippe Madrelle

Ont voté contre :

Philippe Bas
Marie-France Beaufrils
Christophe Béchu
Jérôme Bignon
Annick Billon
Michel Billout

Jacques-Bernard Magner
Hermeline Malherbe
Christian Manable
François Marc
Didier Marie
Jean-Pierre Masseret
Rachel Mazuir
Michelle Meunier
Jacques Mézard
Danielle Michel
Gérard Miquel
Thani Mohamed Soilihi
Marie-Pierre Monier
Franck Montaugé
Alain Néri
Georges Patient
François Patriat
Daniel Percheron
Marie-Françoise Perol-Dumont
Jean-Vincent Placé
Hervé Poher
Daniel Raoul
Claude Reynal
Daniel Reiner
Jean-Claude Requier
Alain Richard
Stéphanie Riocreux
Sylvie Robert
Gilbert Roger
Yves Rome
Jean-Yves Roux
Patricia Schillinger
Jean-Pierre Sueur
Simon Sutour
Catherine Tasca
Nelly Tocqueville
Jean-Louis Tourenne
Raymond Vall
René Vandierendonck
Yannick Vaugrenard
Michel Vergoz
Maurice Vincent
Evelyne Yonnet
Richard Yung

Jean Bizet
Jean-Marie Bockel
Éric Bocquet
François Bonhomme
Philippe Bonhecarrère
Jean-Pierre Bosino

Natacha Bouchart
 Gilbert Bouchet
 François-Noël Buffet
 Olivier Cadic
 François Calvet
 Christian Cambon
 Agnès Canayer
 Michel Canevet
 Jean-Pierre Captegrit
 Vincent Capo-Canellas
 Jean-Noël Cardoux
 Jean-Claude Carle
 Caroline Cayeux
 Gérard César
 Patrick Chaize
 Pierre Charon
 Daniel Chasseing
 Alain Chatillon
 Olivier Cigolotti
 Laurence Cohen
 Pierre-Yves Collombat
 François Commeinhes
 Gérard Cornu
 Cécile Cukierman
 Philippe Dallier
 René Danesi
 Mathieu Darnaud
 Serge Dassault
 Annie David
 Robert del Picchia
 Vincent Delahaye
 Francis Delattre
 Bernard Delcros
 Michelle Demessine
 Gérard Dériot
 Catherine Deroche
 Jacky Deromedi
 Marie-Hélène Des Esgaulx
 Chantal Deseyne
 Yves Détraigne
 Catherine Di Folco
 Évelyne Didier
 Élisabeth Doineau
 Éric Doligé
 Philippe Dominati
 Daniel Dubois
 Marie-Annick Duchêne
 Alain Dufaut
 Jean-Léonce Dupont
 Nicole Duranton
 Louis Duvernois
 Jean-Paul Emorine
 Dominique Estrosi Sassone
 Hubert Falco
 Christian Favier
 Françoise Férat
 Michel Fontaine
 Michel Forissier
 Thierry Foucaud
 Alain Fouché
 Bernard Fournier
 Jean-Paul Fournier
 Christophe-André Frassa

Pierre Frogier
 Jean-Marc Gabouyt
 Joëlle Garriaud-Maylam
 Françoise Gatel
 Jean-Claude Gaudin
 Jacques Gautier
 Jacques Genest
 Bruno Gilles
 Colette Giudicelli
 Brigitte Gonthier-Maurin
 Nathalie Goulet
 Jacqueline Gourault
 Alain Gournac
 Sylvie Goy-Chavent
 Jean-Pierre Grand
 Daniel Gremillet
 François Grosdidier
 Jacques Groperrin
 Pascale Gruny
 Charles Guené
 Joël Guerriau
 Loïc Hervé
 Michel Houel
 Alain Houpert
 Christiane Hummel
 Benoît Huré
 Jean-François Husson
 Jean-Jacques Hyest
 Corinne Imbert
 Sophie Joissains
 Chantal Jouanno
 Alain Joyandet
 Christiane Kammermann
 Roger Karoutchi
 Fabienne Keller
 Guy-Dominique Kennel
 Claude Kern
 Marc Laménie
 Élisabeth Lamure
 Jean-Jacques Lasserre
 Robert Laufoaulu
 Daniel Laurent
 Pierre Laurent
 Nuihau Laurey
 Antoine Lefèvre
 Jacques Legendre
 Dominique de Legge
 Jean-Pierre Leleux
 Jean-Baptiste Lemoigne
 Jean-Claude Lenoir
 Philippe Leroy
 Michel Le Scouarnec
 Valérie Létard
 Anne-Catherine Loisier
 Jean-François Longeot
 Gérard Longuet
 Vivette Lopez
 Jean-Claude Luche
 Michel Magras
 Claude Malhuret
 Didier Mandelli
 Alain Marc
 Hervé Marseille

Patrick Masclat
 Jean Louis Masson
 Hervé Maurey
 Jean-François Mayet
 Pierre Médevielle
 Colette Mélot
 Marie Mercier
 Michel Mercier
 Brigitte Micouleau
 Alain Milon
 Albéric de Montgolfier
 Patricia Morhet-Richaud
 Catherine Morin-Desailly
 Jean-Marie Morisset
 Philippe Mouiller
 Philippe Nachbar
 Christian Namy
 Louis Nègre
 Louis-Jean de Nicolay
 Claude Nougein
 Jean-Jacques Panunzi
 Philippe Paul
 Cyril Pellevat
 Cédric Perrin
 Jackie Pierre
 François Pillet
 Xavier Pintat
 Louis Pinton
 Rémy Pointereau
 Ladislav Poniatsowski
 Hugues Portelli
 Yves Pozzo di Borgo
 Sophie Primas
 Catherine Procaccia
 Christine Prunaud
 Jean-Pierre Raffarin
 Henri de Raincourt
 Michel Raison
 André Reichardt
 Bruno Retailleau
 Charles Revet
 Didier Robert
 Gérard Roche
 Bernard Saugy
 René-Paul Savary
 Michel Savin
 Bruno Sido
 Abdourahamane Soilih
 Henri Tandonnet
 Lana Tetuanui
 André Trilland
 Catherine Troendlé
 Alex Türk
 Jean-Marie Vanlerenberghe
 Michel Vaspart
 Hilarion Vendegou
 Paul Vergès
 Jean-Pierre Vial
 Jean Pierre Vogel
 Dominique Watrin
 François Zocchetto

Les nombres annoncés en séance avaient été de :

Nombre de votants	346
Nombre des suffrages exprimés	345
Pour l'adoption	136
Contre	209

Mais après vérification, ces nombres ont été rectifiés conformément à la liste ci-dessus.

SCRUTIN N° 251

sur l'amendement n° 14 présenté par M. Jean-François Longeot au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable à l'article 12 quater A du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	326
Suffrages exprimés	319
Pour	54
Contre	265

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GRUPE LES RÉPUBLICAINS (144) :

Pour : 4 MM. Jérôme Bignon, Patrick Chaize, Jean-François Mayet, Michel Vaspart

Contre : 135

Abstention : 2 MM. Jean-Baptiste Lemoigne, Alain Vasselle

N'ont pas pris part au vote : 3 M. Gérard Larcher - Président du Sénat et Mme Isabelle Debré - qui présidait la séance, M. Michel Bouvard

GRUPE SOCIALISTE ET APPARENTÉS (110) :

Contre : 110

GRUPE UNION DES DÉMOCRATES ET INDÉPENDANTS - UC (42) :

Pour : 21

Contre : 3 MM. Philippe Bonnacarrère, Olivier Cadic, Mme Élisabeth Doineau

Abstention : 5 MM. Jean-Marie Bockel, Michel Canevet, Joël Guerriau, Hervé Marseille, Jean-Marie Vanlerenberghe

N'ont pas pris part au vote : 13 MM. Vincent Capo-Canellas, Olivier Cigolotti, Bernard Delcros, Mmes Nathalie Goulet, Sylvie Goy-Chavent, M. Loïc Hervé, Mmes Sophie Joissains, Valérie Létard, MM. Jean-Claude Luche, Michel Mercier, Mme Catherine Morin-Desailly, MM. Yves Pozzo di Borgo, Gérard Roche

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN ET CITOYEN (19) :

Pour : 19

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (17) :

Contre : 17

GRUPE ÉCOLOGISTE (10) :

Pour : 10

Abstention :

Alain Vasselle.

N'ont pas pris part au vote :

Michel Bouvard, Robert Navarro, David Rachline, Stéphane Ravier.

N'ont pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - Président du Sénat et Mme Isabelle Debré - qui présidait la séance.

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :
N'ont pas pris part au vote : 6
Ont voté pour :

Patrick Abate
Leila Aïchi
Aline Archimbaud
Éliane Assassi
Marie-France Beaufile
Esther Benbassa
Jérôme Bignon
Annick Billon
Michel Billout
Marie-Christine Blandin
Éric Bocquet
Jean-Pierre Bosino
Corinne Bouchoux
Patrick Chaize
Laurence Cohen
Cécile Cukierman
Ronan Dantec
Annie David

Vincent Delahaye
Michelle Demessine
Jean Desessard
Yves Détraigne
Évelyne Didier
Daniel Dubois
Jean-Léonce Dupont
Christian Favier
Françoise Férat
Thierry Foucaud
Jean-Marc Gabouty
Françoise Gatel
André Gattolin
Brigitte Gonthier-Maurin
Jacqueline Gourault
Chantal Jouanno
Claude Kern
Joël Labbé

Jean-Jacques Lasserre
Pierre Laurent
Nuihau Laurey
Michel Le Scouarnec
Anne-Catherine Loisier
Jean-François Longeot
Hervé Maurey
Jean-François Mayet
Pierre Médevielle
Christian Namy
Jean-Vincent Placé
Christine Prunaud
Henri Tandonnet
Lana Tetuanui
Michel Vaspert
Paul Vergès
Dominique Watrin
François Zocchetto

Ont voté contre :

Pascal Allizard
Michel Amiel
Michèle André
Maurice Antiste
Alain Anziani
Guillaume Arnell
David Assouline
Dominique Bailly
Gérard Bailly
Gilbert Barbier
François Baroin
Philippe Bas
Delphine Bataille
Christophe Béchu
Claude Bérut-Débat
Michel Berson
Alain Bertrand
Jacques Bigot
Jean Bizet
Maryvonne Blondin
François Bonhomme
Philippe Bonnet
Nicole Bonnefoy
Yannick Botrel
Natacha Bouchart
Gilbert Bouchet
Jean-Claude Boulard
Martial Bourquin
Michel Boutant
Nicole Bricq
François-Noël Buffet
Henri Cabanel
Olivier Cadic
Jean-Pierre Caffet
François Calvet
Pierre Camani
Christian Cambon
Claire-Lise Campion
Agnès Canayer
Jean-Pierre Cantegrit
Thierry Carcenac
Jean-Noël Cardoux
Jean-Claude Carle
Jean-Louis Carrère
Françoise Cartron
Luc Carvouas
Joseph Castelli
Caroline Cayeux
Bernard Cazeau
Gérard César
Pierre Charon
Daniel Chasseing

Alain Chatillon
Jacques Chiron
Karine Claireaux
Yvon Collin
Gérard Collomb
Pierre-Yves Collombat
François Commeinhes
Hélène Conway-Mouret
Jacques Cornano
Gérard Cornu
Roland Courteau
Philippe Dallier
René Danesi
Mathieu Darnaud
Serge Dassault
Yves Daudigny
Marc Daunis
Robert del Picchia
Francis Delattre
Michel Delebarre
Gérard Dériot
Alain Deroche
Jacky Deromedi
Marie-Hélène Des Esgaulx
Chantal Deseyne
Félix Desplan
Catherine Di Folco
Élisabeth Doineau
Éric Doligé
Philippe Dominati
Marie-Annick Duchêne
Alain Dufaut
Jérôme Durain
Alain Duran
Nicole Duranton
Josette Durrieu
Louis Duvernois
Vincent Eblé
Anne Emery-Dumas
Jean-Paul Émorine
Philippe Esnol
Frédérique Espagnac
Dominique Estrosi Sassone
Hubert Falco
Corinne Féret
Jean-Jacques Filleul
Michel Fontaine
Michel Forissier

François Fortassin
Alain Fouché
Bernard Fournier
Jean-Paul Fournier
Christophe-André Frassa
Jean-Claude Frécon
Pierre Frogier
Joëlle Garriaud-Maylam
Jean-Claude Gaudin
Jacques Gautier
Jacques Genest
Catherine Génissou
Samia Ghali
Bruno Gilles
Dominique Gillot
Jacques Gillot
Éliane Giraud
Colette Giudicelli
Jean-Pierre Godéfroy
Gaëtan Gorce
Alain Gournac
Jean-Pierre Grand
Daniel Gremillet
François Grosdidier
Jacques Gropserin
Pascale Gruny
Charles Guéné
Jean-Noël Guérini
Didier Guillaume
Annie Guillemot
Claude Haut
Odette Herviaux
Michel Houel
Alain Houpert
Robert Hue
Christiane Hummel
Benoît Huré
Jean-François Husson
Jean-Jacques Hyst
Corinne Imbert
Éric Jeansannetas
Gisèle Jourda
Mireille Jouve
Alain Joyandet
Philippe Kaltbach
Christiane Kammermann
Antoine Karam
Roger Karoutchi
Fabienne Keller

Guy-Dominique Kennel
Bariza Khiari
Georges Labazée
Françoise Laborde
Bernard Lalande
Marc Laméni
Élisabeth Lamure
Serge Larcher
Robert Laufoaalu
Daniel Laurent
Jean-Yves Leconte
Antoine Lefèvre
Jacques Legendre
Dominique de Legge
Jean-Pierre Leleux
Jean-Claude Lenoir
Claudine Lepage
Jean-Claude Leroy
Philippe Lopez
Marie-Noëlle Lienemann
Gérard Longuet
Vivette Lopez
Jeanny Lorgeoux
Jean-Jacques Lozach
Roger Madec
Philippe Madrelle
Jacques-Bernard Magner
Michel Magras
Hermeline Malherbe
Claude Malhuret
Christian Manable
Didier Mandelli
François Marc
Alain Marc
Didier Marie
Patrick Masclat
Jean-Pierre Masseret
Rachel Mazuir

Colette Mélot
Marie Mercier
Michelle Meunier
Jacques Mézard
Danielle Michel
Brigitte Micouleau
Alain Milon
Gérard Miquel
Thani Mohamed Soilihi
Marie-Pierre Monier
Franck Montaugé
Albéric de Montgolfier
Patricia Morhet-Richaud
Jean-Marie Morisset
Philippe Mouiller
Philippe Nachbar
Louis Nègre
Alain Néri
Louis-Jean de Nicolaÿ
Claude Nougéin
Jean-Jacques Panunzi
Georges Patient
François Patriat
Philippe Paul
Cyril Pellevat
Daniel Percheron
Marie-Françoise Perol-Dumont
Cédric Perrin
Jackie Pierre
François Pillet
Xavier Pintat
Louis Pinton
Hervé Poher
Rémy Pointereau
Ladislav Poniatsowski
Hugues Portelli
Sophie Primas
Catherine Procaccia

Jean-Pierre Raffarin
Henri de Raincourt
Michel Raison
Daniel Raoul
Claude Raynal
André Reichardt
Daniel Reiner
Jean-Claude Requier
Bruno Retailleau
Charles Revet
Alain Richard
Stéphanie Riocreux
Didier Robert
Sylvie Robert
Gilbert Roger
Yves Rome
Jean-Yves Roux
Bernard Saugéy
René-Paul Savary
Michel Savin
Patricia Schillinger
Bruno Sido
Abdourahmane Soilihi
Jean-Pierre Sueur
Simon Sutour
Catherine Tasca
Nelly Tocqueville
Jean-Louis Tourenne
André Trillard
Catherine Troendlé
Raymond Vall
René Vandierendonck
Yannick Vaugrenard
Hilarion Vendegou
Michel Vergoz
Jean-Pierre Vial
Maurice Vincent
Jean Pierre Vogel
Evelyne Yonnet
Richard Yung

Abstentions :

Jean-Marie Bockel
Michel Canevet
Joël Guerriau

Jean-Baptiste Lemoyné
Hervé Marseille

Jean-Marie Vanlerenberghe
Alain Vasselle

N'ont pas pris part au vote :

Philippe Adnot
Michel Bouvard
Vincent Capocanellas
Olivier Cigolotti
Bernard Delcros
Nathalie Goulet
Sylvie Goy-Chavent

Loïc Hervé
Sophie Joissains
Valérie Létard
Jean-Claude Luche
Jean Louis Masson
Michel Mercier
Catherine Morin-Desailly

Robert Navarro
Yves Pozzo di Borgo
David Rachline
Stéphane Ravier
Gérard Roche
Alex Türk

N'ont pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - Président du Sénat et Mme Isabelle Debré - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus.

SCRUTIN N° 252

sur l'amendement n° 1216, présenté par M. Alain Milon au nom de la commission des affaires sociales, à l'article 12 quater A du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	342
Suffrages exprimés	331
Pour	204
Contre	127

Le Sénat a adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GRUPE LES RÉPUBLICAINS (144) :

Pour : 140

Abstention : 1 M. Alain Vasselle

N'ont pas pris part au vote : 3 M. Gérard Larcher - Président du Sénat et Mme Isabelle Debré - qui présidait la séance, M. Michel Bouvard

GRUPE SOCIALISTE ET APPARENTÉS (110) :

Contre : 110

GRUPE UNION DES DÉMOCRATES ET INDÉPENDANTS - UC (42) :

Pour : 42

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN ET CITOYEN (19) :

Pour : 19

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (17) :

Contre : 17

GRUPE ÉCOLOGISTE (10) :

Abstention : 10

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :

Pour : 3

N'ont pas pris part au vote : 3

Ont voté pour :

Patrick Abate	Caroline Cayeux	Éric Doligé
Philippe Adnot	Gérard César	Philippe Dominati
Pascal Allizard	Patrick Chaize	Daniel Dubois
Éliane Assassi	Pierre Charon	Marie-Annick Duchêne
Gérard Bailly	Daniel Chasseing	Alain Dufaut
François Baroin	Alain Chatillon	Jean-Léonce Dupont
Philippe Bas	Olivier Cigolotti	Nicole Duranton
Marie-France Beauflis	Laurence Cohen	Louis Duvernois
Christophe Béchu	François Commeinhes	Jean-Paul Emorine
Jérôme Bignon	Gérard Cornu	Dominique Estrosi Sassone
Annick Billon	Cécile Cukierman	Hubert Falco
Michel Billout	Philippe Dallier	Christian Favier
Jean Bizet	René Danesi	Françoise Férat
Jean-Marie Bockel	Mathieu Darnaud	Michel Fontaine
Éric Bocquet	Serge Dassault	Michel Forissier
François Bonhomme	Annie David	Thierry Foucaud
Philippe Bonnacerrère	Robert del Picchia	Alain Fouché
Jean-Pierre Bosino	Vincent Delahaye	Bernard Fournier
Natacha Bouchart	Francis Delattre	Jean-Paul Fournier
Gilbert Bouchet	Bernard Delcros	Christophe-André Frassa
François-Noël Buffet	Michelle Demessine	Pierre Frogier
Olivier Cadic	Gérard Dériot	Jean-Marc Gabouty
François Calvet	Catherine Deroche	Joëlle Garriaud-Maylam
Christian Cambon	Jacky Deromedi	Françoise Gatel
Agnès Canayer	Marie-Hélène Des Esgaulx	Jean-Claude Gaudin
Michel Canevet	Chantal Deseyne	Jacques Gautier
Jean-Pierre Cantegrit	Yves Détraigne	Jacques Genest
Vincent Capo-Canellas	Catherine Di Folco	
Jean-Noël Cardoux	Évelyne Didier	
Jean-Claude Carle	Élisabeth Doineau	

Bruno Gilles	Dominique de Legge
Colette Giudicelli	Jean-Pierre Leleux
Brigitte Gonthier-Maurin	Jean-Baptiste Lemoyne
Nathalie Goulet	Jean-Claude Lenoir
Jacqueline Gourault	Philippe Leroy
Alain Guernac	Michel Le Scouarnec
Sylvie Goy-Chavent	Valérie Létard
Jean-Pierre Grand	Anne-Catherine Loisier
Daniel Gremillet	Jean-François Longeot
François Grosdidier	Gérard Longuet
Jacques Groperrin	Vivette Lopez
Pascale Gruny	Jean-Claude Luche
Charles Guené	Michel Magras
Joël Gueriau	Claude Malhuret
Loïc Hervé	Didier Mandelli
Michel Houel	Alain Marc
Alain Houpert	Hervé Marseille
Christiane Hummel	Patrick Masclat
Benoît Huré	Jean Louis Masson
Jean-François Husson	Hervé Maurey
Jean-Jacques Hyst	Jean-François Mayet
Corinne Imbert	Pierre Médevielle
Sophie Joissains	Colette Mélot
Chantal Jouanno	Marie Mercier
Alain Joyandet	Michel Mercier
Christiane Kammermann	Brigitte Micouleau
Roger Karoutchi	Alain Milon
Fabienne Keller	Albéric de Montgolfier
Guy-Dominique Kennel	Patricia Morher-Richaud
Claude Kern	Catherine Morin-Desailly
Marc Laménié	Jean-Marie Morisset
Élisabeth Lamure	Philippe Mouiller
Jean-Jacques Lasserre	Philippe Nachbar
Robert Laufoaulu	Christian Namy
Daniel Laurent	Louis Nègre
Pierre Laurent	Louis-Jean de Nicolaj
Nuihau Laurey	Claude Nougéin
Antoine Lefèvre	Jean-Jacques Panunzi
Jacques Legendre	

Ont voté contre :

Hélène Conway-Mouret	Philippe Kaltenbach
Jacques Cornano	Antoine Karam
Roland Courteau	Bariza Khiri
Yves Daudigny	Georges Labazée
Marc Daunis	Françoise Laborde
Michel Delebarre	Bernard Lalande
Félix Desplan	Serge Larcher
Jérôme Durain	Jean-Yves Leconte
Alain Duran	Claudine Lepage
Josette Durrieu	Jean-Claude Leroy
Vincent Eblé	Marie-Noëlle Lienemann
Anne Emery-Dumas	Jean-Lorgeoux
Philippe Esnol	Jean-Jacques Lozach
Frédérique Espagnac	Roger Madec
Corinne Féret	Philippe Madrelle
Jean-Jacques Filleul	Jacques-Bernard Magnier
François Fortassin	Hermeline Malherbe
Jean-Claude Frécon	Christian Manable
Catherine Génisson	François Marc
Samia Ghali	Didier Marie
Dominique Gillot	Jean-Pierre Masseret
Jacques Gillot	Rachel Mazuir
Éliane Giraud	Michelle Meunier
Jean-Pierre Godefroy	Jacques Mézard
Gaëtan Gorce	Danielle Michel
Jean-Noël Guérini	Gérard Miquel
Didier Guillaume	Thani Mohamed Soilihi
Annie Guillemot	Marie-Pierre Monier
Claude Haut	Franck Montaugé
Odette Herviaux	Alain Néri
Robert Hue	Georges Patient
Éric Jéansannetas	François Patriat
Gisèle Jourda	
Mireille Jouve	

Daniel Percheron	Stéphanie Riocreux	Nelly Tocqueville
Marie-Françoise Perol-Dumont	Sylvie Robert	Jean-Louis Tourenne
Hervé Poher	Gilbert Roger	Raymond Vall
Daniel Raoul	Yves Rome	René Vandierendonck
Claude Raynal	Jean-Yves Roux	Yannick Vaugrenard
Daniel Reiner	Patricia Schillinger	Michel Vergoz
Jean-Claude Requier	Jean-Pierre Sueur	Maurice Vincent
Alain Richard	Simon Sutour	Evelyne Yonnet
	Catherine Tasca	Richard Yung

Abstentions :

Leila Aïchi	Corinne Bouchoux	Jean-Vincent Placé
Aline Archimbaud	Ronan Dantec	Alain Vasselle
Esther Benbassa	Jean Desessard	
Marie-Christine Blandin	André Gattolin	
	Joël Labbé	

N'ont pas pris part au vote :

Michel Bouvard, Robert Navarro, David Rachline, Stéphane Ravier.

N'ont pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - Président du Sénat et Mme Isabelle Debré - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus.

SCRUTIN N° 253

sur l'article 12 quater A du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	342
Suffrages exprimés	341
Pour	215
Contre	126

Le Sénat a adopté

ANALYSE DU SCRUTIN**GRUPE LES RÉPUBLICAINS (144) :**

Pour : 140

Abstention : 1 M. Alain Vasselle

N'ont pas pris part au vote : 3 M. Gérard Larcher - Président du Sénat et Mme Isabelle Debré - qui présidait la séance, M. Michel Bouvard

GRUPE SOCIALISTE ET APPARENTÉS (110) :

Contre : 110

GRUPE UNION DES DÉMOCRATES ET INDÉPENDANTS - UC (42) :

Pour : 42

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN ET CITOYEN (19) :

Pour : 19

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (17) :

Pour : 1 M. Pierre-Yves Collombat

Contre : 16

GRUPE ÉCOLOGISTE (10) :

Pour : 10

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :

Pour : 3

N'ont pas pris part au vote : 3

Ont voté pour :

Patrick Abate	Philippe Dominati	Antoine Lefèvre
Philippe Adnot	Daniel Dubois	Jacques Legendre
Leila Aïchi	Marie-Annick Duchêne	Dominique de Legge
Pascal Allizard	Alain Dufaut	Jean-Pierre Leleux
Aline Archimbaud	Jean-Léonce Dupont	Jean-Baptiste Lemoyne
Éliane Assassi	Nicole Duranton	Jean-Claude Lenoir
Gérard Bailly	Louis Duvernois	Philippe Leroy
François Baroin	Jean-Paul Emorine	Michel Le Scouarnec
Philippe Bas	Dominique Estrosi Sassone	Valérie Létard
Marie-France Beaufils	Hubert Falco	Anne-Catherine Loisier
Christophe Béchu	Christian Favier	Jean-François Longeot
Esther Benbassa	Françoise Férat	Gérard Longuet
Jérôme Bignon	Michel Fontaine	Vivette Lopez
Annick Billon	Michel Forissier	Jean-Claude Luche
Michel Billout	Thierry Foucaud	Michel Magras
Jean Bizet	Alain Fouché	Claude Malhuret
Marie-Christine Blandin	Bernard Fournier	Didier Mandelli
Jean-Marie Bockel	Jean-Paul Fournier	Alain Marc
Éric Bocquet	Christophe-André Frassa	Hervé Marseille
François Bonhomme	Pierre Frogier	Patrick Masclat
Philippe Bonnecarrère	Jean-Marc Gabouty	Jean Louis Masson
Jean-Pierre Bosino	Joëlle Garriaud-Maylam	Hervé Maurey
Natacha Bouchart	Françoise Gatel	Jean-François Mayet
Gilbert Bouchet	André Gattolin	Pierre Médevielle
Corinne Bouchoux	Jean-Claude Gaudin	Colette Mélot
François-Noël Buffet	Jacques Gautier	Marie Mercier
Olivier Cadic	Jacques Genest	Michel Mercier
François Calvet	Bruno Gilles	Brigitte Micouleau
Christian Cambon	Colette Giudicelli	Alain Milon
Agnès Canayer	Brigitte Gonthier-Maurin	Albéric de Montgolfier
Michel Canevet	Nathalie Goulet	Patricia Morhet-Richaud
Jean-Pierre Cantegrit	Jacqueline Gourault	Catherine Morin-Desailly
Vincent Capocanellas	Alain Gournac	Jean-Marie Morisset
Jean-Noël Cardoux	Sylvie Goy-Chavent	Philippe Mouiller
Jean-Claude Carle	Jean-Pierre Grand	Philippe Nachbar
Caroline Cayeux	Daniel Gremillet	Christian Namy
Gérard César	François Grosdidier	Louis Nègre
Patrick Chaize	Jacques Groperrin	Louis-Jean de Nicolaj
Pierre Charon	Pascale Gruny	Claude Nougéin
Daniel Chasseing	Charles Guené	Jean-Jacques Panunzi
Alain Chatillon	Joël Guerriau	Philippe Paul
Olivier Cigolotti	Loïc Hervé	Cyril Pellevat
Laurence Cohen	Michel Houel	Cédric Perrin
Pierre-Yves Collombat	Alain Houpert	Jackie Pierre
François Commeinhes	Christiane Hummel	François Pillet
Gérard Cornu	Benoît Huré	Xavier Pintat
Cécile Cukierman	Jean-François Husson	Louis Pinton
Philippe Dallier	Jean-Jacques Hyst	Jean-Vincent Placé
René Danesi	Corinne Imbert	Rémy Pointereau
Ronan Dantec	Sophie Joissains	Ladislav Poniatowski
Mathieu Darnaud	Chantal Jouanno	Hugues Portelli
Serge Dassault	Alain Joyandet	Yves Pozzo di Borgo
Annie David	Christiane Kammermann	Sophie Primas
Robert del Picchia	Roger Karoutchi	Catherine Procaccia
Vincent Delahaye	Fabienne Keller	Christine Prunaud
Francis Delattre	Guy-Dominique Kennel	Jean-Pierre Raffarin
Bernard Delcrois	Claude Kern	Henri de Raincourt
Michelle Demessine	Joël Labbé	Michel Raison
Gérard Dériot	Marc Laménie	André Reichardt
Catherine Deroche	Élisabeth Lamure	Bruno Retailleau
Jacky Deromedi	Jean-Jacques Lasserre	Charles Revet
Marie-Hélène Des Esgaulx	Robert Laufoaulu	Didier Robert
Jean Desessard	Daniel Laurent	Gérard Roche
Chantal Deseyne	Pierre Laurent	Bernard Saugéy
Yves Détraigne	Éric Doligé	René-Paul Savary
Catherine Di Folco		Michel Savin
Évelyne Didier		Bruno Sido
Élisabeth Doineau		Abdourahmane Soilihi

Henri Tandonnet
Lana Tetuanui
André Trillard
Catherine Troendlé
Alex Türk

Jean-Marie
Vanlerenberghe
Michel Vaspert
Hilarion Vendegou
Paul Vergès

Jean-Pierre Vial
Jean Pierre Vogel
Dominique Wattrin
François Zocchetto

Ont voté contre :

Michel Amiel
Michèle André
Maurice Antiste
Alain Anziani
Guillaume Arnell
David Assouline
Dominique Bailly
Gilbert Barbier
Delphine Bataille
Claude Bérit-Débat
Michel Berson
Alain Bertrand
Jacques Bigot
Maryvonne Blondin
Nicole Bonnefoy
Yannick Botrel
Jean-Claude Boulard
Martial Bourquin
Michel Boutant
Nicole Bricq
Henri Cabanel
Jean-Pierre Caffet
Pierre Camani
Claire-Lise Campion
Thierry Carcenac
Jean-Louis Carrère
Françoise Cartron
Luc Carvounas
Joseph Castelli
Bernard Cazeau
Jacques Chiron
Karine Claireaux
Yvon Collin
Gérard Collomb
Hélène Conway-
Mouret
Jacques Cornano
Roland Courteau
Yves Daudigny
Marc Daunis
Michel Delebarre
Félix Desplan
Jérôme Durain
Alain Duran

Josette Durrieu
Vincent Eblé
Anne Emery-Dumas
Philippe Esnol
Frédérique Espagnac
Corinne Féret
Jean-Jacques Filleul
François Fortassin
Jean-Claude Frécon
Catherine Génisson
Samia Ghali
Dominique Gillot
Jacques Gillot
Éliane Giraud
Jean-Pierre Godefroy
Gaëtan Gorce
Jean-Noël Guérini
Didier Guillaume
Annie Guillemot
Claude Haut
Odette Herviaux
Robert Hue
Éric Jeansannetas
Gisèle Jourda
Mireille Jouve
Philippe Kaltenbach
Antoine Karam
Bariza Khiari
Georges Labazée
Françoise Laborde
Bernard Lalande
Serge Larcher
Jean-Yves Leconte
Claudine Lepage
Jean-Claude Leroy
Marie-Noëlle
Lienemann
Jeanny Lorgeoux
Jean-Jacques Lozach
Roger Madec
Philippe Madrelle
Jacques-Bernard
Magner
Hermeline Malherbe

Christian Manable
François Marc
Didier Marie
Jean-Pierre Masseret
Rachel Mazuir
Jacques Mézard
Danielle Michel
Gérard Miquel
Thani Mohamed
Soilih
Marie-Pierre Monier
Franck Montaugé
Alain Néri
Georges Patient
François Patriat
Daniel Percheron
Marie-Françoise Perol-
Dumont
Hervé Poher
Daniel Raoul
Claude Raynal
Daniel Reiner
Jean-Claude Requier
Alain Richard
Stéphanie Riocreux
Sylvie Robert
Gilbert Roger
Yves Rome
Jean-Yves Roux
Patricia Schillinger
Jean-Pierre Sueur
Simon Sutour
Catherine Tasca
Nelly Tocqueville
Jean-Louis Tourenne
Raymond Vall
René Vandierendonck
Yannick Vaugrenard
Michel Vergoz
Maurice Vincent
Evelyne Yonnet
Richard Yung

Abstention :

Alain Vasselle.

N'ont pas pris part au vote :

Michel Bouvard, Robert Navarro, David Rachline, Stéphane Ravier.

N'ont pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - Président du Sénat et Mme Isabelle Debré - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance avaient été de :

Nombre de votants	345
Nombre des suffrages exprimés	344
Pour l'adoption	218
Contre	126

Mais après vérification, ces nombres ont été rectifiés conformément à la liste ci-dessus.

SCRUTIN N° 254

sur l'article 13 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	342
Suffrages exprimés	342
Pour	323
Contre	19

Le Sénat a adopté

ANALYSE DU SCRUTIN**GRUPE LES RÉPUBLICAINS (144) :**

Pour : 141

N'ont pas pris part au vote : 3 M. Gérard Larcher - Président du Sénat et Mme Isabelle Debré - qui présidait la séance, M. Michel Bouvard

GRUPE SOCIALISTE ET APPARENTÉS (110) :

Pour : 110

GRUPE UNION DES DÉMOCRATES ET INDÉPENDANTS - UC (42) :

Pour : 42

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN ET CITOYEN (19) :

Contre : 19

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (17) :

Pour : 17

GRUPE ÉCOLOGISTE (10) :

Pour : 10

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :

Pour : 3

N'ont pas pris part au vote : 3

Ont voté pour :

Philippe Adnot
Leila Aïchi
Pascal Allizard
Michel Amiel
Michèle André
Maurice Antiste
Alain Anziani
Aline Archimbaud
Guillaume Arnell
David Assouline
Dominique Bailly
Gérard Bailly
Gilbert Barbier
François Baroin
Philippe Bas
Delphine Bataille
Christophe Béchu
Esther Benbassa
Claude Bérit-Débat
Michel Berson
Alain Bertrand
Jérôme Bignon
Jacques Bigot
Annick Billon

Jean Bizet
Marie-Christine
Blandin
Maryvonne Blondin
Jean-Marie Bockel
François Bonhomme
Philippe Bonnecarrère
Nicole Bonnefoy
Yannick Botrel
Natacha Bouchart
Gilbert Bouchet
Corinne Bouchoux
Jean-Claude Boulard
Martial Bourquin
Michel Boutant
Nicole Bricq
François-Noël Buffet
Henri Cabanel
Olivier Cadic
Jean-Pierre Caffet
François Calvet
Pierre Camani
Christian Cambon
Claire-Lise Campion

Agnès Canayer
Michel Canevet
Jean-Pierre Cantegrit
Vincent Capo-Canellas
Thierry Carcenac
Jean-Noël Cardoux
Jean-Claude Carle
Jean-Louis Carrère
Françoise Cartron
Luc Carvounas
Joseph Castelli
Caroline Cayeux
Bernard Cazeau
Gérard César
Patrick Chaize
Pierre Charon
Daniel Chasseing
Alain Chatillon
Jacques Chiron
Olivier Cigolotti
Karine Claireaux
Yvon Collin
Gérard Collomb
Pierre-Yves Collombat

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN ET CITOYEN (19) :*Abstention : 19***GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (17) :***Pour : 16**Contre : 1 M. Gilbert Barbier***GRUPE ÉCOLOGISTE (10) :***Pour : 10***RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :***Contre : 3**N'ont pas pris part au vote : 3***Ont voté pour :**

Leila Aïchi
Michel Amiel
Aline Archimbaud
Guillaume Arnell
Esther Benbassa
Alain Bertrand
Marie-Christine Blandin
Corinne Bouchoux
Françoise Cartron
Joseph Castelli
Yvon Collin
Pierre-Yves Collombat

Roland Courteau
Ronan Dantec
Jean Desessard
Philippe Esnol
François Fortassin
André Gattolin
Jean-Noël Guérini
Robert Hue
Gisèle Jourda
Mireille Jouve
Georges Labazée
Joël Labbé
Françoise Laborde

Roger Madec
Hermeline Malherbe
François Marc
Jacques Mézard
Danielle Michel
Jean-Vincent Placé
Daniel Raoul
Jean-Claude Requier
Patricia Schillinger
Jean-Pierre Sueur
Simon Sutour
Raymond Vall

Ont voté contre :

Philippe Adnot
Pascal Allizard
Gérard Bailly
Gilbert Barbier
François Baroin
Philippe Bas
Christophe Béchu
Jérôme Bignon
Annick Billon
Jean Bizet
Jean-Marie Bockel
François Bonhomme
Philippe Bonnacarrère
Natacha Bouchart
Gilbert Bouchet
François-Noël Buffet
Olivier Cadic
François Calvet
Christian Cambon
Agnès Canayer
Michel Canevet
Jean-Pierre Cantegrit
Vincent Capocanellas
Jean-Noël Cardoux
Jean-Claude Carle
Caroline Cayeux
Gérard César
Patrick Chaize
Pierre Charon
Daniel Chasseing
Alain Chatillon
Olivier Cigolotti
François Commeinhes
Gérard Cornu
Philippe Dallier
René Danesi
Mathieu Darnaud
Serge Dassault
Isabelle Debré
Robert del Picchia
Vincent Delahaye

Francis Delattre
Bernard Delcros
Gérard Dériot
Catherine Deroche
Jacky Deromedi
Marie-Hélène Des Esgaux
Chantal Deseyne
Yves Détraigne
Catherine Di Folco
Élisabeth Doineau
Éric Doligé
Philippe Dominati
Daniel Dubois
Marie-Annick Duchêne
Alain Dufaut
Jean-Léonce Dupont
Nicole Duranton
Louis Duvernois
Jean-Paul Emorine
Dominique Estrosi Sassone
Hubert Falco
Françoise Férat
Michel Fontaine
Michel Forissier
Alain Fouché
Bernard Fournier
Jean-Paul Fournier
Christophe-André Frassa
Pierre Frogier
Jean-Marc Gabouty
Joëlle Garriaud-Maylam
Françoise Gatel
Jean-Claude Gaudin
Jacques Gautier
Jacques Genest
Bruno Gilles
Colette Giudicelli

Nathalie Goulet
Jacqueline Gourault
Alain Gournac
Sylvie Goy-Chavent
Jean-Pierre Grand
Daniel Gremillet
François Grosdidier
Jacques Groperrin
Pascale Gruny
Charles Guené
Joël Guerriau
Loïc Hervé
Michel Houel
Alain Houpert
Christiane Hummel
Benoît Huré
Jean-François Husson
Jean-Jacques Hyest
Corinne Imbert
Sophie Joissains
Chantal Jouanno
Alain Joyandet
Christiane Kammermann
Roger Karoutchi
Fabienne Keller
Guy-Dominique Kennel
Claude Kern
Marc Laménie
Élisabeth Lamure
Jean-Jacques Lasserre
Robert Laufoalau
Daniel Laurent
Nuihau Laurey
Antoine Lefèvre
Jacques Legendre
Dominique de Legge
Jean-Pierre Leleux
Jean-Baptiste Lemoyné
Jean-Claude Lenoir
Philippe Leroy

Valérie Létard
Anne-Catherine Loisier
Jean-François Longeot
Gérard Longuet
Vivette Lopez
Jean-Claude Luche
Michel Magras
Claude Malhuret
Didier Mandelli
Alain Marc
Patrick Masclat
Jean Louis Masson
Hervé Maurey
Jean-François Mayet
Pierre Médevielle
Colette Mélot
Marie Mercier
Michel Mercier
Brigitte Micouleau
Alain Milon
Albéric de Montgolfier
Patricia Morhet-Richaud

Catherine Morin-Desailly
Jean-Marie Morisset
Philippe Mouiller
Philippe Nachbar
Christian Namy
Louis Nègre
Louis-Jean de Nicolaï
Claude Nougein
Jean-Jacques Panunzi
Philippe Paul
Cyril Pellevat
Cédric Perrin
Jackie Pierre
François Pillet
Xavier Pintat
Louis Pinton
Rémy Pointereau
Ladislas Poniatowski
Hugues Portelli
Yves Pozzo di Borgo
Sophie Primas
Catherine Procaccia
Jean-Pierre Raffarin
Henri de Raincourt

Michel Raison
André Reichardt
Bruno Retailleau
Charles Revet
Didier Robert
Gérard Roche
Bernard Saugéy
René-Paul Savary
Michel Savin
Bruno Sido
Abdourahmane Soilih
Henri Tandonnet
Lana Tetuanui
André Trillard
Catherine Troendlé
Alex Türk
Jean-Marie Vanlerenberghe
Michel Vaspart
Alain Vasselle
Hilarion Vendegou
Jean-Pierre Vial
Jean Pierre Vogel
François Zocchetto

Abstentions :

Patrick Abate
Michèle André
Maurice Antiste
Alain Anziani
Éliane Assassi
David Assouline
Dominique Bailly
Delphine Bataille
Marie-France Beaufile
Claude Bérît-Débat
Michel Berson
Jacques Bigot
Michel Billout
Maryvonne Blondin
Éric Bocquet
Nicole Bonnefoy
Jean-Pierre Bosino
Yannick Botrel
Jean-Claude Boulard
Martial Bourquin
Michel Boutant
Nicole Bricq
Henri Cabanel
Jean-Pierre Caffet
Pierre Camani
Claire-Lise Campion
Thierry Carcenac
Jean-Louis Carrère
Laurence Cohen
Cécile Cukierman
Yves Daudigny
Marc Daunis
Annie David
Michel Delebarre
Michelle Demessine
Félix Desplan
Évelyne Didier
Jérôme Durain
Alain Duran

Josette Durrieu
Vincent Eblé
Anne Emery-Dumas
Frédérique Espagnac
Christian Favier
Corinne Féret
Jean-Jacques Filleul
Thierry Foucaud
Jean-Claude Frécon
Catherine Génisson
Samia Ghali
Dominique Gillot
Jacques Gillot
Éliane Giraud
Jean-Pierre Godefroy
Brigitte Gonthier-Maurin
Gaëtan Gorce
Didier Guillaume
Annie Guillemot
Claude Haut
Odette Herviaux
Éric Jeansannetas
Philippe Kaltenbach
Antoine Karam
Bariza Khiari
Bernard Lalande
Serge Larcher
Pierre Laurent
Jean-Yves Leconte
Claudine Lepage
Jean-Claude Leroy
Michel Le Scouarnec
Marie-Noëlle Lienemann
Jeanny Lorgeoux
Jean-Jacques Lozach
Philippe Madrelle

Jacques-Bernard Magnier
Christian Manable
Didier Marie
Jean-Pierre Masseret
Rachel Mazuir
Michelle Meunier
Gérard Miquel
Thani Mohamed Soilih
Marie-Pierre Monier
Franck Montaugé
Alain Néri
Georges Patient
François Patriat
Daniel Percheron
Marie-Françoise Perold-Dumont
Hervé Poher
Christine Prunaud
Claude Raynal
Daniel Reiner
Alain Richard
Stéphanie Riocreux
Sylvie Robert
Gilbert Roger
Yves Rome
Jean-Yves Roux
Catherine Tasca
Nelly Tocqueville
Jean-Louis Tourenne
René Vandierendonck
Yannick Vaugrenard
Paul Vergès
Michel Vergoz
Maurice Vincent
Dominique Watrin
Richard Yung

N'ont pas pris part au vote :

Michel Bouvard
Luc Carvouzas
Bernard Cazeau
Jacques Chiron
Karine Claireaux

Gérard Collomb
Hélène Conway-Mouret
Jacques Cornano
Robert Navarro

David Rachline
Stéphane Ravier
Evelyne Yonnet

N'a pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - Président du Sénat.

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus.

SCRUTIN N° 256

sur l'amendement n° 632, présenté par le Gouvernement, à l'article 15 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	343
Suffrages exprimés	343
Pour	137
Contre	206

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GRUPE LES RÉPUBLICAINS (144) :

Contre : 142

N'ont pas pris part au vote : 2 M. Gérard Larcher - Président du Sénat, M. Michel Bouvard

GRUPE SOCIALISTE ET APPARENTÉS (110) :

Pour : 110

GRUPE UNION DES DÉMOCRATES ET INDÉPENDANTS - UC (42) :

Contre : 42 dont M. Hervé Marseille - qui présidait la séance

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN ET CITOYEN (19) :

Contre : 19

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (17) :

Pour : 17

GRUPE ÉCOLOGISTE (10) :

Pour : 10

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :

Contre : 3

N'ont pas pris part au vote : 3

Ont voté pour :

Leila Aïchi	Yannick Botrel	Pierre-Yves Collombat
Michel Amiel	Corinne Bouchoux	Hélène Conway-Mouret
Michèle André	Jean-Claude Boulard	Jacques Cornano
Maurice Antiste	Martial Bourquin	Roland Courteau
Alain Anziani	Michel Boutant	Ronan Dantec
Aline Archimbaud	Nicole Bricq	Yves Daudigny
Guillaume Arnell	Henri Cabanel	Marc Daunis
David Assouline	Jean-Pierre Caffet	Michel Delebarre
Dominique Bailly	Pierre Camani	Jean Desessard
Gilbert Barbier	Claire-Lise Champion	Félix Desplan
Delphine Bataille	Thierry Carcenac	Jérôme Durain
Esther Benbassa	Jean-Louis Carrère	Alain Duran
Claude Bérít-Débat	Françoise Cartron	Josette Durrieu
Michel Berson	Luc Carvounas	Vincent Eblé
Alain Bertrand	Joseph Castelli	Anne Emery-Dumas
Jacques Bigot	Bernard Cazeau	Philippe Esnol
Marie-Christine Blandin	Jacques Chiron	Frédérique Espagnac
Maryvonne Blondin	Karine Claireaux	Corinne Férét
Nicole Bonnefoy	Yvon Collin	Jean-Jacques Filleul
	Gérard Collomb	

François Fortassin
Jean-Claude Frécon
André Gattolin
Catherine Génisson
Samia Ghali
Dominique Gillot
Jacques Gillot
Éliane Giraud
Jean-Pierre Godefroy
Gaëtan Gorce
Jean-Noël Guérini
Didier Guillaume
Annie Guillemot
Claude Haut
Odette Herviaux
Robert Hue
Éric Jeansannetas
Gisèle Jourda
Mireille Jouve
Philippe Kaltenbach
Antoine Karam
Bariza Khiari
Georges Labazée
Joël Labbé
Françoise Laborde
Bernard Lalande
Serge Larcher
Jean-Yves Leconte

Claudine Lepage
Jean-Claude Leroy
Marie-Noëlle Lienemann
Jeanny Lorgeoux
Jean-Jacques Lozach
Roger Madec
Philippe Madrelle
Jacques-Bernard Magner
Hermeline Malherbe
Christian Manable
François Marc
Didier Marie
Jean-Pierre Masseret
Rachel Mazuir
Michelle Meunier
Jacques Mézard
Danielle Michel
Gérard Miquel
Thani Mohamed Soilihi
Marie-Pierre Monier
Franck Montaugé
Alain Néri
Georges Patient
François Patriat
Daniel Percheron

Ont voté contre :

Patrick Abate	Vincent Delahaye	Nathalie Goulet
Philippe Adnot	Francis Delattre	Jacqueline Gourault
Pascal Allizard	Bernard Delcrois	Alain Gournac
Éliane Assassi	Michelle Demessine	Sylvie Goy-Chavent
Gérard Bailly	Gérard Dériot	Jean-Pierre Grand
François Baroin	Catherine Deroche	Daniel Gremillet
Philippe Bas	Jacky Deromedi	François Grosdidier
Marie-France Beaufils	Marie-Hélène Des Esgaulx	Jacques Gropserin
Christophe Béchu	Chantal Deseyne	Pascale Gruny
Jérôme Bignon	Yves Détraigne	Charles Guéné
Annick Billon	Catherine Di Folco	Joël Guerriau
Michel Billout	Évelyne Didier	Loïc Hervé
Jean Bizet	Élisabeth Doineau	Michel Houel
Jean-Marie Bockel	Éric Doligé	Alain Houpert
Éric Bocquet	Philippe Dominati	Christiane Hummel
François Bonhomme	Daniel Dubois	Benoît Huré
Philippe Bonnecarrère	Marie-Annick Duchêne	Jean-François Husson
Jean-Pierre Bosino	Alain Dufaut	Jean-Jacques Hyst
Natacha Bouchart	Jean-Léonce Dupont	Corinne Imbert
Gilbert Bouchet	Nicole Duranton	Sophie Joissains
François-Noël Buffet	Louis Duvernois	Chantal Jouanno
Olivier Cadic	Jean-Paul Emorine	Alain Joyandet
François Calvet	Dominique Estrosi Sassone	Christiane Kammermann
Christian Cambon	Hubert Falco	Roger Karoutchi
Agnès Canayer	Christian Favier	Fabienne Keller
Michel Canevet	Françoise Férat	Guy-Dominique Kennel
Jean-Pierre Cantegrit	Michel Fontaine	Claude Kern
Vincent Capocanellas	Michel Forissier	Marc Laménie
Jean-Noël Cardoux	Thierry Foucaud	Élisabeth Lamure
Jean-Claude Carle	Alain Fouché	Jean-Jacques Lasserre
Caroline Cayeux	Bernard Fournier	Robert Laufoaulu
Gérard César	Jean-Paul Fournier	Daniel Laurent
Patrick Chaize	Christophe-André Frassa	Pierre Laurent
Pierre Charon	Pierre Frogier	Nuihau Laurey
Daniel Chasseing	Jean-Marc Gabouty	Antoine Lefèvre
Alain Chatillon	Joëlle Garriaud-Maylam	Jacques Legendre
Olivier Cigolotti	Françoise Gatel	Dominique de Legge
Laurence Cohen	Jean-Claude Gaudin	Jean-Pierre Leleux
François Commeinhes	Jacques Gautier	Jean-Baptiste Lemoyne
Gérard Cornu	Jacques Genest	Jean-Claude Lenoir
Cécile Cukierman	Bruno Gilles	Philippe Leroy
Philippe Dallier	Colette Giudicelli	Michel Le Scouarnec
René Danesi	Brigitte Gonthier-Maurin	Valérie Létard
Mathieu Darnaude		Anne-Catherine Loisier
Serge Dassault		Jean-François Longeot
Annie David		Gérard Longuet
Isabelle Debré		
Robert del Picchia		

Vivette Lopez	Christian Namy	Charles Revet
Jean-Claude Luche	Louis Nègre	Didier Robert
Michel Magras	Louis-Jean de Nicolaj	Gérard Roche
Claude Malhuret	Claude Nougein	Bernard Saugey
Didier Mandelli	Jean-Jacques Panunzi	René-Paul Savary
Alain Marc	Philippe Paul	Michel Savin
Patrick Masclet	Cyril Pellevat	Bruno Sido
Jean Louis Masson	Cédric Perrin	Abdourahamane
Hervé Maurey	Jackie Pierre	Soilihi
Jean-François Mayet	François Pillet	Henri Tandonnet
Pierre Médevielle	Xavier Pintat	Lana Tetuanui
Colette Mélot	Louis Pinton	André Trillard
Marie Mercier	Rémy Pointereau	Catherine Troendlé
Michel Mercier	Ladislav Poniatowski	Alex Türk
Brigitte Micouleau	Hugues Portelli	Jean-Marie
Alain Milon	Yves Pozzo di Borgo	Vanlerenberghe
Albéric de Montgolfier	Sophie Primas	Michel Vaspart
Patricia Morhet-	Catherine Procaccia	Alain Vasselle
Richaud	Christine Prunaud	Hilarion Vendegou
Catherine Morin-	Jean-Pierre Raffarin	Paul Vergès
Desailly	Henri de Raincourt	Jean-Pierre Vial
Jean-Marie Morisset	Michel Raison	Jean Pierre Vogel
Philippe Mouiller	André Reichardt	Dominique Watrin
Philippe Nachbar	Bruno Retailleau	François Zocchetto

N'ont pas pris part au vote :

Michel Bouvard, Robert Navarro, David Rachline, Stéphane Ravier.

N'a pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - Président du Sénat.

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus.

SCRUTIN N° 257

sur l'amendement n° 5 rectifié quater, présenté par Mme Françoise Laborde et plusieurs de ses collègues, sur l'amendement n° 468, présenté par Mme Catherine Génisson et les membres du Groupe socialiste et républicain, sur l'amendement n° 640 présenté par le Gouvernement, sur l'amendement n° 731, présenté par Mme Françoise Cohen et les membres du Groupe communiste républicain et citoyen, sur l'amendement n° 860 rectifié ter, présenté par M. Jacques Mézard et plusieurs de ses collègues et sur l'amendement n° 1113, présenté par Mme Aline Archimbaud et les membres du Groupe écologiste, tendant au rétablissement de l'article 17 bis du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	328
Suffrages exprimés	328
Pour	177
Contre	151

Le Sénat a adopté

ANALYSE DU SCRUTIN**GRUPE LES RÉPUBLICAINS (144) :**

Contre : 143

N'a pas pris part au vote : 1 M. Gérard Larcher - Président du Sénat

GRUPE SOCIALISTE ET APPARENTÉS (110) :

Pour : 110

GRUPE UNION DES DÉMOCRATES ET INDÉPENDANTS - UC (42) :

Pour : 22

Contre : 4 Mme Élisabeth Doineau, MM. Hervé Maurey, Henri Tandonnet, François Zocchetto

N'ont pas pris part au vote : 16 M. Hervé Marseille - qui présidait la séance, MM. Jean-Marie Bockel, Vincent Capo-Canellas, Olivier Cigolotti, Bernard Delcros, Mmes Nathalie Goulet, Jacqueline Gourault, Sylvie Goy-Chavent, Sophie Joissains, MM. Nuihau Laurey, Jean-François Longeot, Jean-Claude Luche, Michel Mercier, Yves Pozzo di Borgo *, Gérard Roche, Mme Lana Tetuanui

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN ET CITOYEN (19) :

Pour : 19

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (17) :

Pour : 16

Contre : 1 M. Gilbert Barbier

GRUPE ÉCOLOGISTE (10) :

Pour : 10

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :

Contre : 3

N'ont pas pris part au vote : 3

Ont voté pour :

Patrick Abate	Laurence Cohen	Gaëtan Gorce
Leila Aïchi	Yvon Collin	Jean-Noël Guérini
Michel Amiel	Gérard Collomb	Joël Guerriau
Michèle André	Pierre-Yves Collombat	Didier Guillaume
Maurice Antiste	Hélène Conway-	Annie Guillemot
Alain Anziani	Mouret	Claude Haut
Aline Archimbaud	Jacques Cornano	Loïc Hervé
Guillaume Arnell	Roland Courteau	Odette Herviaux
Éliane Assassi	Cécile Cukierman	Robert Hue
David Assouline	Ronan Dantec	Éric Jéansannetas
Dominique Bailly	Yves Daudigny	Chantal Jouanno
Delphine Bataille	Marc Daunis	Gisèle Jourda
Marie-France Beaufrès	Annie David	Mireille Jouve
Esther Benbassa	Vincent Delahaye	Philippe Kaltenbach
Claude Bérít-Débat	Michel Delebarre	Antoine Karam
Michel Berson	Michelle Demessine	Claude Kern
Alain Bertrand	Jean Desessard	Bariza Khari
Jacques Bigot	Félix Desplan	Georges Labazée
Annick Billon	Yves Détraigne	Joël Labbé
Michel Billout	Évelyne Didier	Françoise Laborde
Marie-Christine	Daniel Dubois	Bernard Lalande
Blandin	Jean-Léonce Dupont	Serge Larcher
Maryvonne Blondin	Jérôme Durain	Jean-Jacques Lasserre
Éric Bocquet	Alain Duran	Pierre Laurent
Philippe Bonnecarrère	Josette Durrieu	Jean-Yves Leconte
Nicole Bonnefoy	Vincent Eblé	Claudine Lepage
Jean-Pierre Bosino	Anne Emery-Dumas	Jean-Claude Leroy
Yannick Botrel	Philippe Esnol	Michel Le Scouarnec
Corinne Bouchoux	Frédérique Espagnac	Valérie Létard
Jean-Claude Boulard	Christian Favier	Marie-Noëlle
Martial Bourquin	Françoise Féret	Lienemann
Michel Boutant	Corinne Féret	Anne-Catherine
Nicole Bricq	Jean-Jacques Filleul	Loisier
Henri Cabanel	François Fortassin	Jeanny Lorgeoux
Olivier Cadic	Thierry Foucaud	Jean-Jacques Lozach
Jean-Pierre Caffet	Jean-Claude Frécon	Roger Madec
Pierre Camani	Jean-Marc Gabouty	Philippe Madrelle
Claire-Lise Champion	Françoise Gatel	Jacques-Bernard
Michel Canevet	André Gattolin	Magner
Thierry Carcenac	Catherine Génisson	Hermeline Malherbe
Jean-Louis Carrère	Samia Ghali	Christian Manable
Françoise Cartron	Dominique Gillot	François Marc
Luc Carvounas	Jacques Gillot	Didier Marie
Joseph Castelli	Éliane Giraud	Jean-Pierre Masseret
Bernard Cazeau	Jean-Pierre Godefroy	Rachel Mazuir
Jacques Chiron	Brigitte Gonthier-	Pierre Médevielle
Karine Claireaux	Maurin	Michelle Meunier

Jacques Mézard
Danielle Michel
Gérard Miquel
Thani Mohamed
Soilih
Marie-Pierre Monier
Franck Montaugé
Catherine Morin-
Desailly
Christian Namy
Alain Néri
Georges Patient
François Patriat
Daniel Percheron
Marie-Françoise Perol-
Dumont

Jean-Vincent Placé
Hervé Poher
Christine Prunaud
Daniel Raoul
Claude Raynal
Daniel Reiner
Jean-Claude Requier
Alain Richard
Stéphanie Riocreux
Sylvie Robert
Gilbert Roger
Yves Rome
Jean-Yves Roux
Patricia Schillinger
Jean-Pierre Sœur
Simon Sutour

Catherine Tasca
Nelly Tocqueville
Jean-Louis Tourenne
Raymond Vall
René Vandierendonck
Jean-Marie
Vanlerenberghe
Yannick Vaugrenard
Paul Vergès
Michel Vergoz
Maurice Vincent
Dominique Watrin
Evelyne Yonnet
Richard Yung

Michel Mercier
Robert Navarro
Yves Pozzo di Borgo *

David Rachline
Stéphane Ravier
Gérard Roche

Lana Tetuanui

N'ont pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - Président du Sénat et M. Hervé Marseille - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance avaient été de :

Nombre de votants	330
Nombre des suffrages exprimés	330
Pour l'adoption	178
Contre	152

Mais après vérification, ces nombres ont été rectifiés conformément à la liste ci-dessus.

* Lors de la séance du vendredi 18 septembre, M. Yves Pozzo di Borgo a fait savoir qu'il aurait souhaité voter contre.

SCRUTIN N° 258

sur l'amendement n° 1199, présenté par le Gouvernement, tendant à rétablir l'article 18 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	342
Suffrages exprimés	334
Pour	145
Contre	189

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GRUPE LES RÉPUBLICAINS (144) :

Contre : 142

N'ont pas pris part au vote : 2 M. Gérard Larcher - Président du Sénat, M. Michel Bouvard

GRUPE SOCIALISTE ET APPARENTÉS (110) :

Pour : 110

GRUPE UNION DES DÉMOCRATES ET INDÉPENDANTS - UC (42) :

Contre : 41

N'a pas pris part au vote : 1 M. Hervé Marseille - qui présidait la séance

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN ET CITOYEN (19) :

Pour : 19

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (17) :

Pour : 6 MM. Alain Bertrand, Pierre-Yves Collombat, Robert Hue, Mmes Mireille Jouve, Hermeline Malherbe, M. Raymond Vall

Contre : 3 MM. Michel Amiel, Gilbert Barbier, Jean-Noël Guérini

Abstention : 8

GRUPE ÉCOLOGISTE (10) :

Pour : 10

Ont voté contre :

Philippe Adnot
Pascal Allizard
Gérard Bailly
Gilbert Barbier
François Baroin
Philippe Bas
Christophe Béchu
Jérôme Bignon
Jean Bizet
François Bonhomme
Natacha Bouchart
Gilbert Bouchet
Michel Bouvard
François-Noël Buffet
François Calvet
Christian Cambon
Agnès Canayer
Jean-Pierre Cantegrit
Jean-Noël Cardoux
Jean-Claude Carle
Caroline Cayeux
Gérard César
Patrick Chaize
Pierre Charon
Daniel Chasseing
Alain Chatillon
François Commeinhes
Gérard Cornu
Philippe Dallier
René Danesi
Mathieu Darnaud
Serge Dassault
Isabelle Debré
Robert del Picchia
Francis Delattre
Gérard Dériot
Catherine Deroche
Jacky Deromedi
Marie-Hélène Des
Esgaulx
Chantal Deseyne
Catherine Di Folco
Élisabeth Doineau
Éric Doligé
Philippe Dominati
Marie-Annick
Duchêne
Alain Dufaut
Nicole Duranton
Louis Duvernois
Jean-Paul Emorine
Dominique Estrosi
Sassone
Hubert Falco

Michel Fontaine
Michel Forissier
Alain Fouché
Bernard Fournier
Jean-Paul Fournier
Christophe-André
Frassa
Pierre Frogier
Joëlle Garriaud-
Maylam
Jean-Claude Gaudin
Jacques Gautier
Jacques Genest
Bruno Gilles
Colette Giudicelli
Alain Gournac
Jean-Pierre Grand
Daniel Gremillet
François Grosdidier
Jacques Groperrin
Pascale Gruny
Charles Guené
Michel Houel
Alain Houpert
Christiane Hummel
Benoît Huré
Jean-François Husson
Jean-Jacques Hyest
Corinne Imbert
Alain Joyandet
Christiane
Kammermann
Roger Karoutchi
Fabienne Keller
Guy-Dominique
Kennel
Marc Laménié
Élisabeth Lamure
Robert Laufoaulu
Daniel Laurent
Antoine Lefèvre
Jacques Legendre
Dominique de Legge
Jean-Pierre Leleux
Jean-Baptiste
Lemoine
Jean-Claude Lenoir
Philippe Leroy
Gérard Longuet
Vivette Lopez
Michel Magras
Claude Malhuret
Didier Mandelli
Alain Marc

Patrick Masclat
Jean Louis Masson
Hervé Maurey
Jean-François Mayet
Colette Mélot
Marie Mercier
Brigitte Micouleau
Alain Milon
Albéric de Montgolfier
Patricia Morhet-
Richaud
Jean-Marie Morisset
Philippe Mouiller
Philippe Nachbar
Louis Nègre
Louis-Jean de Nicolaÿ
Claude Nougéin
Jean-Jacques Panunzi
Philippe Paul
Cyril Pellevat
Cédric Perrin
Jackie Pierre
François Pillet
Xavier Pintat
Louis Pintot
Rémy Pointereau
Ladislav Poniatowski
Hugues Portelli
Sophie Primas
Catherine Procaccia
Jean-Pierre Raffarin
Henri de Raincourt
Michel Raison
André Reichardt
Bruno Retailleau
Charles Revet
Didier Robert
Bernard Saugéy
René-Paul Savary
Michel Savin
Bruno Sido
Abdourahamane
Soilih
Henri Tandonnet
André Trillard
Catherine Troendlé
Alex Türk
Michel Vaspert
Alain Vasselle
Hilarion Vendegou
Jean-Pierre Vial
Jean Pierre Vogel
François Zocchetto

N'ont pas pris part au vote :

Jean-Marie Bockel
Vincent Capo-
Canellas
Olivier Cigolotti

Bernard Delcros
Nathalie Goulet
Jacqueline Gourault
Sylvie Goy-Chavent

Sophie Joissains
Nuihau Laurey
Jean-François Longeot
Jean-Claude Luche

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :

Contre : 3

N'ont pas pris part au vote : 3

Ont voté pour :

Patrick Abate
Leïla Aïchi
Michèle André
Maurice Antiste
Alain Anziani
Aline Archimbaud
Éliane Assassi
David Assouline
Dominique Bailly
Delphine Bataille
Marie-France Beaufrès
Esther Benbassa
Claude Bérut-Débat
Michel Berson
Alain Bertrand
Jacques Bigot
Michel Billout
Marie-Christine Blandin
Maryvonne Blondin
Éric Bocquet
Nicole Bonnefoy
Jean-Pierre Bosino
Yannick Botrel
Corinne Bouchoux
Jean-Claude Boulard
Martial Bourquin
Michel Boutant
Nicole Bricq
Henri Cabanel
Jean-Pierre Caffet
Pierre Camani
Claire-Lise Champion
Thierry Carcenac
Jean-Louis Carrère
Françoise Cartron
Luc Carvounas
Bernard Cazeau
Jacques Chiron
Karine Claireaux
Laurence Cohen
Gérard Collomb
Pierre-Yves Collombat
Hélène Conway-Mouret
Jacques Cornano
Roland Courteau
Cécile Cukierman
Ronan Dantec
Yves Daudigny
Marc Daunis

Annie David
Michel Delebarre
Michelle Demessine
Jean Desessard
Félix Desplan
Évelyne Didier
Jérôme Durain
Alain Duran
Josette Durrieu
Vincent Eblé
Anne Emery-Dumas
Frédérique Espagnac
Christian Favier
Corinne Féret
Jean-Jacques Filleul
Thierry Foucaud
Jean-Claude Frécon
André Gattolin
Catherine Génisson
Samia Ghali
Dominique Gillot
Jacques Gillot
Éliane Giraud
Jean-Pierre Godefroy
Brigitte Gonthier-Maurin
Gaëtan Gorce
Didier Guillaume
Annie Guillemot
Claude Haut
Odette Herviaux
Robert Hue
Éric Jeansannetas
Gisèle Jourda
Mireille Jouve
Phillippe Kaltenbach
Antoine Karam
Bariza Khiari
Georges Labazée
Joël Labbé
Bernard Lalande
Serge Larcher
Pierre Laurent
Jean-Yves Leconte
Claudine Lepage
Jean-Claude Leroy
Michel Le Scouarnec
Marie-Noëlle Lienemann
Jeanny Lorgeoux
Jean-Jacques Lozach

Roger Madec
Philippe Madrelle
Jacques-Bernard Magner
Hermeline Malherbe
Christian Manable
François Marc
Didier Marie
Jean-Pierre Masseret
Rachel Mazuir
Michelle Meunier
Danielle Michel
Gérard Miquel
Thani Mohamed Soilihi
Marie-Pierre Monier
Franck Montaigué
Alain Néri
Georges Patient
François Patriat
Daniel Percheron
Marie-Françoise Perol-Dumont
Jean-Vincent Placé
Hervé Poher
Christine Prunaud
Daniel Raoul
Claude Raynal
Daniel Reiner
Alain Richard *
Stéphanie Riocreux
Sylvie Robert
Gilbert Roger
Yves Rome
Jean-Yves Roux
Patricia Schillinger
Jean-Pierre Sueur
Simon Sutour
Catherine Tascia
Nelly Tocqueville
Jean-Louis Tourenne
Raymond Vall
René Vandierendonck
Yannick Vaugrenard
Paul Vergès
Michel Vergoz
Maurice Vincent
Dominique Watrin
Évelyne Yonnet
Richard Yung

Ont voté contre :

Philippe Adnot
Pascal Allizard
Michel Amiel
Gérard Bailly
Gilbert Barbier
François Baroin
Philippe Bas
Christophe Béchu
Jérôme Bignon
Annick Billon
Jean Bizet
Jean-Marie Bockel
François Bonhomme
Philippe Bonhecarrère
Natacha Bouchart
Gilbert Bouchet
François-Noël Buffet
Olivier Cadic

François Calvet
Christian Cambon
Agnès Canayer
Michel Canevet
Jean-Pierre Cantegrit
Vincent Capocanellas
Jean-Noël Cardoux
Jean-Claude Carle
Caroline Cayeux
Gérard César
Patrick Chaize
Pierre Charon
Daniel Chasseign
Alain Chatillon
Olivier Cigolotti
François Commeinhes
Gérard Cornu

Philippe Dallier
René Danesi
Mathieu Darnaud
Serge Dassault
Isabelle Debré
Robert del Picchia
Vincent Delahaye
Francis Delattre
Bernard Delcros
Gérard Dériot
Catherine Deroche
Jacky Deromedi
Marie-Hélène Desesgaux
Chantal Deseyne
Yves Détraigne
Catherine Di Folco
Élisabeth Doineau

Éric Doligé
Philippe Dominati
Daniel Dubois
Marie-Annick Duchêne
Alain Dufaut
Jean-Léonce Dupont
Nicole Duranton
Louis Duvernois
Jean-Paul Emorine
Dominique Estrosi Sassone
Hubert Falco
Françoise Férat
Michel Fontaine
Michel Forissier
Alain Fouché
Bernard Fournier
Jean-Paul Fournier
Christophe-André Frassa
Pierre Frogier
Jean-Marc Gabouty
Joëlle Garriaud-Maylam
Françoise Gatel
Jean-Claude Gaudin
Jacques Gautier
Jacques Genest
Bruno Gilles
Colette Giudicelli
Nathalie Goulet
Jacqueline Gourault
Alain Gournac
Sylvie Goy-Chavent
Jean-Pierre Grand
Daniel Gremillet
François Grosdidier
Jacques Gropserin
Pascale Gruny
Charles Guéné
Jean-Noël Guérini
Joël Guerriau
Loïc Hervé
Michel Houel
Alain Houpert
Christiane Hummel
Benoît Huré
Jean-François Husson
Jean-Jacques Hyst

Corinne Imbert
Sophie Joissains
Chantal Jouanno
Alain Joyandet
Christiane Kammermann
Roger Karoutchi
Fabienne Keller
Guy-Dominique Kennel
Claude Kern
Marc Laménie
Élisabeth Lamure
Jean-Jacques Lasserre
Robert Laufoaulu
Daniel Laurent
Nuihau Laurey
Antoine Lefèvre
Jacques Legendre
Dominique de Legge
Jean-Pierre Leleux
Jean-Baptiste Lemoyne
Jean-Claude Lenoir
Philippe Leroy
Valérie Létard
Anne-Catherine Loisier
Jean-François Longeot
Gérard Longuet
Vivette Lopez
Jean-Claude Luche
Michel Magras
Claude Malhuret
Didier Mandelli
Alain Marc
Patrick Masclat
Jean Louis Masson
Hervé Maurey
Jean-François Mayet
Pierre Médevielle
Colette Mèlot
Marie Mercier
Michel Mercier
Brigitte Micouleau
Alain Milon
Albéric de Montgolfier
Patricia Morhet-Richaud

Abstentions :

Guillaume Arnell
Joseph Castelli
Yvon Collin

Philippe Esnol
François Fortassin
Françoise Laborde

Catherine Morin-Desailly
Jean-Marie Morisset
Philippe Mouiller
Philippe Nachbar
Christian Namy
Louis Nègre
Louis-Jean de Nicolaÿ
Claude Nougein
Jean-Jacques Panunzi
Philippe Paul
Cyril Pellevat
Cédric Perrin
Jackie Pierre
François Pillat
Xavier Pintat
Louis Pinton
Rémy Pointereau
Ladislav Poniatowski
Hugues Portelli
Yves Pozzo di Borgo
Sophie Primas
Catherine Procaccia
Jean-Pierre Raffarin
Henri de Raincourt
Michel Reason
André Reichardt
Bruno Retailleau
Charles Revet
Didier Robert
Gérard Roche
Bernard Saugy
René-Paul Savary
Michel Savin
Bruno Sido
Abdourahmane Soilihi
Henri Tandonnet
Lana Tetuanui
André Trillard
Catherine Troendlé
Alex Türk
Jean-Marie Vanlerenberghe
Michel Vaspard
Alain Vasselle
Hilarion Vendegou
Jean-Pierre Vial
Jean Pierre Vogel
François Zocchetto

N'ont pas pris part au vote :

Michel Bouvard, Robert Navarro, David Rachline, Stéphane Ravier.

N'ont pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - Président du Sénat et M. Hervé Marseille - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance avaient été de :

Nombre de votants	343
Nombre des suffrages exprimés	335
Pour l'adoption	145
Contre	190

Mais après vérification, ces nombres ont été rectifiés conformément à la liste ci-dessus.

* Lors de la séance du vendredi 18 septembre, M. Alain Richard a fait savoir qu'il aurait souhaité s'abstenir.

SCRUTIN N° 259

sur l'amendement n° 642, présenté par le Gouvernement, à l'article 26 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	342
Suffrages exprimés	323
Pour	135
Contre	188

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN**GROUPE LES RÉPUBLICAINS (144) :**

Contre : 142

N'ont pas pris part au vote : 2 M. Gérard Larcher - Président du Sénat, M. Michel Bouvard

GROUPE SOCIALISTE ET APPARENTÉS (110) :

Pour : 109

N'a pas pris part au vote : 1 M. Jean-Pierre Caffet - qui présidait la séance

GROUPE UNION DES DÉMOCRATES ET INDÉPENDANTS - UC (42) :

Contre : 42

GROUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN ET CITOYEN (19) :

Abstention : 19

GROUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (17) :

Pour : 16

Contre : 1 M. Gilbert Barbier

GROUPE ÉCOLOGISTE (10) :

Pour : 10

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :

Contre : 3

N'ont pas pris part au vote : 3

Ont voté pour :

Leïla Aïchi	Jean-Claude Boulard	Roland Courteau
Michel Amiel	Martial Bourquin	Ronan Dantec
Michèle André	Michel Boutant	Yves Daudigny
Maurice Antiste	Nicole Bricq	Marc Daunis
Alain Anziani	Henri Cabanel	Michel Delebarre
Aline Archimbaud	Pierre Camani	Jean Desessard
Guillaume Arnell	Claire-Lise Campion	Félix Desplan
David Assouline	Thierry Carcenac	Jérôme Durain
Dominique Bailly	Jean-Louis Carrère	Alain Duran
Delphine Bataille	Françoise Cartron	Josette Durrieu
Esther Benbassa	Luc Carvounas	Vincent Eblé
Claude Bérit-Débat	Joseph Castelli	Anne Emery-Dumas
Michel Berson	Bernard Cazeau	Philippe Esnol
Alain Bertrand	Jacques Chiron	Frédérique Espagnac
Jacques Bigot	Karine Claireaux	Corinne Féret
Marie-Christine Blandin	Yvon Collin	Jean-Jacques Filleul
Maryvonne Blondin	Gérard Collomb	François Fortassin
Nicole Bonnefoy	Pierre-Yves Collombat	Jean-Claude Frécon
Yannick Botrel	Hélène Conway-Mouret	André Gattolin
Corinne Bouchoux	Jacques Cornano	Catherine Génisson
		Samia Ghali

Dominique Gillot
 Jacques Gillot
 Éliane Giraud
 Jean-Pierre Godefroy
 Gaëtan Gorce
 Jean-Noël Guérini
 Didier Guillaume
 Annie Guillemot
 Claude Haut
 Odette Herviaux
 Robert Hue
 Éric Jeansannetas
 Gisèle Jourda
 Mireille Jouve
 Philippe Kaltenbach
 Antoine Karam
 Bariza Khiari
 Georges Labazée
 Joël Labbé
 Françoise Laborde
 Bernard Lalande
 Serge Larcher
 Jean-Yves Leconte
 Claudine Lepage
 Jean-Claude Leroy
 Marie-Noëlle Lienemann

Philippe Adnot
 Pascal Allizard
 Gérard Bailly
 Gilbert Barbier
 François Baroin
 Philippe Bas
 Christophe Béchu
 Jérôme Bignon
 Annick Billon
 Jean Bizet
 Jean-Marie Bockel
 François Bonhomme
 Philippe Bonhecarrère
 Natacha Bouchart
 Gilbert Bouchet
 François-Noël Buffet
 Olivier Cadic
 François Calvet
 Christian Cambon
 Agnès Canayer
 Michel Canevet
 Jean-Pierre Cantegrit
 Vincent Capocanellas
 Jean-Noël Cardoux
 Jean-Claude Carle
 Caroline Cayeux
 Gérard César
 Patrick Chaize
 Pierre Charon
 Daniel Chasseing
 Alain Chatillon
 Olivier Cigolotti
 François Commehines
 Gérard Cornu
 Philippe Dallier
 René Danesi
 Mathieu Darnaud
 Serge Dassault
 Isabelle Debré
 Robert del Picchia
 Vincent Delahaye
 Francis Delattre
 Bernard Delcros
 Gérard Dériot
 Catherine Deroche
 Jacky Deromedi
 Marie-Hélène Desesgaux
 Chantal Deseyne

Jeanny Lorgeoux
 Jean-Jacques Lozach
 Roger Madec
 Philippe Madrelle
 Jacques-Bernard Magner
 Hermeline Malherbe
 Christian Manable
 François Marc
 Didier Marie
 Jean-Pierre Masseret
 Rachel Mazuir
 Michelle Meunier
 Jacques Mézard
 Danielle Michel
 Gérard Miquel
 Thani Mohamed Soilihi
 Marie-Pierre Monier
 Franck Montaugé
 Alain Néri
 Georges Patient
 François Patriat
 Daniel Percheron
 Marie-Françoise Peroldumont
 Jean-Vincent Placé

Ont voté contre :

Yves Détraigne
 Catherine Di Folco
 Élisabeth Doineau
 Éric Doligé
 Philippe Dominati
 Daniel Dubois
 Marie-Annick Duchêne
 Alain Dufaut
 Jean-Léonce Dupont
 Nicole Duranton
 Louis Duvernois
 Jean-Paul Emorine
 Dominique Estrosi Sassone
 Hubert Falco
 Françoise Férat
 Michel Fontaine
 Michel Forissier
 Alain Fouché
 Bernard Fournier
 Jean-Paul Fournier
 Christophe-André Frassa
 Pierre Frogier
 Jean-Marc Gabouty
 Joëlle Garriaud-Maylam
 Françoise Gatel
 Jean-Claude Gaudin
 Jacques Gautier
 Jacques Genest
 Bruno Gilles
 Colette Giudicelli
 Nathalie Goulet
 Jacqueline Gourault
 Alain Gournac
 Sylvie Goy-Chavent
 Jean-Pierre Grand
 Daniel Gremillet
 François Grosdidier
 Jacques Groperrin
 Pascale Gruny
 Charles Guené
 Joël Guerriau
 Loïc Hervé
 Michel Houel
 Alain Houpert
 Christiane Hummel
 Benoît Huré

Hervé Poher
 Daniel Raoul
 Claude Raynal
 Daniel Reiner
 Jean-Claude Requier
 Alain Richard
 Stéphanie Riocreux
 Sylvie Robert
 Gilbert Roger
 Yves Rome
 Jean-Yves Roux
 Patricia Schillinger
 Jean-Pierre Sueur
 Simon Sutour
 Catherine Tasca
 Nelly Tocqueville
 Jean-Louis Tourenne
 Raymond Vall
 René Vandierendonck
 Yannick Vaugrenard
 Michel Vergoz
 Maurice Vincent
 Evelyne Yonnet
 Richard Yung

Jean-François Husson
 Jean-Jacques Hyst
 Corinne Imbert
 Sophie Joissains
 Chantal Jouanno
 Alain Joyandet
 Christiane Kammermann
 Roger Karoutchi
 Fabienne Keller
 Guy-Dominique Kennel
 Claude Kern
 Marc Laménie
 Élisabeth Lamure
 Jean-Jacques Lasserre
 Robert Laufoaulu
 Daniel Laurent
 Nuihau Laurey
 Antoine Lefèvre
 Jacques Legendre
 Dominique de Legge
 Jean-Pierre Leleux
 Jean-Baptiste Lemoyne
 Jean-Claude Lenoir
 Philippe Leroy
 Valérie Létard
 Anne-Catherine Loisier
 Jean-François Longeot
 Gérard Longuet
 Vivette Lopez
 Jean-Claude Luche
 Michel Magras
 Claude Malhuret
 Didier Mandelli
 Alain Marc
 Hervé Marseille
 Patrick Masclat
 Jean Louis Masson
 Hervé Maurey
 Jean-François Mayet
 Pierre Médeville
 Colette Mélot
 Marie Mercier
 Michel Mercier
 Brigitte Micouleau
 Alain Milon
 Albéric de Montgolfier

Patricia Morhet-Richaud
Catherine Morin-Desailly
Jean-Marie Morisset
Philippe Mouiller
Philippe Nachbar
Christian Namy
Louis Nègre
Louis-Jean de Nicolaj
Claude Nougéin
Jean-Jacques Panunzi
Philippe Paul
Cyril Pellevat
Cédric Perrin
Jackie Pierre
François Pillet
Xavier Pintat

Louis Pinton
Rémy Pointereau
Ladislav Poniatowski
Hugues Portelli
Yves Pozzo di Borgo
Sophie Primas
Catherine Procaccia
Jean-Pierre Raffarin
Henri de Raincourt
Michel Reason
André Reichardt
Bruno Retailleau
Charles Revet
Didier Robert
Gérard Roche
Bernard Saugéy
René-Paul Savary
Michel Savin

Bruno Sido
Abdourahmane Soilih
Henri Tandonnet
Lana Tetuanui
André Trillard
Catherine Troendlé
Alex Türk
Jean-Marie Vanlerenberghe
Michel Vaspart
Alain Vasselle
Hilarion Vendegou
Jean-Pierre Vial
Jean Pierre Vogel
François Zocchetto

Abstentions :

Patrick Abate
Éliane Assassi
Marie-France Beaufils
Michel Billout
Éric Bocquet
Jean-Pierre Bosino
Laurence Cohen

Cécile Cukierman
Annie David
Michelle Demessine
Évelyne Didier
Christian Favier
Thierry Foucaud

Brigitte Gonthier-Maurin
Pierre Laurent
Michel Le Scouarnec
Christine Prunaud
Paul Vergès
Dominique Watrin

N'ont pas pris part au vote :

Michel Bouvard, Robert Navarro, David Rachline, Stéphane Ravier.

N'ont pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - Président du Sénat et M. Jean-Pierre Caffet - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance avaient été de :

Nombre de votants	343
Nombre des suffrages exprimés	324
Pour l'adoption	136
Contre	188

Mais après vérification, ces nombres ont été rectifiés conformément à la liste ci-dessus.

SCRUTIN N° 260

sur l'amendement n° 472, présenté par Mme Catherine Génisson et les membres du groupe socialiste et républicain, à l'article 26 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	342
Suffrages exprimés	342
Pour	154
Contre	188

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN**GRUPE LES RÉPUBLICAINS (144) :**

Contre : 142

N'ont pas pris part au vote : 2 M. Gérard Larcher - Président du Sénat, M. Michel Bouvard

GRUPE SOCIALISTE ET APPARENTÉS (110) :

Pour : 109

N'a pas pris part au vote : 1 M. Jean-Pierre Caffet - qui présidait la séance

GRUPE UNION DES DÉMOCRATES ET INDÉPENDANTS - UC (42) :

Contre : 42

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN ET CITOYEN (19) :

Pour : 19

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (17) :

Pour : 16

Contre : 1 M. Gilbert Barbier

GRUPE ÉCOLOGISTE (10) :

Pour : 10

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GRUPE (6) :

Contre : 3

N'ont pas pris part au vote : 3

Ont voté pour :

Patrick Abate
Leila Aïchi
Michel Amiel
Michèle André
Maurice Antiste
Alain Anziani
Aline Archimbaud
Guillaume Arnell
Éliane Assassi
David Assouline
Dominique Bailly
Delphine Bataille
Marie-France Beaufils
Esther Benbassa
Claude Bérît-Débat
Michel Berson
Alain Bertrand
Jacques Bigot
Michel Billout
Marie-Christine Blandin
Maryvonne Blondin
Éric Bocquet
Nicole Bonnefoy
Jean-Pierre Bosino
Yannick Botrel
Corinne Bouchoux
Jean-Claude Boulard
Martial Bourquin
Michel Boutant
Nicole Bricq
Henri Cabanel
Pierre Camani
Claire-Lise Campion
Thierry Carcenac
Jean-Louis Carrère
Françoise Cartron
Luc Carvounas
Joseph Castelli
Bernard Cazeau
Jacques Chiron
Karine Claireaux
Laurence Cohen
Yvon Collin
Gérard Collomb
Pierre-Yves Collombat
Hélène Conway-Mouret
Jacques Cornano
Roland Courteau

Cécile Cukierman
Ronan Dantec
Yves Daudigny
Marc Daunis
Annie David
Michel Delebarre
Michelle Demessine
Jean Desessard
Félix Desplan
Évelyne Didier
Jérôme Durain
Alain Duran
Josette Durrieu
Vincent Eblé
Anne Emery-Dumas
Philippe Esnol
Frédérique Espagnac
Christian Favier
Corinne Féret
Jean-Jacques Filleul
François Fortassin
Thierry Foucaud
Jean-Claude Frécon
André Gattolin
Catherine Génisson
Samia Ghali
Dominique Gillot
Jacques Gillot
Éliane Giraud
Jean-Pierre Godefroy
Brigitte Gonthier-Maurin
Gaëtan Gorce
Jean-Noël Guérini
Didier Guillaume
Annie Guillemot
Claude Haut
Odette Herviaux
Robert Hue
Éric Jeansannetas
Gisèle Jourda
Mireille Jouve
Philippe Kaltenbach
Antoine Karam
Bariza Khiari
Georges Labazée
Joël Labbé
Françoise Laborde
Bernard Lalande
Serge Larcher

Pierre Laurent
Jean-Yves Leconte
Claudine Lepage
Jean-Claude Leroy
Michel Le Scouarnec
Marie-Noëlle Lienemann
Jeanny Lorgeoux
Jean-Jacques Lozach
Roger Madec
Philippe Madrelle
Jacques Bernard Magnier
Hermeline Malherbe
Christian Manable
François Marc
Didier Marie
Jean-Pierre Masseret
Rachel Mazuir
Michelle Meunier
Jacques Mézard
Danielle Michel
Gérard Miquel
Thani Mohamed Soilih
Marie-Pierre Monier
Franck Montaugé
Alain Néri
Georges Patient
François Patriat
Daniel Percheron
Marie-Françoise Perol-Dumont
Jean-Vincent Placé
Hervé Poher
Christine Prunaud
Daniel Raoul
Claude Raynal
Daniel Reiner
Jean-Claude Requier
Alain Richard
Stéphanie Riocreux
Sylvie Robert
Gilbert Roger
Yves Rome
Jean-Yves Roux
Patricia Schillinger
Jean-Pierre Sueur
Simon Sutour
Catherine Tasca

Nelly Tocqueville
Jean-Louis Tourenne
Raymond Vall
René Vandierendonck

Yannick Vaugrenard
Paul Vergès
Michel Vergoz
Maurice Vincent

Dominique Watrin
Evelyne Yonnet
Richard Yung

Ont voté contre :

Philippe Adnot
Pascal Allizard
Gérard Bailly
Gilbert Barbier
François Baroin
Philippe Bas
Christophe Béchu
Jérôme Bignon
Annick Billon
Jean Bizet
Jean-Marie Bockel
François Bonhomme
Philippe Bonnacerrère
Natacha Bouchart
Gilbert Bouchet
François-Noël Buffet
Olivier Cadic
François Calvet
Christian Cambon
Agnès Canayer
Michel Canevet
Jean-Pierre Cantegrit
Vincent Capo-Canellas
Jean-Noël Cardoux
Jean-Claude Carle
Caroline Cayeux
Gérard César
Patrick Chaize
Pierre Charon
Daniel Chasseing
Alain Chatillon
Olivier Cigolotti
François Commeinhes
Gérard Cornu
Philippe Dallier
René Danesi
Mathieu Darnaud
Serge Dassault
Isabelle Debré
Robert del Picchia
Vincent Delahaye
Francis Delattre
Bernard Delcros
Gérard Dériot
Catherine Deroche
Jacky Deromedi
Marie-Hélène Des Esgaulx
Chantal Deseyne
Yves Détraigne
Catherine Di Folco
Élisabeth Doineau
Éric Doligé
Philippe Dominati
Daniel Dubois
Marie-Annick Duchène
Alain Dufaut
Jean-Léonce Dupont
Nicole Duranton
Louis Duvernois
Jean-Paul Emorine
Dominique Estrosi Sassone
Hubert Falco
Françoise Férat
Michel Fontaine

Michel Forissier
Alain Fouché
Bernard Fournier
Jean-Paul Fournier
Christophe-André Frassa
Pierre Frogier
Jean-Marc Gabouty
Joëlle Garriaud-Maylam
Françoise Gatel
Jean-Claude Gaudin
Jacques Gautier
Jacques Genest
Bruno Gilles
Colette Giudicelli
Nathalie Goulet
Jacqueline Gourault
Alain Gournac
Sylvie Goy-Chavent
Jean-Pierre Grand
Daniel Gremillet
François Grosdidier
Jacques Groperrin
Pascale Gruny
Charles Guené
Joël Guerriau
Loïc Hervé
Michel Houel
Alain Houpert
Christiane Hummel
Benoît Huré
Jean-François Husson
Jean-Jacques Hyst
Corinne Imbert
Sophie Joissains
Chantal Jouanno
Alain Joyandet
Christiane Kammermann
Roger Karoutchi
Fabienne Keller
Guy-Dominique Kennel
Claude Kern
Marc Laménie
Élisabeth Lamure
Jean-Jacques Lasserre
Robert Laufoaulu
Daniel Laurent
Nuihau Laurey
Antoine Lefèvre
Jacques Legendre
Dominique de Legge
Jean-Pierre Leleux
Jean-Baptiste Lemoine
Jean-Claude Lenoir
Philippe Leroy
Valérie Létard
Anne-Catherine Loisier
Jean-François Longeot
Gérard Longuet
Vivette Lopez
Jean-Claude Luche
Michel Magras
Claude Malhuret

Didier Mandelli
Alain Marc
Hervé Marseille
Patrick Masclat
Jean Louis Masson
Hervé Maurey
Jean-François Mayet
Pierre Médevielle
Colette Mélot
Marie Mercier
Michel Mercier
Brigitte Micouleau
Alain Milon
Albéric de Montgolfier
Patricia Morhet-Richaud
Catherine Morin-Desailly
Jean-Marie Morisset
Philippe Mouiller
Philippe Nachbar
Christian Namy
Louis Nègre
Louis-Jean de Nicolaÿ
Claude Nougain
Jean-Jacques Panunzi
Philippe Paul
Cyril Pellevat
Cédric Perrin
Jackie Pierre
François Pillet
Xavier Pintat
Louis Pinton
Rémy Pointereau
Ladislas Poniatoski
Hugues Portelli
Yves Pozzo di Borgo
Sophie Primas
Catherine Procaccia
Jean-Pierre Raffarin
Henri de Raincourt
Michel Raison
André Reichardt
Bruno Retailleau
Charles Revet
Didier Robert
Gérard Roche
Bernard Saugéy
René-Paul Savary
Michel Savin
Bruno Sido
Abdourahamane Soilihi
Henri Tandonnet
Lana Tetuanui
André Trillard
Catherine Troendlé
Alex Türk
Jean-Marie Vanlerenberghe
Michel Vaspert
Alain Vasselle
Hilarion Vendegou
Jean-Pierre Vial
Jean Pierre Vogel
François Zocchetto

N'ont pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - Président du Sénat et M. Jean-Pierre Caffet - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance avaient été de :

Nombre de votants	343
Nombre des suffrages exprimés	343
Pour l'adoption	155
Contre	188

Mais après vérification, ces nombres ont été rectifiés conformément à la liste ci-dessus.

SCRUTIN N°261

sur l'amendement n° 753, présenté par Mme Laurence Cohen les membres du groupe communiste républicain et citoyen, à l'article 26 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	342
Suffrages exprimés	342
Pour	154
Contre	188

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN**GRUPE LES RÉPUBLICAINS (144) :**

Contre : 142

N'ont pas pris part au vote : 2 M. Gérard Larcher - Président du Sénat, M. Michel Bouvard

GRUPE SOCIALISTE ET APPARENTÉS (110) :

Pour : 109

N'a pas pris part au vote : 1 M. Jean-Pierre Caffet, qui présidait la séance

GRUPE UNION DES DÉMOCRATES ET INDÉPENDANTS - UC (42) :

Contre : 42

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN ET CITOYEN (19) :

Pour : 19

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (17) :

Pour : 16

Contre : 1 M. Gilbert Barbier

GRUPE ÉCOLOGISTE (10) :

Pour : 10

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :

Contre : 3

N'ont pas pris part au vote : 3

Ont voté pour :**N'ont pas pris part au vote :**

Michel Bouvard, Robert Navarro, David Rachline, Stéphane Ravier.

Patrick Abate

Leila Aïchi

Michel Amiel

Michèle André	Michelle Demessine	Roger Madec	Jean-Paul Fournier	Jean-Jacques Lasserre	Louis-Jean de Nicolaj
Maurice Antiste	Jean Desessard	Philippe Madrelle	Christophe-André Frassa	Robert Lafoaoulu	Claude Nougéin
Alain Anziani	Félix Desplan	Jacques-Bernard Magnier	Pierre Frogier	Daniel Laurent	Jean-Jacques Panunzi
Aline Archimbaud	Évelyne Didier	Hermeline Malherbe	Jean-Marc Gabouty	Nuihau Laurey	Philippe Paul
Guillaume Arnell	Jérôme Durain	Christian Manable	Joëlle Garriaud-Maylam	Antoine Lefèvre	Cyril Pellevat
Éliane Assassi	Alain Duran	François Marc	Françoise Gatel	Jacques Legendre	Cédric Perrin
David Assouline	Josette Durrieu	Didier Marie	Jean-Claude Gaudin	Dominique de Legge	Jackie Pierre
Dominique Bailly	Vincent Eblé	Jean-Pierre Masseret	Jacques Gautier	Jean-Pierre Leleux	François Pillet
Delphine Bataille	Anne Emery-Dumas	Rachel Mazuir	Jacques Genest	Jean-Baptiste Lemoyne	Xavier Pintat
Marie-France Beaufrils	Philippe Esnol	Michelle Meunier	Bruno Gilles	Jean-Claude Lenoir	Yves Pinton
Esther Benbassa	Frédérique Espagnac	Jacques Mézard	Colette Giudicelli	Philippe Leroy	Rémy Pointereau
Claude Bérit-Débat	Christian Favier	Danielle Michel	Nathalie Goulet	Valérie Létard	Ladislav Poniatowski
Michel Berson	Corinne Féret	Gérard Miquel	Jacqueline Gourault	Anne-Catherine Loisier	Hugues Portelli
Alain Bertrand	Jean-Jacques Filleul	Thani Mohamed Soilih	Alain Gournac	Jean-François Longeot	Yves Pozzo di Borgo
Jacques Bigot	François Fortassin	Marie-Pierre Monier	Sylvie Goy-Chavent	Gérard Longuet	Sophie Primas
Michel Billout	Thierry Foucaud	Franck Montaugé	Daniel Gremillet	Vivette Lopez	Catherine Procaccia
Marie-Christine Blandin	Jean-Claude Frécon	Alain Néri	François Grosdidier	Jean-Claude Luche	Jean-Pierre Raffarin
Maryvonne Blondin	André Gattolin	Georges Patient	Jacques Groperrin	Michel Magras	Henri de Raincourt
Éric Bocquet	Catherine Génisson	François Patriat	Pascale Gruny	Claude Malhuret	Michel Raison
Nicole Bonnefoy	Dominique Gillot	Daniel Percheron	Charles Guené	Didier Mandelli	André Reichardt
Jean-Pierre Bosino	Jacques Gillot	Marie-Françoise Perol-Dumont	Joël Guerriau	Alain Marc	Bruno Retailleau
Yannick Botrel	Éliane Giraud	Jean-Vincent Placé	Loïc Hervé	Hervé Marseille	Charles Revet
Corinne Bouchoux	Jean-Pierre Godefroy	Hervé Poher	Michel Houel	Patrick Masclat	Didier Robert
Jean-Claude Boulard	Brigitte Gonthier-Maurin	Christine Prunaud	Alain Houpert	Jean Louis Masson	Gérard Roche
Martial Bourquin	Gaëtan Gorce	Daniel Raoul	Christiane Hummel	Hervé Maurey	Bernard Saugy
Michel Boutant	Jean-Noël Guérini	Claude Raynal	Benoît Huré	Jean-François Mayet	René-Paul Savary
Nicole Bricq	Didier Guillaume	Daniel Reiner	Jean-François Husson	Pierre Médevielle	Michel Savin
Henri Cabanel	Annie Guillemot	Alain Richard	Jean-Jacques Hyst	Colette Mélot	Bruno Sido
Pierre Camani	Claude Haut	Stéphanie Riocreux	Corinne Imbert	Marie Mercier	Abdourahamane Soilih
Claire-Lise Campion	Odette Herviaux	Sylvie Robert	Sophie Joissains	Michel Mercier	Henri Tandonnet
Thierry Carcenac	Robert Hue	Gilbert Roger	Chantal Jouanno	Brigitte Micouleau	Lana Tetuanui
Jean-Louis Carrère	Éric Jeansannetas	Yves Rome	Alain Joyandet	Alain Milan	André Trillard
Françoise Cartron	Gisèle Jourda	Jean-Yves Roux	Christiane Kammermann	Albéric de Montgolfier	Catherine Troendlé
Luc Carvounas	Mireille Jouve	Patricia Schillinger	Roger Karoutchi	Patricia Morhet-Richaud	Alex Türk
Joseph Castelli	Philippe Kaltenbach	Jean-Pierre Sueur	Fabienne Keller	Catherine Morin-Desailly	Jean-Marie Vanlerenberghe
Bernard Cazeau	Antoine Karam	Simon Sutour	Guy-Dominique Kennel	Jean-Marie Morisset	Michel Vaspert
Jacques Chiron	Bariza Khiari	Catherine Tasca	Claude Kern	Philippe Mouiller	Alain Vasselle
Karine Claireaux	Georges Labazée	Nelly Tocqueville	Marc Laménie	Philippe Nachbar	Hilarion Vendegou
Laurence Cohen	Joël Labbé	Jean-Louis Tourenne	Élisabeth Lamure	Christian Namy	Jean-Pierre Vial
Yvon Collin	Françoise Laborde	Raymond Vall		Louis Nègre	Jean Pierre Vogel
Gérard Collomb	Bernard Lalande	René Vandierendonck			François Zocchetto
Pierre-Yves Collombat	Serge Larcher	Yannick Vaugrenard			
Hélène Conway-Mouret	Pierre Laurent	Paul Vergès			
Jacques Cornano	Jean-Yves Leconte	Michel Vergoz			
Roland Courteau	Claudine Lepage	Maurice Vincent			
Cécile Cukierman	Jean-Claude Leroy	Dominique Watrin			
Ronan Dantec	Michel Le Scouarnec	Evelyne Yonnet			
Yves Daudigny	Marie-Noëlle Lienemann	Richard Yung			
Marc Daunis	Jeanny Lorgeoux				
Annie David	Jean-Jacques Lozach				
Michel Delebarre					

Ont voté contre :

Philippe Adnot	Jean-Noël Cardoux	Marie-Hélène Des Esgaulx
Pascal Allizard	Jean-Claude Carle	Chantal Deseyne
Gérard Bailly	Caroline Cayeux	Yves Détraigne
Gilbert Barbier	Gérard César	Catherine Di Folco
François Baroin	Patrick Chaize	Élisabeth Doineau
Philippe Bas	Pierre Charon	Éric Doligé
Christophe Béchu	Daniel Chasseing	Philippe Dominati
Jérôme Bignon	Alain Chatillon	Daniel Dubois
Annick Billon	Olivier Cigolotti	Marie-Annick Duchêne
Jean Bizet	François Commeinhes	Alain Dufaut
Jean-Marie Bockel	Gérard Cornu	Jean-Léonce Dupont
François Bonhomme	Philippe Dallier	Nicole Duranton
Philippe Bonhecarrère	René Danesi	Louis Duvernois
Natacha Bouchart	Mathieu Darnaud	Jean-Paul Emorine
Gilbert Bouchet	Serge Dassault	Dominique Estroso Sassone
François-Noël Buffet	Serge Dassault	Hubert Falco
Olivier Cadic	Isabelle Debré	Françoise Férat
François Calvet	Robert del Picchia	Michel Fontaine
Christian Cambon	Vincent Delahaye	Michel Forissier
Agnès Canayer	Francis Delattre	Alain Fouché
Michel Canevet	Bernard Delcrois	Bernard Fournier
Jean-Pierre Cantegrit	Gérard Dériot	
Vincent Capo-Canellas	Catherine Deroche	
	Jacky Deromedi	

N'ont pas pris part au vote :

Michel Bouvard, Robert Navarro, David Rachline, Stéphane Ravier.

N'ont pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - Président du Sénat et M. Jean-Pierre Caffet, qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance avaient été de :

Nombre de votants	343
Nombre des suffrages exprimés	343
Pour l'adoption	155
Contre	188

Mais après vérification, ces nombres ont été rectifiés conformément à la liste ci-dessus.

SCRUTIN N° 262

sur l'article 26 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	342
Suffrages exprimés	342
Pour	187
Contre	155

Le Sénat a adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GRUPE LES RÉPUBLICAINS (144) :

Pour : 142

N'ont pas pris part au vote : 2 M. Gérard Larcher - Président du Sénat, M. Michel Bouvard

GRUPE SOCIALISTE ET APPARENTÉS (110) :

Contre : 109

N'a pas pris part au vote : 1 M. Jean-Pierre Caffet - qui présidait la séance

GRUPE UNION DES DÉMOCRATES ET INDÉPENDANTS - UC (42) :

Pour : 42

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN ET CITOYEN (19) :

Contre : 19

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (17) :

Contre : 17

GRUPE ÉCOLOGISTE (10) :

Contre : 10

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :

Pour : 3

N'ont pas pris part au vote : 3

Ont voté pour :

Philippe Adnot	Olivier Cigolotti	Dominique Estrosi
Pascal Allizard	François Commehnes	Sassone
Gérard Bailly	Gérard Cornu	Hubert Falco
François Baroin	Philippe Dallier	Françoise Férat
Philippe Bas	René Danesi	Michel Fontaine
Christophe Béchu	Mathieu Darmaud	Michel Forissier
Jérôme Bignon	Serge Dassault	Alain Fouché
Annick Billon	Isabelle Debré	Bernard Fournier
Jean Bizet	Robert del Picchia	Jean-Paul Fournier
Jean-Marie Bockel	Vincent Delahaye	Christophe-André Frassa
François Bonhomme	Francis Delattre	Pierre Frogier
Philippe Bonnecarrère	Bernard Delcrois	Jean-Marc Gabouty
Natacha Bouchart	Gérard Dériot	Joëlle Garriaud-Maylam
Gilbert Bouchet	Catherine Deroche	Françoise Gatel
François-Noël Buffet	Jacky Deromedi	Jean-Claude Gaudin
Olivier Cadic	Marie-Hélène Des Esgaulx	Jacques Gautier
François Calvet	Chantal Deseyne	Jacques Genest
Christian Cambon	Yves Détraigne	Bruno Gilles
Agnès Canayer	Catherine Di Folco	Colette Giudicelli
Michel Canevet	Élisabeth Doineau	Nathalie Goulet
Jean-Pierre Cantegrit	Éric Doligé	Jacqueline Gourault
Vincent Capo-Canellas	Philippe Dominati	Alain Gournac
Jean-Noël Cardoux	Daniël Dubois	Sylvie Goy-Chavent
Jean-Claude Carle	Marie-Annick Duchêne	Jean-Pierre Grand
Caroline Cayeux	Alain Dufaut	Daniel Gremillet
Gérard César	Jean-Léonce Dupont	François Grosdidier
Patrick Chaize	Nicole Duranton	Jacques Groperrin
Pierre Charon	Louis Duvernois	Pascale Grunys
Daniel Chasseing	Jean-Paul Emorine	Charles Guené
Alain Chatillon		

Joël Guerriau	Jean-François Longeot
Loïc Hervé	Gérard Longuet
Michel Houel	Vivette Lopez
Alain Houpert	Jean-Claude Luche
Christiane Hummel	Michel Magras
Benoît Huré	Claude Malhuret
Jean-François Husson	Didier Mandelli
Jean-Jacques Hyest	Alain Marc
Corinne Imbert	Hervé Marseille
Sophie Joissains	Patrick Masclat
Chantal Jouanno	Jean Louis Masson
Alain Joyandet	Hervé Maurey
Christiane Kammermann	Jean-François Mayet
Roger Karoutchi	Pierre Médevielle
Fabienne Keller	Colette Mélot
Guy-Dominique Kennel	Marie Mercier
Claude Kern	Michel Mercier
Marc Laménie	Brigitte Micouleau
Élisabeth Lamure	Alain Milon
Jean-Jacques Lasserre	Albéric de Montgolfier
Robert Laufoaulu	Patricia Morhet-Richaud
Daniel Laurent	Catherine Morin-Desailly
Nuihau Laurey	Jean-Marie Morisset
Antoine Lefèvre	Philippe Mouiller
Jacques Legendre	Philippe Nachbar
Dominique de Legge	Christian Namy
Jean-Pierre Leleux	Louis Nègre
Jean-Baptiste Lemoyne	Louis-Jean de Nicolaj
Jean-Claude Lenoir	Claude Nougain
Philippe Leroy	Jean-Jacques Panunzi
Valérie Létard	Philippe Paul
Anne-Catherine Loisier	Cyril Pellevat
	Cédric Perrin
	Jackie Pierre

François Pillet
Xavier Pintat
Louis Pinton
Rémy Pointereau
Ladislás Poniatowski
Hugues Portelli
Yves Pozzo di Borgo
Sophie Primas
Catherine Procaccia
Jean-Pierre Raffarin
Henri de Raincourt
Michel Raison
André Reichardt
Bruno Retailleau
Charles Revet
Didier Robert
Gérard Roche
Bernard Saugey
René-Paul Savary
Michel Savin
Bruno Sido
Abdourahamane Soilihi
Henri Tandonnet
Lana Tetuanui
André Trillard
Catherine Troendlé
Alex Türk
Jean-Marie Vanlerenberghe
Michel Vaspart
Alain Vasselle
Hilarion Vendegou
Jean-Pierre Vial
Jean Pierre Vogel
François Zocchetto

Ont voté contre :

Patrick Abate	Jacques Chiron	Brigitte Gonthier-Maurin
Leïla Aïchi	Karine Claireaux	Gaëtan Gorce
Michel Amiel	Laurence Cohen	Jean-Noël Guérini
Michèle André	Yvon Collin	Didier Guillaume
Maurice Antiste	Gérard Collomb	Annie Guillemot
Alain Anziani	Pierre-Yves Collombat	Claude Haut
Aline Archimbaud	Hélène Conway-Mouret	Odette Herviaux
Guillaume Arnell	Jacques Cornano	Robert Hue
Éliane Assassi	Roland Courteau	Éric Jeansannetas
David Assouline	Cécile Cukierman	Gisèle Jourda
Dominique Bailly	Ronan Dantec	Mireille Jouve
Gilbert Barbier	Yves Daudigny	Philippe Kaltenbach
Delphine Bataille	Marc Daunis	Antoine Karam
Marie-France Beaufiles	Annie David	Bariza Khiani
Esther Benbassa	Michel Delebarre	Georges Labazée
Claude Bérit-Débat	Michelle Demessine	Joël Labbé
Michel Berson	Jean Desessard	Françoise Laborde
Alain Bertrand	Félix Desplan	Bernard Lande
Jacques Bigot	Évelyne Didier	Serge Larcher
Michel Billout	Jérôme Durain	Pierre Laurent
Marie-Christine Blandin	Alain Duran	Jean-Yves Leconte
Maryvonne Blondin	Josette Durrieu	Claudine Lepage
Éric Bocquet	Vincent Eblé	Jean-Claude Leroy
Nicole Bonnefoy	Anne Emery-Dumas	Michel Le Scouarnec
Jean-Pierre Bosino	Philippe Esnol	Marie-Noëlle Lienemann
Yannick Botrel	Frédérique Espagnac	Jeanny Lorgeoux
Corinne Bouchoux	Christian Favier	Jean-Jacques Lozach
Jean-Claude Boulard	Corinne Féret	Roger Madec
Martial Bourquin	Jean-Jacques Filleul	Philippe Madrelle
Michel Boutant	François Fortassin	Jacques-Bernard Magner
Nicole Briq	Thierry Foucaud	Hermeline Malherbe
Henri Cabanel	Jean-Claude Frécon	Christian Manable
Pierre Camani	André Gattolin	François Marc
Claire-Lise Champion	Catherine Géniisson	Didier Marie
Thierry Carcenac	Samia Ghali	Jean-Pierre Masseret
Jean-Louis Carrère	Dominique Gillot	Rachel Mazuir
Françoise Cartron	Jacques Gillot	Michelle Meunier
Luc Carvouanas	Éliane Giraud	Jacques Mézard
Joseph Castell	Jean-Pierre Godefroy	
Bernard Cazeau		

Danielle Michel
Gérard Miquel
Thani Mohamed
Soilihi
Marie-Pierre Monier
Franck Montaugé
Alain Néri
Georges Patient
François Patriat
Daniel Percheron
Marie-Françoise Perol-
Dumont
Jean-Vincent Placé
Hervé Poher

Christine Prunaud
Daniel Raoul
Claude Raynal
Daniel Reiner
Jean-Claude Requier
Alain Richard
Stéphanie Riocreux
Sylvie Robert
Gilbert Roger
Yves Rome
Jean-Yves Roux
Patricia Schillinger
Jean-Pierre Sueur
Simon Sutour

Catherine Tasca
Nelly Tocqueville
Jean-Louis Tourenne
Raymond Vall
René Vandierendonck
Yannick Vaugrenard
Paul Vergès
Michel Vergoz
Maurice Vincent
Dominique Watrin
Evelyne Yonnet
Richard Yung

N'ont pas pris part au vote :

Michel Bouvard, Robert Navarro, David Rachline, Stéphane Ravier.

N'ont pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - Président du Sénat et M. Jean-Pierre Caffet -
qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance avaient été de :

Nombre de votants	343
Nombre des suffrages exprimés	343
Pour l'adoption	187
Contre	156

Mais après vérification, ces nombres ont été rectifiés conformé-
ment à la liste ci-dessus.

ABONNEMENTS

NUMÉROS d'édition	TITRES	TARIF abonnement France (*)
		Euros
	DÉBATS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE	
03	Compte rendu..... 6 mois	103,90
33	Questions..... 6 mois	76,95
	DÉBATS DU SÉNAT	
05	Compte rendu..... 6 mois	93,40
35	Questions..... 6 mois	55,85
85	Table compte rendu.....	19,80

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 8 décembre 2014 publié au *Journal officiel* du 10 décembre 2014

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 : 3,90 €