

COMPTE RENDU ANALYTIQUE OFFICIEL

Jeudi 28 mai 2009

HÔPITAL, PATIENTS, SANTÉ ET TERRITOIRES (Urgence – Suite)
QUESTIONS D'ACTUALITÉ

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| DÉPÔT D'UN RAPPORT | 1 |
| HÔPITAL, PATIENTS, SANTÉ ET TERRITOIRES (Urgence - Suite) | 1 |
| Discussion des articles (Suite) | 1 |
| Article 28 (Suite) | 1 |
| Article 28 bis | 7 |
| Article 29 | 7 |
| Article 30 | 9 |
| Article 31 | 12 |
| Article 32 | 12 |
| Article 33 | 14 |
| Article 34 | 16 |
| Articles additionnels précédemment réservés | 19 |
| QUESTIONS D'ACTUALITÉ | 22 |
| Crise du lait (I) | 23 |
| M. François Fortassin | 23 |
| M. Michel Barnier, ministre de l'agriculture | 23 |
| Crise du lait (II) | 23 |
| M. Michel Mercier | 23 |
| M. Michel Barnier, ministre de l'agriculture | 23 |
| Télétravail pendant un congé de maladie ou de maternité | 24 |
| M. Alain Anziani | 24 |
| Mme Nathalie Kosciusko-Morizet, secrétaire d'État chargée de la prospective | 24 |
| Crise du lait (III) | 24 |
| M. Gérard Le Cam | 24 |
| M. Michel Barnier, ministre de l'agriculture | 25 |
| Situation en Corée | 25 |
| M. Christian Cambon | 25 |
| M. Bernard Kouchner, ministre des affaires étrangères | 25 |
| Crise du lait (IV) | 26 |
| M. Yannick Botrel | 26 |
| M. Michel Barnier, ministre de l'agriculture | 26 |
| Crise du lait (V) | 26 |
| M. Gérard Bailly | 26 |
| M. Michel Barnier, ministre de l'agriculture | 26 |
| Indemnisation des victimes d'essais nucléaires | 27 |
| M. Richard Tuheiyava | 27 |
| M. Jean-Marie Bockel, secrétaire d'État à la défense | 27 |
| Violences à l'école | 28 |
| M. Alain Dufaut | 28 |
| Mme Nadine Morano, secrétaire d'État chargée de la famille | 28 |
| Grenelle des ondes | 28 |
| M. Gérard Dériot | 28 |
| Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé | 29 |
| PROPOSITION DE RÉSOLUTION | 29 |
| HÔPITAL, PATIENTS, SANTÉ ET TERRITOIRES (Urgence - Suite) | 29 |
| Discussion des articles (Suite) | 29 |
| Titre II (Avant l'article 14) | 29 |
| Article 14 | 30 |
| Article L. 1411-11 du code | 32 |
| Article L. 1411-12 du code | 35 |
| Article L. 4130-1 du code | 35 |
| Article additionnel du code | 37 |
| V (nouveau) du code | 39 |
| Paragraphe additionnel | 41 |
| Article 14 bis A | 42 |
| Article 14 bis | 43 |
| Article 14 ter | 45 |
| Article 14 quater | 47 |
| Article 15 | 47 |

SÉANCE du jeudi 28 mai 2009

108^e séance de la session ordinaire 2008-2009

PRÉSIDENTE DE M. BERNARD FRIMAT,
VICE-PRÉSIDENT

SECRÉTAIRES :
MME MONIQUE CERISIER-BEN GUIGA, M. DANIEL RAOUL.

La séance est ouverte à 9 h 30.

Le procès-verbal de la précédente séance, constitué par le compte rendu analytique, est adopté sous les réserves d'usage.

Dépôt d'un rapport

M. le président. – M. le Premier ministre a transmis au Sénat, en application de l'article 67 de la loi du 9 décembre 2004 de simplification du droit, le rapport sur l'application de la loi du 15 juillet 2008 relative aux archives du Conseil constitutionnel.

Acte est donné du dépôt de ce rapport.

Hôpital, patients, santé et territoires (Urgence - Suite)

M. le président. – L'ordre du jour appelle la suite du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.

Discussion des articles (Suite)

Article 28 (Suite)

M. le président. – Dans la discussion des articles, nous en sommes parvenus, au sein de l'article 28, à l'amendement n°1171. Le Gouvernement a déjà présenté cet amendement de même que Mme Desmarescaux son sous-amendement n°1354.

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité. – Le Gouvernement rejoint totalement la préoccupation de la commission : tenir compte des besoins d'accompagnement des personnes privées d'autonomie. L'aide à la prise de médicaments -cela relève du bon sens- fait partie de l'aide aux actes de la vie courante.

M. Guy Fischer. – Ah !

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État. – En outre, la pratique est encadrée car le texte de la commission précise que la prise du médicament ne doit présenter « ni difficulté d'administration, ni d'apprentissage particulier », ce qui exclut les injections, et prévoit des protocoles de soins.

Reste une ambiguïté que l'amendement n°1171 tend à lever. L'aide à la prise des médicaments inclut déjà la remise des médicaments sélectionnés par l'infirmière à la personne aidée. Et mentionner « la distribution » dans la loi pourrait laisser penser que les aspects techniques de cette étape, soit la préparation, le conditionnement en pilulier et, *a fortiori*, la sélection du médicament dans son lieu de rangement, sont laissés à l'initiative de l'aidant.

Madame Desmarescaux, je vous remercie d'avoir soulevé cette question : les précisions très claires, que je viens d'apporter, seront portées au *Journal officiel*, ce qui nous permettra d'avancer. Au bénéfice de ces observations, retrait ?

Mme Sylvie Desmarescaux. – Madame la ministre, ces propos rassurants et clairs seront repris au *Journal officiel*. Ma demande étant satisfaite, je m'incline.

Le sous-amendement n°1354 est retiré.

M. Guy Fischer. – Le monde médico-social, lui, n'est pas rassuré du tout !

M. Dominique Leclerc. – Ayant l'habitude de la délivrance des médicaments dans les établissements médico-sociaux, je veux mettre en garde le Gouvernement. De nombreuses erreurs sont déjà commises : parmi les sept pilules que la personne âgée doit prendre le matin, on en trouve parfois deux qui ne conviennent pas... L'aide à la prise des médicaments doit être assurée par des personnes qui possèdent un minimum de connaissances et de diplômes.

M. François Autain. – Il a raison !

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État. – Monsieur Leclerc, nous avons largement débattu de la question hier soir. L'amendement n°1171 précise les intentions de la commission et sécurise cette pratique. Les explications que je viens de donner dissipent toute ambiguïté.

M. Bernard Cazeau. – Nous devons faire la part de choses... Nous ne trouverons pas une solution en mesure de tout régler. Au reste, monsieur Leclerc, vos propos sur la délivrance des médicaments m'inquiètent... L'amendement n°1171 n'est peut-être pas complet, mais il fait avancer. Nous le voterons.

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État. – Merci !

L'amendement n°1171 est adopté.

M. le président. – Amendement n°1335, présenté par M. Milon, au nom de la commission.

I. - Dans le deuxième alinéa du 20° du I de cet article, après le mot :

établissements

insérer (deux fois) les mots :

et services

II. - En conséquence, procéder à la même insertion dans le quatrième alinéa, dans le sixième alinéa et dans la première phrase du septième alinéa du même 20°.

III. - En conséquence, dans la seconde phrase du septième alinéa du même 20°, après le mot :

établissement

insérer les mots :

et service

M. Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales. – Amendement de précision : nous étendons le statut d'établissements sociaux et médico-sociaux privés d'intérêt collectif, créé au 20° de l'article 28, aux services sociaux et médico-sociaux, le code de l'action sociale et des familles les plaçant sur le même plan juridique.

L'amendement n°1335, accepté par le Gouvernement, est adopté.

M. le président. – Amendement n°977, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Supprimer le 21° du I de cet article.

Mme Annie David. – Une fois n'est pas coutume, le Gouvernement a déposé un amendement identique au nôtre ! Nous souhaitons supprimer l'instauration d'un service minimum dans les établissements accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées, car elle est renvoyée dans cette loi au silence d'un décret. Celle-ci, pouvant constituer une privation du droit de grève, doit être négociée dans le cadre du dialogue social, cher à Xavier Bertrand lorsqu'il était ministre et, tout au moins, cher à notre commission. Compte tenu de l'importance de la question, nous demandons un scrutin public sur cet amendement. (*Murmures à droite*)

M. Guy Fischer. – Le service minimum, c'est important ! Nous savons ce que cela signifie !

M. le président. – Amendement identique n°1168, présenté par le Gouvernement.

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État. – Tout d'abord, l'instauration d'un service minimum dans les établissements privés chargés d'une mission d'intérêt général, telle que rédigée par la commission, concernerait également les services administratifs et les établissements n'accompagnant pas des personnes fragiles tels les centres d'hébergement et de réinsertion sociale et les foyers de jeunes travailleurs.

Bien que je me préoccupe, comme la commission, de la continuité de la prise en charge et des soins dispensés aux personnes fragiles, j'observe que la législation confère déjà au préfet, au titre de ses pouvoirs de police, un pouvoir de réquisition, aux termes du 4° de l'article L. 2215-1 du code général des collectivités locales, sur les établissements privés qui représentent au moins la moitié des établissements d'accueil, voire davantage pour les personnes handicapées. Ces dispositions concilient le respect du droit de grève garanti par la Constitution et la sécurité des personnes accompagnées. Au reste, conscients des missions d'intérêt général que la loi du 2 janvier 2002 leur confie, les responsables de ces établissements d'accueil ont montré, dans leur majorité, leur volonté de ne pas porter atteinte aux besoins des personnes accueillies en cas de conflit du travail.

Les réquisitions préfectorales sont très exceptionnelles.

S'agissant d'une question complexe et potentiellement conflictuelle, le Gouvernement propose que soit mise en place une mission d'expertise associant tous les acteurs, afin de vérifier si les dispositions actuelles garantissent effectivement la sécurité et les besoins d'accompagnement des usagers ; de faire des recommandations facilitant l'application et le contrôle de ces dispositions ; de recenser les instruments existants ou à créer qui permettraient en amont de s'assurer de la continuité du service dans les établissements concernés ; d'analyser les conséquences juridiques de la reconnaissance par la loi de l'exercice de missions d'intérêt général par ces établissements ; et de s'assurer de la pertinence de la législation actuelle. Cette mission serait mise en place avant l'été et ses conclusions devraient être rendues avant la fin de l'année. Dans cette attente, je demande au Sénat d'adopter l'amendement du Gouvernement.

M. Alain Milon, rapporteur. – La commission a adopté ce texte à l'initiative de Mme Desmarescaux...

M. Guy Fischer. – Et de M. Vasselle...

M. Alain Milon, rapporteur. – Il est indispensable de garantir un service minimum dans les établissements, une grève pouvant y mettre la vie des patients en danger. Notre proposition incite au dialogue social ; elle concilie de façon équilibrée respect du droit de grève et sécurité des personnes dépendantes. Avis défavorable à ces deux amendements.

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État. – L'amendement n°977 est satisfait par celui du Gouvernement...

M. Guy Fischer. – Dans le contexte actuel de démantèlement des droits sociaux et de détricotage du droit du travail - nous allons encore le voir bientôt avec le texte sur le travail du dimanche - cet amendement

est pour nous d'une grande importance. Je remercie Mme la ministre d'avoir argumenté comme elle l'a fait. On ne peut légiférer sur le fondement de cas très isolés. Les personnels des établissements, malgré la précarité qu'ils subissent, ont toujours fait la preuve de leur sens des responsabilités, ils ont toujours eu le sens de l'intérêt général. Nous regrettons vivement la position de la commission.

M. Jean-Pierre Fourcade. – Les propos de Mme la ministre ne nous ont pas rassurés. Nous sommes ici pour défendre les patients. Je sais ce qu'il en est : j'ai eu moi-même à m'occuper d'établissements médico-sociaux qui ont connu des grèves. Rien n'empêche le Gouvernement de mener sa mission d'expertise, nous en analyserons les conclusions le moment venu. Supprimer cette disposition serait envoyer un très mauvais signal. Le groupe UMP, j'en suis navré, madame la ministre, ne votera pas votre amendement.

M. Guy Fischer. – Nous ne voulons pas d'une restriction au droit de grève !

M. Yves Daudigny. – Le groupe socialiste soutient ces amendements. Nous sommes face à un texte idéologique qui n'apportera aucune solution.

M. Guy Fischer. – Très bien !

M. Yves Daudigny. – Les cas problématiques sont très rares, que la réquisition préfectorale peut régler. *(Applaudissements à gauche)*

M. Alain Vasselle. – Je confirme les propos de M. Fourcade. Le texte de la commission répond à une demande des familles. J'ai eu le cas dans ma commune d'une grève dans un foyer occupationnel, déclenchée sans préavis ; la directrice a été contrainte de demander à tous les parents de venir chercher leurs enfants...

M. Guy Fischer. – C'est une vengeance idéologique !

M. Alain Vasselle. – Avec le texte de la commission, il suffit que les partenaires sociaux se réunissent autour de la table pour mettre en place un service minimum. Ils n'ont en rien le couteau sous la gorge. La concertation pourra bien avoir lieu. *(Applaudissements à droite)*

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État. – Je n'entrerai pas dans un débat idéologique, mon seul souci est de répondre à des problèmes concrets. Je souhaite que nous prenions le temps de l'expertise grâce à une mission à laquelle parlementaires et partenaires sociaux seront associés. Cela précisé, le Sénat décidera...

A la demande du groupe CRC-SPG, les amendements identiques n°977 et 1168 sont mis aux voix par scrutin public.

M. le président. – Voici les résultats du scrutin :

| | |
|------------------------------------|-----|
| Nombre de votants | 341 |
| Nombre de suffrages exprimés | 341 |

Majorité absolue des suffrages exprimés171

Pour l'adoption

Contre

Le Sénat n'a pas adopté.

Amendement n°1134, présenté par Mme Hermange.

Rédiger comme suit le 22° du I de cet article :

22° Le quatrième alinéa de l'article L. 314-8 est complété par deux phrases ainsi rédigées : dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, un décret adapte les dispositions du code de l'action sociale et des familles aux modalités de fonctionnement et de tarification de l'accueil temporaire des personnes accueillies dans les établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1. Une évaluation du fonctionnement de ces établissements et services fait l'objet d'un rapport remis au Parlement avant le 15 octobre 2012. »

Mme Marie-Thérèse Hermange. – Nous avons adopté cet amendement lors du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Malheureusement, la CMP ne l'avait pas retenu...

La commission des affaires sociales a approuvé le principe d'une expérimentation comparative de plusieurs modalités de fonctionnement et de tarification pour l'accueil temporaire médicalisé des personnes âgées. Cet amendement prend en compte le fait qu'un texte réglementaire est déjà en cours de préparation qui instituera une tarification attractive pour ce type d'hébergement, sans passer par le stade d'une phase expérimentale.

M. le président. – Amendement n°981, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Après le II de cet article, insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... - Le quatrième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, un décret adapte les dispositions de l'article R. 314-194 du code de l'action sociale et des familles aux modalités de fonctionnement et de tarification de l'accueil temporaire des personnes accueillies dans des établissements et services visés au 6° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Une évaluation du fonctionnement de ces établissements et services fait l'objet d'un rapport remis au parlement par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie avant le 15 octobre 2012. »

M. Guy Fischer. – Nous entendons appliquer aux personnes âgées un dispositif prévu par la loi de janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, qui a reconnu l'accueil temporaire et médicalisé des personnes handicapées, comme un soutien à ces personnes et à leurs familles. La loi a

ensuite, par analogie, étendu ce dispositif temporaire et médicalisé aux personnes âgées. Toutefois, il existe un important décalage entre la volonté des acteurs publics de développer de tels hébergements médicalisés et les créations effectives. Cela se traduit dans les faits par une utilisation plus que partielle des fonds spécifiquement dédiés à l'article R. 314-914 du code de l'action sociale et des familles. En juin 2008, une étude, menée par un organisme de prévoyance, a proposé de retenir, pour les personnes âgées accueillies dans ces hébergements, les mêmes dispositions de financement et de tarification que celles prévues pour les personnes handicapées, notamment à l'article R. 314-194 du code de l'action sociale et des familles.

M. Alain Milon, rapporteur. – Ces amendements sont louables sur le fond. Cependant, et c'est dommage, ce n'est pas à la loi de prévoir qu'un décret adapte des dispositions réglementaires. La commission souhaite donc que la ministre s'engage à faire publier rapidement ce décret. Retrait.

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État. – Avis favorable au n°1134 : le projet de décret, en préparation, sera publié rapidement. La période d'expérimentation est donc inutile. Retrait du n°981 au profit du n°1134 qui le satisfait.

M. Guy Fischer. – Parti pris idéologique !

L'amendement n°1134 est adopté.

L'amendement n°981 devient sans objet.

M. le président. – Amendement n°978, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Supprimer le 25° du I de cet article.

M. Guy Fischer. – Comme nous l'avons fait pour les établissements publics de santé, nous nous opposons à ce que les établissements sociaux et médico-sociaux puissent être ainsi placés sous administration provisoire. Au vu du résultat du vote précédent, il semble que je doive m'expliquer plus longuement.

Évidemment, il peut arriver que des établissements déficitaires soient placés sous administration provisoire pour leur permettre de retrouver l'équilibre. Ce n'est pas ce que nous dénonçons. Ce que nous condamnons, c'est la manière autoritaire dont ce placement est opéré, sans concertation ni information des conseils de surveillance ou des instances de direction de l'hôpital ou de l'établissement d'accueil. Nous regrettons également que le placement sous tutelle de ces établissements serve au Gouvernement de stratagème pour écarter le débat de fond sur les causes de leur déficit, ce placement tendant à faire croire que seul le gestionnaire est responsable et écartant ainsi la responsabilité d'un mode de financement inapproprié et insuffisant. Nous dénonçons d'autant plus ces mises sous tutelle que, nous le savons pertinemment, la réponse ne sera

jamais -RGPP oblige- un accroissement des moyens, mais l'application d'une politique de rigueur dont seront victimes les personnels et la qualité des soins ou de l'accueil des personnes dépendantes.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cet article L.313-14-1, introduit par la commission à l'initiative de M. Vasselle, vise à remédier aux lacunes de la procédure d'alerte. Il reprend une disposition adoptée dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, mais censurée par le Conseil constitutionnel. La commission l'estime indispensable car la procédure d'alerte est aujourd'hui bien imparfaite. Avis défavorable.

L'amendement n°978, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°1123, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Compléter le I de cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

...° Après l'article L. 313-14, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Art. L. ... - Les usagers des établissements et services mentionnés aux 1° à 9° du I. de l'article L. 312-1 peuvent bénéficier, lorsque leur état de santé le nécessite, des soins médicaux et paramédicaux dispensés par les professionnels de statut libéral, sans préjudice des dispositions des articles R. 314-26, R. 314-122, D. 312.12, D. 312-59-2, D. 312-59-9 et R. 344-2. »

M. Bernard Cazeau. – L'intervention de professionnels médicaux et paramédicaux exerçant à titre libéral peut être nécessaire dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, surtout dans les petites structures.

L'amendement identique n°1147 rectifié n'est pas défendu.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable. Il faut au contraire laisser ouverte la possibilité de requalification de l'intervention de professionnels libéraux en activité salariée. Le but de la mesure est d'éviter d'avoir affaire à de faux libéraux qui seraient en réalité des salariés de l'établissement et dont l'intervention doit, dès lors, être soumise à cotisations sociales.

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État. – Ce ne serait bon ni pour la coordination des soins, ni pour les finances de l'assurance maladie qui supporteraient une double dépense. Les établissements peuvent utiliser le forfait soins qu'ils reçoivent de celle-ci soit pour recruter des salariés, soit pour rémunérer l'intervention de professionnels libéraux. Nombre de ces établissements ont recours aux deux solutions à la fois, notamment pour le remplacement des salariés. L'amendement est donc inutile, et même dangereux car il pourrait empêcher toute requalification en activité

salariée des interventions des libéraux exerçant dans ces établissements.

Cela serait une régression car le code du travail introduit une présomption de non-salariat pour les professionnels inscrits en libéral.

M. Bernard Cazeau. – Je suis pour le salariat quand c'est possible, mais, en l'occurrence, vous allez priver certains établissements du concours de professionnels libéraux qui ne veulent pas être qualifiés en salariés.

L'amendement n°1123 n'est pas adopté.

L'amendement n°23 rectifié bis n'est pas soutenu.

M. le président. – Amendement n°1319 rectifié, présenté par le Gouvernement.

Rédiger comme suit le II de cet article :

II. - A. - Le code général des impôts est ainsi modifié :

1° L'article 257 est ainsi modifié :

a) Au début de l'avant-dernier alinéa du 1 du 7°, sont ajoutés les mots : « de la partie dédiée à l'hébergement des locaux d'établissements mentionnés au 2° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ainsi que » ;

b) Dans la première phrase du 7° *sexies*, après le mot : « portant », sont insérés les mots : « sur la partie dédiée à l'hébergement des locaux d'établissements mentionnés au 2° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et » ;

2° Au 3 *septies* du I de l'article 278 *sexies*, après les mots : « apports de locaux », sont insérés les mots : « destinés à l'hébergement aux établissements mentionnés au 2° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et les ventes et apports de locaux ».

B. - Les dispositions prévues au A s'appliquent aux locaux acquis, aménagés ou construits à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi.

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État. – L'article 25 de la loi du 5 mars 2007 portant droit opposable au logement a prévu l'application du taux réduit de TVA à la construction et aux travaux d'entretien de logements pour les adultes handicapés. L'accueil de jour n'est pas un logement à caractère social, mais nous réparons un oubli en étendant le taux réduit aux structures accueillant des enfants handicapés, ce qui n'est pas contraire à la directive de 2006.

M. le président. – Sous-amendement n°1353 à l'amendement n°1319 rectifié du Gouvernement, présenté par M. Milon, au nom de la commission.

I. - A la fin du quatrième alinéa (a) de l'amendement n°1319, après les mots :

et de locaux d'établissements mentionnés

insérer les mots :

aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, agissant sans but lucratif et dont la gestion est désintéressée, lorsqu'ils accueillent des personnes handicapées à titre permanent ou temporaire ou, lorsqu'ils accueillent des personnes âgées à titre permanent ou temporaire s'ils remplissent

II. - Compléter le cinquième alinéa (b) de l'amendement n°1319 par les mots :

sur la partie dédiée à l'hébergement des locaux d'établissements mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, agissant sans but lucratif et dont la gestion est désintéressée, lorsqu'ils accueillent des personnes handicapées à titre permanent ou temporaire ou, lorsqu'ils accueillent des personnes âgées à titre permanent ou temporaire

III. - Compléter le sixième alinéa (2°) de l'amendement n° 1319 par les mots :

aux établissements mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, agissant sans but lucratif et dont la gestion est désintéressée, lorsqu'ils accueillent des personnes handicapées à titre permanent ou temporaire ou, lorsqu'ils accueillent des personnes âgées à titre permanent ou temporaire

IV. - Pour compenser la perte de recettes résultant des I à III ci-dessus, compléter l'amendement n°1319 par deux paragraphes ainsi rédigés :

... - Pour compenser la perte de recettes résultant du présent amendement, compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - La perte de recettes résultant pour l'État du présent article 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. Alain Milon, rapporteur. – Nous étendons le dispositif aux établissements pour enfants handicapés et conservons le bénéfice du dispositif pour l'accueil temporaire, qui constitue une forme sociale d'habitat passible d'une aide d'État.

M. le président. – Amendement n°1125, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

I. - Après le b) du II de cet article, insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Avant les références : « 6° et 7° », est insérée la référence : « 2°, ».

II. - Pour compenser la perte de recettes résultant du I ci-dessus, compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - La perte de recettes résultant pour l'État du présent article 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. Jean-Pierre Michel. – Nous voulions réparer un oubli de la loi Dalo, mais nous rallierons à l'amendement du Gouvernement en souhaitant qu'on applique le taux réduit aux hébergements de jour.

M. Alain Milon, rapporteur. – Je n'ai pas la même lecture que M. Michel : je pensais son amendement satisfait...

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État. – Avis très favorable au sous-amendement de la commission...

M. René Garrec. – Très bien !

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État. – ... Il complète très utilement le dispositif en faveur des plus fragiles. Je lève le gage.

M. Yves Daudigny. – Nous soutenons les amendements, mais Mme Campion, qui a analysé les textes, souligne qu'agréées et financées par les conseils généraux les maisons départementales de l'autonomie, en ce qu'elles contribuent à l'intérêt général, doivent relever de l'article 13 H de la sixième directive européenne : il est possible d'appliquer le taux réduit à tous les lieux de vie et d'accueil.

Le sous-amendement n°1353 rectifié est adopté, ainsi que l'amendement n°1319 rectifié, sous-amendé.

L'amendement n°1125 devient sans objet.

M. le président. – Amendement n°1169, présenté par le Gouvernement.

Supprimer le III de cet article.

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État. – Je renvoie à la discussion que nous avons eue tout à l'heure. Il est nécessaire de protéger les usagers et l'amendement définit les conditions de cette protection.

M. Alain Milon, rapporteur. – Notre philosophie n'a pas changé : avis défavorable.

L'amendement n°1169 n'est pas adopté.

M. le président. – Je mets donc aux voix l'ensemble de l'article 28.

M. Guy Fischer. – Cet article est important parce qu'il applique aux établissements médico-sociaux la nouvelle gouvernance instaurée pour les ARS ; il contient donc plusieurs réformes. Nous nous sommes déjà fait l'écho d'inquiétudes auxquelles l'actualité prête parfois une portée nouvelle. Les professionnels qui viennent aujourd'hui à la rencontre des usagers, Porte de Versailles, à Gerontexpo et Handicapexpo, ne cessent de dénoncer la baisse des moyens alloués à la prise en charge de la dépendance. Cela serait en totale contradiction avec 900 millions annoncés par la ministre, si on ne les rapportait pas aux besoins.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports. – Avec quels impôts ?

M. Guy Fischer. – Les retraités, les familles, les organisations représentatives de l'hébergement des personnes âgées déplorent amèrement, avec Gérard

Vincent, délégué général de la Fédération hospitalière de France, un sous-financement, que la réforme va encore accentuer. Joëlle Le Gall, de la Fnapaef, compare les 1 700 euros de pension en maison de retraite et les 1 100 euros en moyenne des pensions, et nous savons que les tarifs des maisons de retraite augmentent de 5 % alors que les retraites sont vouées à l'écrasement. Pascal Champvert... (*Exclamations à droite*) Inutile de protester, monsieur Gournac, car, oui, monsieur Vasselle, monsieur le futur rapporteur général des lois de financement de la sécurité sociale, Pascal Champvert s'inquiète particulièrement de la circulaire ministérielle -les mauvais coups se font aussi par circulaire !- établissant la convergence tarifaire alors que l'on ne compte que 0,6 personnel par résident.

Cela représente une aide-soignante pour douze personnes âgées et quinze minutes par toilette. Et l'on va rogner là-dessus, s'insurge Claude Jarry, de la Fnadepa ? On prétend s'attaquer au reste à charge, mais la convergence va alourdir les tarifs d'hébergement ; il y a urgence à créer un cinquième risque mais la loi que nous mitonnent MM. Vasselle et Marini ne règlera rien. Bien au contraire !

M. Yves Daudigny. – Nous ne pouvons approuver l'article 28. Hier un membre éminent de notre Assemblée, pressenti pour entrer prochainement au Gouvernement, a signé un amendement dont l'objet dénonce « une forme de tutelle de l'État sur les départements » et « une recentralisation peu justifiable ». Nos arguments ne sont donc pas infondés...

Ce projet de loi est celui des rendez-vous manqués. C'est le cas ici avec les collectivités locales, alors que vous aviez l'occasion de conforter les lois de décentralisation, préciser les procédures, construire des partenariats. Une élaboration conjointe des schémas aurait préservé les compétences des conseils généraux comme les prérogatives financières de l'État. Vous ne l'avez pas voulu. J'espère que le projet de loi ne sera pas dans sa totalité un rendez-vous manqué. (*Applaudissements à gauche*)

M. Jacques Blanc. – Le travail de la commission et la réceptivité du Gouvernement débouchent sur des améliorations sensibles. Notre pays peut être fier de son action médico-sociale. Un amendement de Mme Létard a bien articulé l'intervention de l'État et celle des départements, répondant aux interrogations des collectivités locales et des associations. Je me réjouis que le renouvellement des agréments ne soit pas compris dans le champ des appels à projets : il en résultera plus de sérénité... Désormais les financements, grâce à l'appel à projets, seront mieux assurés.

Je fus rapporteur de la loi de 1975, dont je demeure fier car elle est le fondement de la politique en faveur des handicapés. Depuis lors, les choses ont progressé. Je souhaite que l'amendement de

Mme Hermange s'applique aussi aux handicapés, car il y a au sein de la famille ou dans l'établissement de résidence des moments de lassitude et d'intolérance : un séjour temporaire de rupture serait très bénéfique.

Mme la ministre peut être fière du travail que nous avons accompli ensemble ; nous le sommes aussi.

M. François Autain. – Cet article s'inscrit dans le prolongement de lois de financement de la sécurité sociale dont les dispositions tarifaires sont déjà lourdes de conséquences. Les besoins des personnes sont relégués au second plan par les impératifs comptables et financiers. La maîtrise des dépenses publiques est louable, mais pas lorsqu'elle conduit à négliger les besoins des usagers. En outre, il n'y a eu aucune concertation, toutes les associations s'en plaignent. Nous voterons contre l'article 28.

M. Alain Milon, rapporteur. – Un président de groupe, ministrable selon la presse -ce que nous lui souhaitons car il est un homme de valeur- a effectivement parlé de recentralisation, mais il a ensuite retiré son amendement en s'apercevant qu'il avait fait une confusion entre l'article 26 et l'article 28. Il s'en est excusé ! (*Applaudissements sur les bancs UMP*)

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État. – Je m'inscris moi aussi en faux contre les remarques de M. Daudigny au sujet de M. Mercier.

Il n'est pas exact que 90 % des établissements perdent des moyens financiers : 93 % d'entre eux en gagnent 30 % d'ici 2012 avec les conventions tripartites ! Dans les budgets 2008 et 2009, ce sont 600 millions d'euros au total qui ont été inscrits pour créer 20 000 postes de personnel soignant auprès des personnes âgées dans les établissements existants. Est-ce cela que vous appelez une réduction de moyens ? Nous ne parlons pas la même langue ! (*Applaudissements à droite ; M. Alain Gournac renchérit*) Ce texte, dans le respect de l'intérêt général et de la démocratie sanitaire et médico-sociale, organise la gouvernance et la concertation. Les départements, les structures d'accueil, les usagers seront associés à la préparation des décrets. Oui, nous avons une politique financière et comptable : elle consiste à augmenter les moyens pour améliorer la qualité.

Le Président de la République souhaite que nous nous penchions sur le reste à charge pour les personnes âgées accueillies en établissement. Ce sera l'objet d'un autre débat parlementaire. Comment pouvez-vous dénoncer un manque de concertation, quand j'ai reçu tous les intervenants du secteur et veillé à satisfaire toutes leurs principales requêtes ! Je me suis engagée à poursuivre cette concertation et j'ai tenu mes promesses. Le médico-social a été décloisonné et conforté !

Monsieur Jacques Blanc, vous avez été effectivement rapporteur d'une loi fondatrice.

Sur la TVA à 5,5 %, vous êtes satisfait.

Je remercie le Sénat de son apport : la navette et la collaboration entre le Gouvernement et le Parlement ont porté leurs fruits ! (*« Bravo » et applaudissements à droite*)

A la demande du groupe CRC-SPG, l'article 28 est mis aux voix par scrutin public.

M. le président. – Voici les résultats du scrutin :

| | |
|---|-----|
| Nombre de votants..... | 341 |
| Nombre de suffrages exprimés..... | 339 |
| Majorité absolue des suffrages exprimés | 170 |
| Pour l'adoption | 188 |
| Contre | 151 |

Le Sénat a adopté.

L'article 28 bis A est adopté.

Article 28 bis

L'article L. 161-36-4-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Ce groupement peut recruter des agents titulaires de la fonction publique, de même que des agents non titulaires de la fonction publique avec lesquels il conclut des contrats à durée déterminée ou indéterminée. Il peut également employer des agents contractuels de droit privé régis par le code du travail. »

M. le président. – Amendement n°1251, présenté par le Gouvernement.

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

« Ce groupement peut également attribuer, dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, des financements visant à favoriser le développement des systèmes d'information de santé partagés. »

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Il s'agit de donner une base juridique au financement par l'Agence des systèmes d'information de santé partagés (Asip) de projets régionaux en matière d'interopérabilité.

L'amendement n°1251, accepté par la commission, est adopté.

L'article 28 bis, modifié, est adopté, ainsi que l'article 28 bis bis.

Article 29

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

1° Le chapitre V du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie est abrogé ;

2° L'intitulé du chapitre I^{er} du titre II du livre I^{er} de la sixième partie est ainsi rédigé : « Mesures diverses relatives à l'organisation sanitaire » ;

3° Les articles L. 6121-1 à L. 6121-4, L. 6121-9 et L. 6121-10 sont abrogés ;

4° L'article L. 6162-7 est ainsi modifié :

a) Le 1° est ainsi rédigé :

« 1° Le représentant de l'État dans un des départements de la région où le centre a son siège, désigné par le représentant de l'État dans la région ; »

b) Après le mot : « État », la fin de l'avant-dernier alinéa est ainsi rédigée : « mentionné au 1°. »

II. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° La sous-section II de la section 10 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} et le 16° de l'article L. 162-5 sont abrogés ;

2° Le chapitre III du titre VIII du livre I^{er} est abrogé ;

3° L'article L. 215-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 215-1. - Les caisses de retraite, des accidents du travail et des maladies professionnelles :

« 1° Enregistrent et contrôlent les données nécessaires à la détermination des droits à retraite des assurés du régime général. Elles liquident et servent les pensions résultant de ces droits. Elles informent et conseillent les assurés et leurs employeurs sur la législation de l'assurance vieillesse ;

« 2° Interviennent dans le domaine des risques professionnels, en développant et coordonnant la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles et en concourant à l'application des règles de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles et à la fixation des tarifs ;

« 3° Mettent en œuvre les programmes d'action sanitaire et sociale définis par les caisses nationales mentionnées aux articles L. 221-2 et L. 222-4 ;

« 4° Assurent un service social à destination des assurés sociaux de leur circonscription ;

« 5° Peuvent assurer les tâches d'intérêt commun aux caisses de leur circonscription.

« Les circonscriptions des caisses régionales sont fixées par décret. »

III. - L'article 68 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie est abrogé.

M. le président. – Amendement n°254 rectifié, présenté par M. Gournac et Mme Procaccia.

Compléter le I de cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

...° L'article L. 6162-10 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« En cas de vacance des fonctions de directeur général, le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, pour une durée d'au plus quatre mois, un directeur général à titre intérimaire après avis du président du conseil d'administration et de la fédération nationale des centres de lutte contre le cancer la plus représentative. ».

M. Alain Gournac. – Nous organisons les périodes de vacance des fonctions de directeur général, en limitant la durée à quatre mois.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cette disposition me paraît être d'ordre réglementaire : sagesse, en attendant l'avis du Gouvernement.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Favorable à cet amendement qui comble un vide juridique.

L'amendement n°254 rectifié est adopté.

M. le président. – Amendement n°1145, présenté par M. Vanlerenberghe et les membres du groupe UC.

I. - Dans le premier alinéa du texte proposé par le 3° du II de cet article pour l'article L. 215-1 du code de la sécurité sociale, remplacer les mots :

caisses de retraite, des accidents du travail et des maladies professionnelles

par les mots :

caisses d'assurance retraite et de la santé au travail

II. - En conséquence, dans le dernier alinéa du même texte, remplacer les mots :

caisses régionales

par les mots :

caisses d'assurance retraite et de la santé au travail

Mme Anne-Marie Payet. – La commission a transformé les caisses régionales d'assurance maladie en caisses de retraite, des accidents du travail et des maladies professionnelles, conservant l'acronyme « Cram ». Pour éviter toute confusion, nous proposons de les baptiser « CAR », l'expression « assurance retraite » étant fortement valorisée dans la communication du régime général.

M. Alain Milon, rapporteur. – La commission a opté pour une dénomination permettant de conserver l'acronyme afin d'éviter les frais inhérents à un changement de logo. Avis défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Pour ma part, j'y suis favorable : c'est une bonne idée, qui permet d'éviter toute confusion.

M. Bernard Cazeau. – Nous voterons ce judicieux amendement.

L'amendement n°1145 est adopté.

M. le président. – Amendement n°17 rectifié, présenté par M. Dériot.

Compléter le II de cet article par neuf alinéas qui seront ainsi rédigés :

...° L'article L. 215-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque le conseil d'administration se prononce au titre du 2° de l'article L. 215-1, seuls prennent part au

vote les membres mentionnés au 1° et au 2° du présent article. »

...° Après l'article L. 215-5, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Art. L. ... - I. Il est constitué auprès du conseil d'administration, une commission des accidents du travail et des maladies professionnelles composée de :

« 1° Cinq membres choisis par les représentants des assurés sociaux au conseil d'administration, au titre de chacune des organisations syndicales nationales de salariés interprofessionnelles qui y sont représentées, parmi les membres titulaires ou suppléants du conseil d'administration et des comités techniques mentionnés à l'article L. 215-4 ;

« 2° Cinq membres choisis par les représentants des employeurs au conseil d'administration au titre de chacune des organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives qui y sont représentées, parmi les membres titulaires ou suppléants du conseil d'administration et des comités techniques mentionnés à l'article L. 215-4.

« Dans les mêmes conditions, sont choisis autant de membres suppléants.

« Le président de la commission est élu en son sein par cette instance parmi les membres du conseil d'administration.

« II. La commission donne son avis au conseil d'administration sur les affaires relevant du 2° de l'article L. 215-1. Le conseil d'administration peut lui déléguer une partie de ses pouvoirs dans des conditions qu'il détermine sur ces mêmes affaires. »

M. Gérard Dériot. – Cet amendement transcrit dans la loi deux mesures de l'accord relatif à la gouvernance de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, signé le 5 avril 2006 par les partenaires sociaux, qui réaffirment le rôle des caisses régionales.

M. Guy Fischer. – Très bien !

M. Alain Milon, rapporteur. – Très favorable à ce recentrage des caisses d'assurance retraite sur leur nouveau cœur de métier.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Favorable.

L'amendement n°17 rectifié est adopté.

M. le président. – Amendement n°1280, présenté par le Gouvernement.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - Par dérogation au 1° du II, les dispositions du 2° de l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale et les décisions prises en application de ces dispositions par les missions régionales de santé demeurent en vigueur dans chaque région jusqu'à l'entrée en vigueur du

premier schéma régional d'organisation des soins élaboré par l'agence régionale de santé.

Pour l'application des dispositions du 2° de l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale, le directeur général de l'agence régionale de santé est substitué à la mission régionale de santé.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – L'amendement conserve une base légale aux zonages existants sur lesquels reposent les dispositifs de régulation et donne au directeur de l'ARS la compétence de faire évoluer ces zones ou d'en définir de nouvelles pendant la période transitoire entre la mise en place des ARS et la publication des nouveaux schémas régionaux.

M. Alain Milon, rapporteur. – C'est une utile précaution. Avis favorable.

M. Paul Blanc. – Cet amendement important répond à une de mes préoccupations. Pouvez-vous néanmoins nous donner des assurances sur la mise en place rapide des ARS ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Les ARS seront opérationnelles dès le 1^{er} janvier 2010, mais les structures de préfiguration recruteront leur personnel dès la publication de la loi.

M. Paul Blanc. – Merci.

L'amendement n°1280 est adopté.

L'article 29, modifié, est adopté.

Article 30

(Texte modifié par la commission)

I. - À la date d'entrée en vigueur prévue au I de l'article 32 de la présente loi, dans chaque région, et dans la collectivité territoriale de Corse, l'agence régionale de santé et de l'autonomie est substituée, pour l'exercice des missions prévues à l'article 26, à l'État, à l'agence régionale de l'hospitalisation, au groupement régional de santé publique, à l'union régionale des caisses d'assurance maladie, à la mission régionale de santé ainsi que, pour la partie des compétences transférées, à la caisse régionale d'assurance maladie.

L'agence régionale de santé et de l'autonomie est substituée à la mission régionale de santé et à l'État, pour les compétences transférées, dans l'ensemble de leurs droits et obligations. Leurs biens meubles sont transférés de plein droit et en pleine propriété à l'agence. Les biens immeubles de l'État sont mis à disposition de l'agence régionale de santé et de l'autonomie. Le représentant de l'État est autorisé, après avis du président du conseil général, à mettre à disposition de l'agence régionale de santé et de l'autonomie, pour l'exercice de ses missions, les biens immeubles mis à disposition de l'État par les départements en application de la loi n° 85-1098 du 11 octobre 1985 relative à la prise en charge par l'État, les départements et les régions des dépenses de personnel, de fonctionnement et d'équipement des services placés sous leur autorité. La dotation générale de

décentralisation versée par l'État aux départements est maintenue en contrepartie des locaux mis à disposition des agences régionales de santé et de l'autonomie.

L'agence régionale de santé et de l'autonomie est substituée à l'agence régionale de l'hospitalisation et au groupement régional de santé publique dans l'ensemble de leurs droits et obligations. Les conditions de dévolution à l'agence régionale de santé et de l'autonomie des biens meubles et immeubles détenus par ces groupements d'intérêt public sont celles fixées par les conventions les ayant constitués ou, le cas échéant, sont fixées par une décision de leurs organes délibérants. Une convention est signée aux fins de transfert entre le directeur de ces groupements et le responsable préfigurateur de l'agence prévu à l'article 31.

Les conditions dans lesquelles s'opère le transfert des droits et obligations, biens meubles et immeubles de l'union régionale des caisses d'assurance maladie et de la caisse régionale d'assurance maladie, pour la partie de ses compétences transférées, font l'objet d'une convention entre le directeur de ces dernières et le responsable préfigurateur de l'agence prévu à l'article 31.

Le transfert des droits et obligations ainsi que des biens de toute nature en application du présent article s'effectue à titre gratuit et ne donne lieu ni à un versement de salaires ou honoraires au profit de l'État ni à perception d'impôts, droits ou taxes.

II. - Les fonctionnaires d'État exerçant à la date mentionnée au I de l'article 32 leurs fonctions dans les services de l'État ou dans les organismes de droit public dont les activités sont transférées aux agences régionales de santé et de l'autonomie sont affectés dans ces agences. Ils conservent le bénéfice de leur statut.

Les fonctionnaires hospitaliers et territoriaux exerçant à la date mentionnée au I de l'article 32 leurs fonctions dans les services de l'État ou dans les organismes de droit public au titre d'activités transférées aux agences régionales de santé et de l'autonomie poursuivent leur activité au sein de ces agences dans la même situation administrative que celle dans laquelle ils étaient placés antérieurement.

Les praticiens hospitaliers exerçant à la date mentionnée au I de l'article 32 leurs fonctions dans les services de l'État ou dans les organismes de droit public au titre d'activités transférées aux agences régionales de santé et de l'autonomie poursuivent leur activité au sein de ces agences dans la même situation administrative que celle dans laquelle ils étaient placés antérieurement.

Les agents contractuels de droit public exerçant à la date mentionnée au I de l'article 32 leurs fonctions dans les services de l'État ou dans les organismes de droit public au titre d'activités transférées aux agences régionales de santé et de l'autonomie sont transférés dans ces agences. Ils conservent à titre individuel le bénéfice des stipulations de leur contrat.

Les agents contractuels de droit privé exerçant à la date mentionnée au I de l'article 32 leurs fonctions dans les

organismes d'assurance maladie au titre d'activités transférées aux agences régionales de santé et de l'autonomie sont transférés dans ces agences. Ils conservent à titre individuel le bénéfice des stipulations de leur contrat de droit privé par dérogation à l'article L. 1224-3 du code du travail.

III. - Après l'article L. 123-2-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 123-2-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 123-2-3. - Les accords collectifs nationaux agréés en application des articles L. 123-1, L. 123-2 et L. 123-2-1 ainsi que leurs avenants sont applicables aux personnels régis par les conventions collectives nationales des organismes de sécurité sociale salariés par des organismes habilités à recruter ces personnels. »

M. le président. – Amendement n°984, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Dans le quatrième alinéa du II de cet article, remplacer le mot :

transférés

par les mots :

mis à disposition, au sens de leur convention collective,

M. François Autain. – La mise en place des ARS conduit à la disparition de plusieurs organismes d'assurance maladie dont les missions leur sont transférées. Les personnels de ces structures, qui n'ont aucune visibilité sur leur avenir professionnel, souhaitent conserver leur statut actuel pour défendre, en toute neutralité, l'optimisation de la politique gouvernementale dans ce domaine. Ainsi, les personnels des caisses régionales d'assurance maladie, que j'ai rencontrés, ont joué un rôle important dans la politique de santé dans le cadre des principes fondateurs de la sécurité sociale.

Ce transfert aura pour conséquences l'effacement des partenaires sociaux et la politisation des prises de décisions, créant une inégalité d'accès aux soins et aux prestations, la disparition des services techniques spécifiques et la perte du bénéfice de la convention collective des personnels. Il semble en outre ne pas respecter le code du travail, qui dispose qu'en cas de modification de la situation juridique de l'employeur, les contrats de travail en cours subsistent. Madame la ministre, vous n'êtes certainement pas en mesure de nous rassurer aujourd'hui quant au maintien du contrat de travail de ces agents.

Enfin, dommage collatéral non négligeable, le personnel transféré ne serait pas remplacé dans les organismes d'assurance maladie : les postes seraient pourvus en interne, ce qui dissimule une réduction d'effectifs dans la droite ligne de la RGPP. Nous sommes donc opposés à ce transfert.

M. Alain Milon, rapporteur. – Nous avons largement débattu de ce sujet il y a 48 heures lors de l'examen de la section 3 de l'article 26. Avis défavorable.

M. Alain Gournac. – Très bien !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Même avis. Le statut de ces personnels sera intégralement conservé. Je l'ai déjà dit, et c'est inscrit dans le texte, mais je ne me laisserai pas de le répéter ! (*Sourires*)

M. Claude Domeizel. – Je ne comprends pas pourquoi nos amendements n^{os}1127 et 1128 ne sont pas en discussion commune avec celui-ci, car ils sont similaires. La seule différence porte sur l'alinéa concerné. Cela me semble relever du désordre lié aux nouvelles méthodes de travail ! Et on finit par oublier qu'un amendement proposé par notre groupe, prévoyant la consultation du conseil général pour la mise à disposition des matériels, a été adopté dans cet article...

Les salariés contractuels de droit privé sont inquiets. La rédaction actuelle du projet de loi prévoit un transfert dès le 1^{er} janvier 2010, mais ils ne disposent d'aucune précision sur les modalités de leur changement d'affectation. Si le contrat de travail originel demeure, il en est de même du lien de subordination avec l'employeur originel. Le terme « mise à disposition », au lieu de « transfert », clarifierait la situation et apaiserait les inquiétudes de ces salariés.

L'amendement n°1127 est retiré, ainsi que l'amendement n°1128.

M. le président. – Ces amendements sont effectivement semblables, mais ils ne portent pas sur le même alinéa. Nous devons donc les examiner séparément pour respecter la volonté de leurs auteurs... (*Sourires*)

L'amendement n°984 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°1351, présenté par le Gouvernement.

Au dernier alinéa du II de cet article, après les mots :

dans les organismes d'assurance maladie

insérer les mots :

visés au I du présent article, le service du contrôle médical du régime général, les caisses de base du régime social des indépendants et les caisses de la mutualité sociale agricole

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Nous souhaitons lever toute ambiguïté quant au champ des transferts aux ARS de personnels issus des régimes d'assurance maladie. Certains se sont inquiétés de ce que le transfert concerne l'ensemble des personnels de l'assurance maladie, et notamment celui des caisses primaires. Il nous a donc semblé utile de préciser quels organismes sont concernés.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis favorable, car cette imprécision était préjudiciable.

L'amendement n°1351 est adopté.

M. le président. – Amendement n°1003, présenté par M. Gournac.

Dans la première phrase du dernier alinéa du II de cet article, remplacer les mots :

transférés dans

par les mots :

mis à disposition de

M. Alain Gournac. – Je souhaitais m'assurer que le statut des personnels originaires des divers organismes d'assurance maladie était maintenu. Madame la ministre l'a dit et redit : je suis rassuré. (*Sourires*)

L'amendement n°1003 est retiré.

M. le président. – Amendement identique n°1016 rectifié *bis*, présenté par MM. Vasselle et P. Blanc et Mme Debré.

M. Alain Vasselle. – Je serais surpris que le Gouvernement, le rapporteur et notre Haute assemblée changent d'avis et acceptent nos amendements après avoir rejeté des propositions similaires ! (*Sourires*) Ces derniers sont liés à des amendements déposés en amont de cet article. Pour que vous ne risquiez pas de vous contredire, je les retire...

Les amendements n°1016 rectifié bis et 1017 rectifié bis sont retirés.

M. le président. – Amendement n°1339, présenté par le Gouvernement.

Après le II de cet article, insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... - Les personnels transférés restent affiliés au régime de retraite complémentaire dont ils relèvent à la date du transfert.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Voici une garantie supplémentaire pour François Autain... (*Sourires*) Les personnels de l'assurance maladie transférés aux ARS continueront de bénéficier de leur régime de retraite complémentaire Arrco-Agirc. Les parcours professionnels seront donc fluidifiés par la possibilité d'allers-retours entre les régimes d'assurance maladie et les ARS.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis favorable.

M. Guy Fischer. – Si nous sommes particulièrement attentifs aux statuts des personnels, c'est en réaction à la volonté de la majorité de remettre en cause par tous les moyens leurs avantages. Cela m'inspire une expression, juste ou fautive, mais qui me convient : c'est l'écrasement des salariés et des retraités.

M. Alain Vasselle. – Elle est fautive !

M. Guy Fischer. – Ainsi, dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, le

Gouvernement va porter atteinte aux mesures concernant la retraite des mères de famille.

M. Leclerc, rapporteur du budget de l'assurance vieillesse, ne me démentira pas !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – C'est un procès d'intention !

M. Guy Fischer. – Vous ne touchez pas aux niches fiscales des patrons, mais vous cherchez à démanteler celles qui avantagent les mères de famille : ce n'est pas nous qui le disons ni *L'Humanité*, c'est *La Tribune* ! (*Applaudissements à gauche*)

L'amendement n°1339 est adopté.

L'amendement n°1007 rectifié n'est pas défendu.

L'article 30, modifié, est adopté.

Article 31

(Texte modifié par la commission)

Dans chaque région, et dans la collectivité territoriale de Corse, un responsable préfigurateur de l'agence régionale de santé et de l'autonomie est chargé de préparer la mise en place de l'agence. À cette fin, il négocie et signe les conventions prévues à l'article 30 de la présente loi et assure le suivi des modalités de dissolution des organismes existants et de transfert des biens et des personnels.

Il élabore le projet d'organisation des services, prépare et arrête le budget du premier exercice et négocie et signe avec les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie le premier contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Pour accomplir les missions que lui sont confiées, il fait appel au concours des services compétents de l'État, ainsi que de ceux de l'agence régionale de l'hospitalisation, du groupement régional de santé publique, de l'union régionale des caisses d'assurance maladie et de la caisse régionale d'assurance maladie.

M. le président. – Amendement n°1247, présenté par le Gouvernement.

I. - Dans le deuxième alinéa de cet article, supprimer les mots :

prépare et arrête le budget du premier exercice et

II. - Après ce même alinéa, insérer deux alinéas ainsi rédigés :

Sur la base des éléments transmis par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie, il prépare le budget primitif du premier exercice de l'agence. Le budget primitif du premier exercice est arrêté par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie.

Le directeur général de l'agence peut exécuter le budget primitif en l'absence d'approbation du conseil de

surveillance. Il prépare et soumet à l'approbation du conseil de surveillance de l'agence un budget rectificatif dans les six mois suivant la date mentionnée au I de l'article 32.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Cet amendement prévoit des dispositions transitoires pour permettre à l'ARS de disposer d'un premier budget à la date du 1^{er} janvier 2010, que le directeur général sera chargé de préparer et d'arrêter. Comme tout à l'heure, je tiens à rassurer M. Blanc : tout sera mis en œuvre pour que les ARS soient opérationnelles très rapidement.

M. Alain Milon, rapporteur. – Je me réjouis que le Gouvernement ait tenu compte des préoccupations exprimées dans le rapport. Si nous ne pouvions qu'approuver la nomination d'un responsable préfigurateur pour préparer la création de chaque ARS, nous nous inquiétons de le voir doté de compétences très larges : il était chargé de préparer et d'arrêter le premier budget avant même la création formelle de l'agence et l'installation du conseil de surveillance. L'amendement prévoit que les ministres de tutelle arrêteront le premier budget et que le directeur général présentera un projet de budget rectificatif au conseil de surveillance au cours de l'année : c'est une solution parfaite, à laquelle nous nous rangeons.

M. Alain Vasselle. – M. le rapporteur a expliqué la nécessité de telles mesures transitoires, et je n'y vois pas d'objection de fond. Cependant, il faut s'assurer que le présent amendement est bien coordonné avec les mesures déjà adoptées. Le projet de loi prévoit que le budget des ARS sera exécuté à condition que les crédits nécessaires aient été inscrits dans le PLFSS. Si le premier budget est arrêté avant l'adoption du PLFSS pour 2010, où trouvera-t-on ces fonds ? Mme la ministre devra-t-elle ponctionner son propre budget ? Ou un PLFSS rectificatif pour 2009 sera-t-il déposé ?

M. Alain Milon, rapporteur. – Je ne ferai pas à M. Vasselle l'injure de lui rappeler que les ARS regrouperont des services existants, dont les budgets ont déjà été votés.

M. Alain Vasselle. – Cela implique que les ARS seront financées à moyens constants.

L'amendement n°1247 est adopté.

L'article 31, modifié, est adopté.

Article 32

(Texte modifié par la commission)

I. - Les IV et V de l'article 13, I à III de l'article 14, articles 26 à 29, à l'exception de l'article 27, et des 1°, 9°, 10°, 11°, 15, 16°, 17°, 18°, 23° et 24° de l'article 28 entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2010.

II. - Les 2°, 6°, 7° et 8° de l'article 28, en tant qu'ils créent la commission d'appel à projet, qu'ils suppriment le

comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale et définissent une nouvelle procédure d'autorisation, s'appliquent aux nouvelles demandes d'autorisation, d'extension ou de transformation des établissements et services médico-sociaux déposées à compter de la date prévue au I du présent article.

Les mandats des membres des comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale, en cours ou arrivant à échéance au cours de l'année 2009 ou de l'année 2010, restent en vigueur pour l'examen des demandes déposées jusqu'au 31 décembre 2009 et ce, pour une durée maximale de six mois à compter de la date mentionnée au I de cet article.

Les schémas prévus au 2° de l'article L. 3126-5 dans sa rédaction antérieure à la présente loi demeurent en vigueur pour les catégories d'établissements relevant de la compétence de l'agence régionale de santé et de l'autonomie, jusqu'au 30 juin 2010 au plus tard.

III. - L'abrogation des articles L. 6121-9 et L. 6121-10 du code de la santé publique intervient six mois après l'entrée en vigueur du décret, pris en application de l'article L. 1432-4 du code de la santé publique introduit par l'article 26 de la présente loi, mettant en place la commission spécialisée de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie compétente pour le secteur sanitaire, et au plus tard six mois après la date prévue au I du présent article.

IV. - Jusqu'à la date prévue au I, l'article L. 6121-4 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 6121-4. - Pour une activité ou un équipement relevant de leurs compétences, les agences régionales de l'hospitalisation peuvent arrêter un schéma interrégional d'organisation sanitaire. Le ministre chargé de la santé arrête la liste des équipements et activités pour lesquels plusieurs régions, qu'il détermine, sont tenues d'établir un schéma en commun. Il peut prévoir que, dans certaines régions aux caractéristiques géographiques ou démographiques spécifiques, ces équipements et activités font, par dérogation, l'objet d'un schéma régional. »

V. - Jusqu'à la date prévue au I, les compétences attribuées à l'agence régionale de santé et de l'autonomie ou à son directeur général par les dispositions résultant des articles 1^{er} à 13 de la présente loi sont exercées par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

VI. - Jusqu'à la date prévue au I, les compétences attribuées à l'agence régionale de santé et de l'autonomie ou à son directeur général par les dispositions résultant de l'article 17 de la présente loi sont exercées par la mission régionale de santé.

VII. - Jusqu'à la date prévue au I, les compétences attribuées à l'agence régionale de santé et de l'autonomie ou à son directeur général par les dispositions résultant de l'article 22 de la présente loi sont exercées par le groupement régional de santé publique.

VIII. - Dans chaque établissement public de santé, jusqu'à la désignation des membres du conseil de surveillance, les

dispositions du code de la santé publique continuent à s'appliquer dans leur rédaction antérieure à celle issue des articles 5 et 6 de la présente loi.

IX. - Par dérogation aux dispositions du III de l'article L. 4312-3 du code de la santé publique, après les premières élections de l'ordre infirmier, il est procédé, le cas échéant, aux élections complémentaires des conseils après la mise en place du conseil national de l'ordre. L'organisation de ces élections a lieu dans un délai d'un an à compter de la date d'installation du conseil national.

X. - La prise en charge de la gestion des directeurs des soins par le Centre national de gestion, prévue au 2° du I de l'article 7, prend effet un an après la publication de la présente loi. Pendant ce délai, le Centre national de gestion organise les élections professionnelles du corps à gestion nationale.

XI. - Le quatrième alinéa de l'article L. 6323-1 du code de la santé publique est applicable à compter de l'entrée en vigueur de l'article 26 de la présente loi et du décret fixant les conditions techniques de fonctionnement des centres de santé prévu par ce même texte.

M. le président. – Amendement n°985, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Supprimer cet article.

M. Guy Fischer. – Notre amendement tend à supprimer l'article 32 qui prévoit l'entrée en vigueur à la date du 1^{er} janvier 2010 des dispositions de l'article 28 substituant aux anciens comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale (Crosms) un système d'appel à projets. Nous pourrions le considérer comme déjà défendu. (On le confirme à droite) Mais c'est l'occasion pour nous d'exprimer notre inquiétude au sujet d'une circulaire budgétaire adressée par Mme la ministre aux Drass et aux Ddass par laquelle, anticipant l'adoption de ce projet de loi, elle les engage à ne pas ouvrir de fenêtres de dépôt de demandes d'autorisation au second semestre. Les conséquences financières pour les organismes gestionnaires et pour les personnes en attente d'une place seront lourdes : ce retard de six mois empêchera la création de certains établissements. En outre, cette circulaire contient des dispositions tarifaires qui tendent à mettre en place la convergence tarifaire dans les Epad : tout se tient. Tout cela était contenu en germe dans l'article 63 du PLFSS pour 2009, contre lequel nous avons voté.

M. le président. – Amendement n°1334, présenté par M. Milon, au nom de la commission.

Rédiger comme suit le dernier alinéa du II de cet article :

Les schémas prévus au 2° de l'article L. 312-5 dans sa rédaction antérieure à la présente loi sont pris en compte par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les catégories d'établissements relevant de la compétence de l'agence régionale de santé, jusqu'à

l'établissement du schéma régional d'organisation médico-sociale prévu à l'article 26 de la présente loi.

M. Alain Milon, rapporteur. – Outre la correction d'une erreur rédactionnelle, cet amendement tend d'une part à préciser que les schémas d'organisation médico-sociale relevant de la compétence des départements ne seront pas invalidés au-delà du 30 juin 2010 ; d'autre part à laisser le temps nécessaire au directeur général de l'ARS pour arrêter le schéma régional d'organisation médico-sociale, après consultation de la commission de coordination dédiée au secteur médico-social et avis des présidents des conseils généraux compétents.

M. le président. – Amendement n°1246, présenté par le Gouvernement.

I. - Au V de cet article, après les mots :

articles 1^{er} à 13

insérer les mots :

et du XI de l'article 19 *ter*

II. - Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - Jusqu'à la date prévue au I, les autorisations de création de lactariums sont délivrées par le représentant de l'État dans le département.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Cet amendement comporte de nouvelles mesures transitoires en prévision de la création des ARS. Jusqu'à leur mise en place, les directeurs d'agences régionales de l'hospitalisation resteront compétents lorsque des faits pouvant entraîner une sanction ordinaire seront constatés dans un établissement de santé ; et les préfets de départements auront toujours la charge de délivrer les autorisations de fonctionnement des lactariums.

M. Alain Milon, rapporteur. – Je prends acte du rappel par les membres du groupe CRC-SPG de leur opposition à la disparition des Crosms, mais je ne peux qu'être défavorable à leur amendement.

Avis favorable à l'amendement du Gouvernement.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – M. Fischer ne sera pas surpris que j'émette un avis défavorable à son amendement, contraire à l'esprit du projet de loi.

Avis favorable à l'amendement de M. le rapporteur.

L'amendement n°985 n'est pas adopté.

Les amendements n°s 1334 et 1246 sont adoptés.

*L'article 32, modifié, est adopté,
ainsi que l'article 32 bis.*

Article 33

(Texte modifié par la commission)

Dans les conditions prévues par l'article 38 de la Constitution et dans un délai de neuf mois suivant la publication de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnances les mesures relevant du domaine de la loi visant à :

- modifier les parties législatives des codes et les dispositions non codifiées afin d'assurer la cohérence des textes au regard des dispositions de la présente loi et le respect de la hiérarchie des normes et abroger les dispositions, codifiées ou non, devenues sans objet.

Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement pour chaque ordonnance dans un délai de trois mois à compter de sa publication.

M. Robert Laufoaulu. – Je déplore que la commission soit revenue sur le texte voté par l'Assemblée nationale pour cet article, qui prévoyait l'extension et l'adaptation du projet de loi outre-mer. Le motif avancé est que l'article 74-1 de la Constitution permet au Gouvernement d'étendre par ordonnance aux collectivités d'outre-mer toute disposition de nature législative en vigueur en métropole. Mais les gouvernements successifs ont préféré recourir à l'article 38 pour demander des habilitations spécifiques aux différentes collectivités d'outre-mer, sans doute parce que cette procédure est plus solennelle, qu'elle donne plus facilement lieu à une concertation et qu'elle est ainsi mieux à même de calmer les esprits.

Surtout, la position de la commission témoigne d'une méconnaissance du terrain. Je serai ravi d'accueillir une délégation à Wallis-et-Futuna, où j'ai déjà reçu la commission des lois emmenée par le président Hiest, qui s'est dit scandalisé par la situation de notre agence de santé. S'il est vrai que l'article 74-1 de la Constitution prévoit une possibilité générale d'adaptation législative, l'article 38 va plus loin en solennisant l'engagement du Gouvernement et en fixant un délai d'un an. Je ne mets pas en doute la bonne foi de Mme la ministre.

Or, si l'amendement n°1244, qui réitère l'engagement du Gouvernement pour l'ensemble de l'outre-mer, est adopté, mon amendement n°1135 rectifié *bis*, qui concerne seulement Wallis-et-Futuna, deviendra sans objet. Or, pour ce territoire, il aurait été bon de prévoir dans la loi un délai de dix-huit mois et une modification du statut de l'agence de santé.

Oui, après dix ans d'existence, l'agence de Wallis-et-Futuna doit faire l'objet d'un bilan et son statut d'établissement public, comme les thermes d'Aix, adapté -j'en veux pour preuve les grèves récentes que l'agence a connues et que Mme la ministre connaît bien pour nous avoir envoyé récemment un médiateur. Le plus tôt sera le mieux, mais attention à la concertation si nous ne voulons pas replonger dans le cycle des grèves à répétition. Le délai de neuf mois prévu dans l'habilitation me laisse dubitatif, mais le Gouvernement le prolongera sans aucun doute si nécessaire.

L'agence de santé est dotée de compétences étendues en matière de soins et prévention, volet négligé pour des raisons financières. De fait, notre budget est grevé par les évacuations sanitaires, consécutives à l'insuffisance d'offres de soins. Pour autant, prévention et éducation à la santé devraient être renforcées sur notre territoire où, rappelons-le, on meurt plus jeune qu'en métropole. Si nous voulons mettre fin à la fracture sanitaire et à l'absence de gestion des risques, revoyons l'organisation de l'agence et son statut, en ouvrant de nouvelles pistes. Je pense notamment à la signature de conventions avec un ou deux CHU métropolitains prévoyant l'envoi d'internes et le développement de la télémédecine.

Je tenais à ouvrir solennellement ce débat dans cette enceinte de la République ; laquelle, dans sa grandeur, doit aussi se préoccuper de ses territoires les plus démunis et les plus éloignés ! Madame la ministre, j'aurais aimé voir mon amendement adopté, mais puisque cela n'est pas possible, je vous fais confiance et vous remercie de votre écoute. (*Applaudissements à droite ; Mme Anne-Marie Payet applaudit également*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Monsieur le sénateur, j'ai dit, de nombreuses fois, mon attachement au respect des questions de santé spécifiques à Wallis-et-Futuna et de votre belle culture que permet justement l'habilitation à étendre et adapter ce texte à l'outre-mer selon la procédure de l'article 38 de la Constitution. Un délai de dix-huit mois, vous l'avez bien senti, n'est pas satisfaisant car les ARS doivent être rapidement mises en place. Pour autant, et je m'y engage solennellement, le Gouvernement, si besoin est de prendre davantage de temps, recourra à l'habilitation générale permanente prévue à l'article 74-1 de la Constitution.

Concernant l'agence de santé, le récent accord conclu sous l'autorité de l'administrateur supérieur de Wallis-et-Futuna, après que j'ai dépêché un médiateur, montre toute l'importance du dialogue social. La situation de l'agence mérite d'être examinée de près avant de prendre des décisions, notamment relatives au statut, sur lesquelles, monsieur Laufoaulu, vous serez naturellement consulté.

Le Gouvernement, pleinement conscient de ses responsabilités, cherche des voies pour améliorer la santé des Wallisiens-et-Futuniens. Au bénéfice des ces explications et de ces assurances, je vous demanderai de retirer votre amendement.

M. le président. – Amendement n°1244, présenté par le Gouvernement.

Après le deuxième alinéa de cet article, insérer un alinéa ainsi rédigé :

- étendre et adapter les dispositions de la présente loi aux collectivités régies par l'article 74 de la Constitution, à la Nouvelle-Calédonie et aux Terres australes et antarctiques française, en adaptant le cas

échéant en conséquence celles applicables à la Réunion et à la Guadeloupe.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – La commission avait supprimé l'habilitation demandée au titre de l'article 38 de la Constitution, considérant légitimement que le Gouvernement dispose d'une habilitation permanente pour étendre et adapter le droit aux collectivités d'outre-mer et à la Nouvelle-Calédonie. La commission a raison au plan juridique.

Néanmoins, la procédure prévue à l'article 74-1 de la Constitution ne nous permet pas, contrairement à celle prévue à l'article 38, de créer une ARS *ad hoc* -je vous renvoie au débat que nous avons tenu sur les ARS interrégionales- qui serait commune à Mayotte et à la Réunion, comme l'est l'actuelle agence de l'hospitalisation. De même, seule la procédure de l'article 38 permet d'envisager, en concertation avec les élus, des synergies entre Saint-Barthélemy et Saint-Martin et la Guadeloupe aux statuts constitutionnels différents et une organisation de la santé efficace dans les Terres australes et antarctiques françaises dont la nécessité s'est fait sentir avec la crise de la grippe H1N1. Monsieur le rapporteur, le Gouvernement a besoin de cet outil juridique !

M. le président. – Amendement n°1135 rectifié *bis*, présenté par M. Laufoaulu, Mme Hermange et M. B. Fournier.

Après le deuxième alinéa de cet article, insérer un alinéa ainsi rédigé :

- étendre et adapter les dispositions de la présente loi à Wallis et Futuna, et modifier le statut de l'agence de santé de ce territoire.

M. Robert Laufoaulu. – Défendu.

M. Alain Milon, rapporteur. – Concernant l'amendement n°1244, la demande d'habilitation est mieux justifiée par la volonté d'établir des coopérations et des collaborations entre des collectivités territoriales aux statuts différents. Quoique le Parlement n'aime pas beaucoup la procédure de l'article 38, sagesse extrêmement positive. (*Sourires à droite*) Monsieur Laufoaulu, l'amendement n°1135 rectifié *bis* n'est pas nécessaire puisque, Mme la ministre l'a rappelé, le Gouvernement dispose d'une habilitation permanente pour adapter le droit à l'outre-mer prévue à l'article 74-4 et que le Conseil constitutionnel, dans sa décision du 20 janvier 2005, a considéré que seul le Gouvernement peut demander au Parlement l'autorisation de prendre des ordonnances en application de l'article 38. Retrait ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Même avis, pour les raisons que j'ai déjà exprimées.

M. Robert Laufoaulu. – Madame la ministre, je vous remercie de votre réponse et de l'attention que vous portez à notre agence de santé. Les Wallisiens-et-Futuniens vous en sont reconnaissants !

L'amendement n°1135 rectifié bis est retiré.

M. Alain Vasselle. – Je voterai l'amendement du Gouvernement, mais l'intervention de M. Lafoaulu m'a mis la puce à l'oreille. Monsieur le rapporteur, vous auriez peut-être été bien inspiré de visiter l'agence de santé de Wallis-et-Futuna...

Mme Isabelle Debré. – Le temps a manqué !

M. Alain Vasselle. – Nous aurions pu tirer des enseignements de son fonctionnement pour créer les ARS.

Mme Roselyne Bachelot-Narquain, ministre. – Il y a 16 000 habitants sur ce territoire, c'est différent !

M. Alain Vasselle. – Certes, l'examen du texte ne vous en a pas laissé le temps.

Il est vrai que d'autres collègues se sont rendus outre-mer... Cela dit, les propos de notre collègue m'ont mis en alerte : l'agence de Wallis-et-Futuna ne peut assumer ses missions de prévention faute de financement. L'annexe des projets de loi de financement de la sécurité sociale compile depuis toujours les mesures à prendre pour développer des politiques de prévention, mesures qu'aucun gouvernement n'a su à ce jour faire entrer dans les faits. Il nous faut tirer les enseignements du passé. Cela dit, je souhaite bon vent à la future agence de Wallis-et-Futuna...

M. Alain Milon, rapporteur. – Si le futur rapporteur général que vous êtes accepte de subventionner un voyage d'études à Wallis... (Sourires)

L'amendement n°1244 est adopté.

L'article 33, modifié, est adopté.

Article 34

(Texte non modifié)

I. - Le statut d'établissement public industriel et commercial des « Thermes nationaux d'Aix-les-Bains » prend fin le 30 juin 2009, l'établissement étant transformé en une société anonyme qui prend son existence au 1^{er} juillet 2009.

Cette transformation n'emporte ni création de personne morale nouvelle, ni cessation d'activité.

Le capital initial de la société est détenu intégralement par l'État.

II. - La société mentionnée au I est soumise aux dispositions législatives applicables aux sociétés commerciales sous réserve des dispositions du présent article.

Cette société est ajoutée à la liste figurant à l'annexe III de la loi n° 83-675 du 26 juillet 1983 relative à la démocratisation du secteur public.

Ses statuts sont initialement fixés par décret en Conseil d'État. Ils sont ensuite modifiés selon les règles applicables aux sociétés anonymes.

Les comptes du dernier exercice de l'établissement public Thermes nationaux d'Aix-les-Bains avant sa transformation résultant du I sont approuvés dans les conditions de droit commun par l'assemblée générale de la société Thermes nationaux d'Aix-les-Bains. Le bilan du 1^{er} juillet 2009 de la société Thermes nationaux d'Aix-les-Bains est constitué à partir du bilan, au 30 juin 2009, de l'établissement public Thermes nationaux d'Aix-les-Bains et du compte de résultat arrêté à cette dernière date.

III. - Les biens du domaine public immobilier de l'État qui ont été mis en dotation à l'établissement public Thermes nationaux d'Aix-les-Bains sont déclassés à la date de sa transformation en société.

Les biens dont la liste est déterminée par arrêté du ministre chargé du domaine sont apportés, à cette même date, à la société Thermes nationaux d'Aix-les-Bains.

Les apports ne donnent lieu à aucun versement de salaires ou honoraires au profit des agents de l'État, ni à aucune indemnité ou perception de droits ou de taxes.

L'ensemble des droits, obligations, contrats, conventions et autorisations de toute nature de l'établissement public sont attribués, à cette même date, de plein droit et sans formalité à la société Thermes nationaux d'Aix-les-Bains. Cette attribution n'a aucune incidence sur ces droits et obligations et n'entraîne ni modification ni résiliation des contrats et conventions en cours passés par l'établissement public.

IV. - L'ensemble des opérations de transformation de l'établissement en société anonyme est réalisé à titre gratuit et ne donne lieu au paiement d'aucun impôt, rémunération, salaire ou honoraire au profit de l'État, de ses agents ou de toute autre personne publique.

V. - La première phrase de l'article L. 4321-6 du code de la santé publique est remplacée par une phrase et deux alinéas ainsi rédigés :

« Un décret en Conseil d'État détermine les actes, notamment de massage et de gymnastique médicale, que sont autorisées à effectuer les personnes titulaires de l'examen de fin d'études ou du diplôme délivré par l'école des techniques thermales d'Aix-les-Bains et obtenu avant le 31 décembre 1982 :

« 1° Au sein des établissements thermaux ;

« 2° Sous réserve d'avoir satisfait, avant le 31 décembre 2011, à des épreuves de vérification des connaissances dans des conditions déterminées par décret, au sein des établissements mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 5° de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et aux 6° et 7° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. »

M. Jean-Pierre Vial. – Cet article a peut-être l'apparence d'un cavalier, comme je l'ai entendu dire en commission, mais il ne l'est pas : il a toute sa place ici. Il concerne les thermes nationaux d'Aix-les-Bains. La Savoie a été en 1860 un des derniers départements à devenir français ; figurait dans la dot

cet établissement à l'histoire prestigieuse. Ces vingt dernières années, malheureusement, son activité a régressé de plus de 40 %, situation sans commune mesure avec celle des établissements similaires. Des investissements d'importance ont été réalisés depuis dix ans pour le moderniser, les collectivités territoriales se mobilisant pour cela au côté de l'État ; mais l'activité n'a cessé de décliner et son statut a été contesté.

Une réforme est aujourd'hui en cours qui, même si elle aurait pu être mise en œuvre à un moment où les vents étaient plus favorables, permettra, je l'espère, de pérenniser l'établissement. La question reste cependant posée du devenir des 130 physiothérapeutes affectés par la réorganisation. Je me suis entretenu avec leurs représentants, qui attendent des garanties. Il faut le dire, l'État ne sait pas toujours bien gérer l'accompagnement humain des réformes qu'il engage... Je ne suis pas certain que les personnels aient été traités dans cette affaire avec toute la dignité nécessaire.

Un premier décret a été pris pour organiser la reconversion administrative d'un certain nombre d'entre eux. Tous attendent le maintien de leur statut de fonctionnaires. Il ne serait pas convenable que ceux qui sont proches de la retraite ne soient pas intégrés à la nouvelle structure. D'autres sont aptes à occuper de nouvelles fonctions -puériculteur, aide-soignant, agent d'aide à l'autonomie : ils doivent être aidés à s'y former. J'attends des réponses du Gouvernement sur ces points. Le comble serait que nous ne trouvions pas les moyens d'accompagner ces personnels, qui sont disponibles, alors que les hôpitaux et établissements de Savoie ont du mal à recruter.

M. Alain Milon, rapporteur. – La commission n'a pas considéré que l'article 34 était un cavalier, même si le mot a été prononcé. Elle a estimé ne pas disposer des éléments suffisants pour prendre une position réellement éclairée et s'en remettra sur tous les amendements, après avoir entendu les interventions des uns et des autres, à la sagesse du Sénat.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Le devenir des thermes nationaux d'Aix-les-Bains a toute sa place dans ce texte. Cet établissement est en très grande difficulté, sa fréquentation a baissé de 45 % tandis que les établissements équivalents profitaient de l'essor des cures de rhumatologie. C'est dire que le problème n'est pas celui de la filière.

Je souhaite comme vous que la plus grande attention soit portée aux personnels ; je ne peux vous laisser dire que le Gouvernement n'a pas agi. Quinze millions d'euros ont été dégagés pour accompagner la transition vers la nouvelle structure -les preuves d'amour sont là. Mes services ont demandé à la direction des thermes de réintégrer les agents les plus proches de la retraite. Tous les agents conserveront leur rémunération pendant toute la durée du processus

de reclassement, y compris les bonifications indiciaires. Les établissements d'accueil recevront si nécessaire une compensation jusqu'au moment où la rémunération du nouveau poste aura rattrapé la rémunération antérieure. L'État prendra en charge la formation des personnels à hauteur de 8 millions d'euros ; il mobilisera les moyens nécessaires.

Peu de réorganisations auront été autant accompagnées par les pouvoirs publics que celle des thermes d'Aix. J'espère avoir répondu à vos préoccupations.

M. le président. – Amendement n°14, présenté par M. Repentin.

Supprimer cet article.

M. Thierry Repentin. – Vous faites comme si la privatisation des thermes était décidée et inéluctable. L'amendement gouvernemental a de fait été introduit à l'Assemblée nationale de façon cavalière. Pour nous, la voie choisie n'est pas la seule possible. Les collectivités territoriales pourraient, avec courage et responsabilité, opter pour la transformation en société d'économie mixte, solution pertinente qui permet d'associer des partenaires privés et de maintenir des prestations de qualité.

Cet équipement médical concourt à l'attractivité de la région, à ses activités économiques et touristiques. Vous dites que votre ministère a donné pour 15 millions de preuve d'amour. C'est une preuve bien moindre que celle qu'ont donnée les collectivités locales depuis des années. La modernisation qu'elles ont financée profitera demain à une société privée ! Seront-elles remboursées de dépenses faites contre l'engagement que l'établissement resterait public ?

A un personnel paramédical qualifié qui accompagne les curistes depuis des années, on propose des postes administratifs de catégorie C, ou encore un travail d'agent de buanderie dans un hôpital éloigné de 100 kilomètres ! Une telle proposition peut-elle être qualifiée de digne ?

Pour ne pas être mis devant le fait accompli, nous proposons de supprimer cet article cavalier pour prendre le temps de discuter du problème. Une gestion publique, associant les collectivités locales et les investisseurs privés au sein d'une société d'économie mixte peut dégager des bénéfices : nous connaissons tous des SEM dans ce cas, notamment en Savoie...

M. le président. – Amendement identique n°986, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

M. Guy Fischer. – Nous nous interrogeons sur l'opportunité, dans un projet de loi comme celui-ci, d'une disposition qui ressemble à s'y méprendre à un cavalier. Sur le fond, nous nous opposons à la transformation de l'établissement public industriel et commercial des thermes nationaux d'Aix-les-Bains en

société anonyme, c'est-à-dire à la privatisation de ces thermes. Une privatisation qui entraînera la suppression d'emplois de masseurs physiothérapeutes d'État dans le seul but d'offrir à d'éventuels repreneurs privés une entreprise plus compétitive. Le projet du Gouvernement est clair : transformer cet Epic en société anonyme, conserver un temps le capital, estimé à 15 millions, procéder à d'importantes restructurations, arrêter certaines activités jugées non rentables, supprimer des personnels pour, dans un premier temps ouvrir le capital social à des investisseurs privés, puis, enfin, leur céder toute la participation de l'État. Nous sommes opposés à ce que les salariés payent le prix de vos décisions, lesquelles, en plus, méconnaissent les investissements financiers consentis par les collectivités locales. (*Applaudissements sur les bancs CRC*)

M. Alain Milon, rapporteur. – La commission n'a pas considéré que cet article était un cavalier et elle a émis un avis de sagesse. Personnellement, je suis sensible aux arguments de la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Avis défavorable : c'est au contraire la seule façon de sauver ces thermes.

L'amendement n°14, identique à l'amendement n°986, n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°652 rectifié bis, présenté par M. Vial.

I. - Dans le premier alinéa du I de cet article, remplacer la date :

le 30 juin 2009

par les mots :

au dernier jour du mois de promulgation de la présente loi

II. - A la fin du même alinéa, remplacer les mots :

au 1er juillet 2009

par les mots :

le premier jour du mois qui suit la date de promulgation de la présente loi

III. - Dans la deuxième phrase du dernier alinéa du II de cet article, remplacer la date :

du 1er juillet 2009

par les mots :

au premier jour du mois qui suit la date de promulgation de la présente loi

IV. - Dans la même phrase, remplacer la date :

30 juin 2009

par les mots :

dernier jour du mois de promulgation de la présente loi

M. Jean-Pierre Vial. – Vu le rythme de nos débats, il semble prudent de prévoir que le statut d'établissement public industriel et commercial des thermes nationaux d'Aix-les-Bains prendra fin, non le 30 juin, mais le jour de la promulgation de la présente loi, et que l'établissement sera transformé en une société anonyme immédiatement et à cette même date.

M. Alain Milon, rapporteur. – Sagesse.

L'amendement n°652 rectifié bis, accepté par le Gouvernement, est adopté.

M. le président. – Amendement n°15, présenté par M. Repentin.

Dans le deuxième alinéa du V de cet article, après les mots :

Conseil d'État

insérer les mots :

, après consultation avec les organisations représentatives du personnel,

Et Amendement n°16, présenté par M. Repentin.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - Un décret en Conseil d'État, après concertation avec les organisations représentatives des personnels des Thermes, détermine les modalités de reclassement des agents physiothérapeutes.

M. Thierry Repentin. – Il s'agit de s'assurer que, après avoir bradé le patrimoine, on ne sacrifie pas, en plus, le personnel. Les preuves d'amour dont parle la ministre ne sont pas suivies d'actes tangibles sur le terrain. Toutes les organisations représentatives des personnels ont trouvé qu'ils étaient traités avec dédain et que les propositions de reclassement étaient indignes. Acceptez donc que l'élaboration du décret soit précédée d'un vrai dialogue avec les personnels et que ceux-ci puissent exprimer leurs aspirations en matière de reclassement et de retraite. Il ne s'agit que de 130 salariés -peu de chose en regard de la RGPP- mais ils doivent être traités avec dignité.

M. Alain Milon, rapporteur – Sagesse sur ces deux amendements.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Bien entendu, il faut prendre en compte les préoccupations des salariés et les associer le plus étroitement possible aux décisions qui les concernent. C'est pourquoi j'ai missionné, dès février, Dominique Acker, conseillère générale des établissements de santé, pour les accompagner dans leurs évolutions professionnelles, en lien étroit avec les représentants syndicaux. Le projet de décret s'élabore dans la concertation la plus large possible et les représentants du personnel sont associés aux réunions techniques. De plus, le texte sera soumis au comité technique paritaire compétent. Toutes les procédures d'association des représentants du personnel étant

parfaitement respectées, je suis défavorable à ces deux amendements.

M. Jean-Pierre Vial. – Je ne voudrais pas donner aux personnels l'impression que mon vote contre ces amendements est contradictoire avec mon intervention. Celle-ci avait pour but d'obtenir des engagements de la ministre. Dès lors qu'elle me les a donnés, je la soutiens, espérant qu'ils seront mis en œuvre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Merci.

L'amendement n°15 n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°16.

L'article 34, modifié, est adopté.

Articles additionnels précédemment réservés

M. le président. – Amendement n°1136 rectifié, présenté par MM. Vasselle, P. Blanc et Gournac.

Avant l'article 26 A, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport sur l'opportunité pour les caisses nationales d'assurance maladie de mettre en place des services pour les patients ayant effectué un séjour à l'hôpital afin de faciliter leur retour à domicile est transmis au Parlement.

M. Alain Vasselle. – En général, je ne suis pas très enclin à réclamer des rapports. Cet amendement vise à obtenir, peut-être, des apaisements de la ministre.

Comme l'avait souligné le rapport Larcher, à l'issue d'une hospitalisation en court séjour ou en soins de suite et de réadaptation, le souhait des patients de retourner à domicile est parfois retardé ou rendu difficile, notamment pour les patients âgés ou isolés ou pour les jeunes accouchées.

Ils peuvent avoir besoin de soins à domiciles ou d'aides à la personne mais ils ne connaissent pas nécessairement ces dispositifs. Des renseignements appropriés leur seraient utiles car, si on sait que cela fonctionne globalement, l'information circule mal ici ou là. Or la collectivité à tout à y gagner puisque les soins à domiciles sont moins coûteux que le séjour à l'hôpital : chacun s'y retrouvera.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cette idée intéressante ne nécessite peut-être pas un rapport. (*M. René Garrec en convient*) Retrait ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – C'est un rapport non au Gouvernement, mais au Parlement : à lui de dire de quels outils il a besoin. Sagesse.

M. Alain Vasselle. – Je vais retirer mon amendement, sous l'amicale pression du rapporteur, (*sourires*) mais cela ne doit pas inciter le Gouvernement à s'affranchir de toute action pour trouver des solutions.

L'amendement n°1136 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°1296, présenté par le Gouvernement.

Après l'article 26, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 224-12 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase, les mots : « et celui des organismes locaux » sont remplacés par les mots : « , celui des organismes locaux et celui des agences régionales de santé » ;

2° À la seconde phrase, les mots : « ou par les organismes locaux » sont remplacés par les mots : « , les organismes locaux ou les agences régionales de santé ».

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Nous avons fait pour les ARS ce que je vous propose ici pour la sécurité sociale. Cet amendement miroir reflète bien la maison commune.

L'amendement n°1296, accepté par la commission, est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – Amendement n°1105, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après l'article 27, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le chapitre III du titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est complété par un article ainsi rédigé :

« Article L. ... - Afin de permettre la contribution des centres de santé à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional, notamment à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre, il est institué dans chaque région une représentation régionale des centres de santé. Cette représentation comprend des membres de chacune des trois catégories de centres de santé : infirmiers, dentaires, médicaux et polyvalents.

« Les représentations régionales des centres de santé peuvent conclure des contrats avec l'agence régionale de santé et assurer des missions particulières impliquant les centres de santé dans les domaines de compétence de l'agence.

Les modalités de désignation et de fonctionnement de ces représentations régionales sont déterminées par décret. »

M. Bernard Cazeau. – Cet amendement a déjà été débattu mais la ministre m'a démontré qu'il fallait être pédagogue, donc répétitif. Mais le sourire sardonique du rapporteur me laisse entrevoir un avis défavorable... (*Sourires*) Je m'étonne en lisant l'article 27, qui donne des prérogatives importantes aux nouvelles unions régionales des professionnels de santé exerçant à titre libéral, que rien n'ait été prévu pour assurer la représentation régionale des centres de santé. Nous remédions à cette omission.

M. Alain Milon, rapporteur. – Pour ne pas me contredire, je vais moi aussi me répéter : avis défavorable, comme à l'article 27. L'Urps regroupe les professionnels libéraux, les centres de santé des médecins salariés.

M. Bernard Cazeau. – *Bis repetita...*

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Avis défavorable.

M. François Autain. – Nous soutenons l'amendement puisque nous avons présenté le même. Comment la représentation des professionnels de santé salariés sera-t-elle assurée au niveau régional ? Nous voulons combler ce qui nous semble une lacune.

L'amendement n°1105 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°1126, présenté par M. Daudigny et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Avant l'article 28, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La dernière phrase du III de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles est complétée par les mots : ainsi que leurs modalités de financement et de tarification ».

M. Yves Daudigny. – Je le retire : le sujet a été traité tout à l'heure avec les amendements de la commission et du Gouvernement.

L'amendement n°1126 est retiré.

M. le président. – Amendement n°1129 rectifié, présenté par M. Antoinette et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Avant l'article 33, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans le cas particulier de la Guyane, il est mené, dès la mise en application de la présente loi, un audit approfondi de l'organisation sanitaire et du financement des établissements de santé dans le département, ainsi qu'une évaluation de l'impact des mesures de la présente loi sur le fonctionnement de l'offre de soins et sur son organisation territoriale dans le département. Les adaptations nécessaires dans ce département aux dispositions de la présente loi sont tirées de ces évaluations.

M. Jean-Etienne Antoinette. – N'oubliez pas la Guyane, madame la ministre, qui ressemble par certains côtés aux pays les moins avancés. On sait maintenant qu'il y a des outre-mer mais l'on continue à parler des Antilles-Guyane. Ceux de nos collègues qui ont parcouru ces territoires la semaine dernière, ont mesuré les contraintes et les handicaps dont souffre la Guyane.

Votre loi ne répond pas à nos besoins urgents et ne prévoit pas les rattrapages nécessaires. Nous avons le plus fort taux de natalité et un seul pédiatre exerçant en libéral et à l'hôpital de Cayenne, des jeunes

accouchées dorment dans les couloirs avant d'être renvoyées chez elles au bout de 48 heures. Inadaptées à ce contexte, vos mesures n'optimisent pas les connaissances des élus municipaux, réduits à faire de la figuration. Les centres de santé jouent un rôle capital, qu'en fait-on ?

La Guyane constitue un cas particulier. La charge des créances non recouvrables suffirait à justifier un coefficient géographique plus important dans la T2A. Grand comme le Portugal, notre territoire n'a pas de CHU, contrairement à la Guadeloupe et à la Martinique. Nous souffrons de la démographie médicale la plus faible et la plus inégale, certaines spécialités étant même absentes. Alors que le diabète, l'hypertension et les maladies cardiovasculaires constituent la première cause de décès, l'hôpital ne compte qu'un cardiologue mais il y a beaucoup de médecins à diplômes étrangers. Quant au délai d'accès, autant compter les trajets en pirogue. Dans ces conditions, les groupements de coopération sanitaire entre établissements distants de 300 kilomètres ou les communautés hospitalières de territoire deviennent improductifs mais les évacuations restent coûteuses.

Toutes ces réalités rendent les mesures du projet insuffisantes, illusoire, inapplicables. Elles ne diminuent pas plus les coûts qu'elles n'améliorent le système de soins.

Une évaluation opérationnelle s'impose. Nous avons la responsabilité morale de veiller à ce que la situation sanitaire ne s'aggrave pas en Guyane. (*Applaudissements à gauche*)

M. Alain Milon, rapporteur. – Je conviens que la situation est difficile dans les DOM ; mais le contenu de cet amendement ne relève pas du domaine de la loi. Défavorable.

M. Alain Gournac. – C'est un amendement d'interpellation.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Nous portons une attention particulière aux territoires ultramarins, vous le savez bien. Le plan santé outre-mer a été arrêté, nous sommes en train de le décliner dans chaque zone selon les spécificités locales.

J'indique à M. Desessard que le dispensaire de Tweeké, en si piteux état, a été déménagé dans un meilleur quartier et que l'ARS a prévu sa rénovation complète. Une dernière réunion par visiophone se tiendra le 11 juin pour définir les modalités.

M. Jean-Etienne Antoinette. – Mon amendement, pourtant, ne mange pas de pain !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Mais il mange du papier.

M. Jean-Etienne Antoinette. – Il existe « des » outre-mer et la situation de la Guyane est très spécifique. Notre retard impose une réponse législative.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – C'est pourquoi nous créons les ARS.

M. Jean Desessard. – Merci à Mme la ministre de m'avoir répondu ; et merci de m'avoir répondu dans un sens favorable. Mais pourquoi s'arrêter là ? Cette clairvoyance devrait s'appliquer à la Guyane entière.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – C'est la raison d'être des ARS.

M. Jean Desessard. – Vous avez sillonné la Guyane...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Trois fois !

M. Jean Desessard. – ...et vous vous êtes rendue à Twenké en pirogue. Vous devriez faire preuve de la même clairvoyance pour tout le territoire de la Guyane ! L'exposé des motifs de l'amendement de M. Antoinette est éloquent : absence de certaines spécialités, recours à des médecins étrangers, problèmes d'équipements, de compétences et d'éloignement, évacuations sanitaires accrues, difficultés transfrontalières... Et que demande notre collègue ? Un audit pour évaluer l'impact de la loi en Guyane ! Comment dire non à cet amendement ? Faites un geste : ce n'est pas grand-chose...

L'amendement n°1129 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°695 rectifié, présenté par M. Lise et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après l'article 33, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Les mesures permettant aux établissements de santé des départements et des régions d'outre-mer d'offrir un niveau de prestations conforme aux standards du système hospitalier national et de garantir un égal accès aux soins, font l'objet d'un plan spécifique prenant en compte les besoins de financement, de formation des personnels médicaux et paramédicaux, de la démographie médicale et soignante, de la coopération, de la recherche, ainsi que du vieillissement de la population, du handicap, de la santé mentale et de la prévention.

M. Jacques Gillot. – Outre-mer, les contraintes sont nombreuses : importance de la population en situation précaire, dont celle qui vient des pays voisins dépourvus des structures adéquates ; éloignement par rapport au réseau de soins de l'hexagone, surcoûts liés aux frais de transport, risques naturels, maladies tropicales ou émergentes. Tout cela n'est pas sans conséquences financières.

Les professionnels de santé des DOM sont déçus car ils attendaient dans ce projet de loi des mesures spécifiques ; ils ont apporté leur contribution au sein du groupe de travail mis en place par la direction de l'hospitalisation pour élaborer le plan santé outre-mer, que vous aviez annoncé en mai 2008 et dont l'objet

était de décliner la présente réforme dans les DOM. Or, aucune des propositions du groupe de travail n'est reprise dans ce texte. Le rapport du Sénat relatif au budget de l'outre-mer dans la loi de finances pour 2009 mentionnait aussi la nécessité d'actualiser le calcul du coefficient géographique. Mon amendement en ce sens a été bloqué par l'article 40, comme tous les amendements qui visaient à combler l'absence de dispositions propres à l'outre-mer. Que devient l'égalité d'accès aux soins ? (*MM. Guy Fischer et Jean Desessard applaudissent*)

M. Alain Milon, rapporteur. – Les spécificités sont déjà prises en compte dans le tarif des prestations. Les états généraux de l'outre-mer actuellement réunis abordent tous ces sujets. Une mission d'information sénatoriale va aussi rendre ses conclusions au début de l'été. Et le plan que vous appelez de vos vœux a été annoncé en 2008 par le Gouvernement. Il n'est donc pas nécessaire d'inscrire dans la loi un plan qui relève du domaine réglementaire. Sagesse.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Les majorations tarifaires sont substantielles et les dotations sur les programmes d'investissement jusqu'à trois fois supérieures à celles de métropole. Quant au plan outre-mer santé, je l'ai présenté. L'amendement est donc satisfait. Du reste son objet, même si je n'ai pas voulu opposer l'article 41, est purement réglementaire.

M. Jacques Gillot. – En novembre 2008, madame la ministre, vous avez affirmé, en réponse à une question de Mme Louis-Carabin, députée de la Guadeloupe, que l'amélioration de la santé publique outre-mer passait par un renforcement de l'offre de soins et une fidélisation des praticiens ; qu'il fallait adapter les plans de prévention des risques, notamment au risque sismique et aux virus tels que la dengue ou le chikungunya, intensifier la coopération régionale et adapter les formations. Vous proposiez d'inclure dans ce projet de loi des outils de fidélisation des professionnels. Le 7 janvier, vous avez annoncé à l'Assemblée nationale que le plan santé de l'outre-mer serait présenté conjointement avec M. Jégo à la fin du mois de février ; je ne comprends donc pas pourquoi rien de ce plan ne figure dans le texte.

L'amendement n°695 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°1009 rectifié, présenté par MM. Vasselle, P. Blanc et Gournac.

Après l'article 34, ajouter un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 221-2 du code de la route, il est inséré un article L. 221-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 221-3. - Tout candidat à un permis de conduire doit au préalable se soumettre aux examens appropriés afin de s'assurer que son acuité visuelle est compatible avec la conduite.

« La consultation médicale ne donne pas lieu à remboursement par l'assurance maladie.

« Un décret en Conseil d'État fixe les modalités de mise en œuvre de cette disposition. »

M. Alain Vasselle. – Cet amendement reprend une proposition de loi déposée par une cinquantaine de nos collègues.

Plus de 90 % des décisions et gestes nécessaires à la conduite automobile dépendent de la vue du conducteur. Or, selon l'Association nationale d'amélioration de la vue, près de huit millions de conducteurs circulent avec un défaut visuel non ou mal corrigé et un million ne satisfait pas aux exigences du code de la route. On peut s'interroger sur leur implication dans des accidents de la route, d'autant que les conducteurs de véhicules légers ne sont soumis à aucune visite médicale préalable à l'obtention du permis.

La France figure parmi les pays les moins contraignants en matière de contrôle de l'aptitude visuelle à la conduite. Le principe d'un examen visuel systématique des candidats et de son renouvellement tous les dix ans, arrêté en 2003 par le comité interministériel de la sécurité routière, n'a pas été à ce jour concrétisé.

Cet amendement serait peut-être plus à sa place dans le futur texte relatif à la sécurité routière. Je m'en remets au Gouvernement, du moment qu'il est prêt à s'engager dans cette voie.

M. Alain Milon, rapporteur. – Le problème est réel, mais la commission voit mal le rapport avec le projet de loi sur l'hôpital. (*Sourires*) Retrait ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Retrait. 80 % des nouveaux conducteurs ont moins de 24 ans. Les principales causes d'accidents de la route sont la vitesse et la consommation d'alcool et de drogue. Une telle mesure nécessiterait un million de consultations spécialisées par an, rallongeant encore les délais pour obtenir un rendez-vous chez un ophtalmologiste ! Non remboursée, une telle consultation renchérirait encore le coût du permis.

M. Michel Mercier. – Très bien.

M. Paul Blanc. – C'est un sujet important. Une telle mesure relève également de la médecine préventive, car les insuffisances visuelles ne sont souvent pas détectées à temps.

M. Marc Laménie. – La sécurité routière est une priorité nationale. Les accidents sont essentiellement dus aux comportements des conducteurs.

M. Alain Vasselle. – Je redéposerai cet amendement dans le texte de Mme Alliot-Marie sur la sécurité routière. Mais je rappelle qu'il avait été signé par une cinquantaine de collègues, dont le rapporteur...

L'amendement n°1009 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°1355, présenté par le Gouvernement.

Après l'article 34, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

... - Le 6° de l'article L. 722-20 du code rural est complété par les mots : « ainsi que les agents de droit privé des agences régionales de santé qui demeurent régis par les conventions collectives des organismes de mutualité sociale agricole ».

M. Guy Fischer. – Je demande une suspension de séance pour examiner ce nouvel amendement du Gouvernement ! (*Vives protestations sur le banc du Gouvernement et de la commission ; M. Gérard Dériot, vice-président de la commission, demande la parole*)

M. le président. – Le Gouvernement ne fait que reprendre l'amendement n°1007 rectifié de M. Lardeux et Mme Procaccia, qui n'avait pas été défendu.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Il s'agit de maintenir au régime de protection sociale des salariés agricoles les agents de la MSA recrutés par les ARS. Cet amendement est dans la droite ligne de ce que souhaitait M. Autain et devrait faire l'unanimité. (*M. Alain Gournac approuve*)

M. Alain Milon, rapporteur. – Favorable.

M. François Autain. – Mon amendement concernant les agents des caisses d'assurance maladie avait pourtant reçu un avis défavorable : pourquoi deux poids, deux mesures ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Votre amendement était déjà satisfait ! En revanche, les agents de la MSA avaient été oubliés.

M. Alain Vasselle. – Nous gagnerions du temps si le Gouvernement déposait lui-même ses amendements plutôt que de les faire déposer par des collègues !

M. Michel Mercier. – C'est méchant...

*L'amendement n°1355 est adopté
et devient un article additionnel.*

La séance est suspendue à midi cinquante-cinq.

PRÉSIDENT DE M. GÉRARD LARCHER

La séance reprend à 15 heures.

Questions d'actualité

M. le président. – L'ordre du jour appelle la réponse du Gouvernement aux questions d'actualité.

Crise du lait (I)

M. François Fortassin. – (*Applaudissements sur les bancs du RDSE et sur quelques bancs à droite et à gauche*) Je vous remercie, monsieur le ministre de l'agriculture, pour votre présence devant notre Haute assemblée alors que vous êtes mobilisé sur un autre front. Mais là n'est pas le propos.

M. Jacques Mahéas. – Ça vaut mieux...

M. François Fortassin. – Vous savez la crise formidable que traverse l'industrie laitière, et qui s'est traduite par la grande colère et la très grande détresse manifestées la semaine dernière. La baisse du prix du lait est inacceptable, elle est intolérable, et j'irai jusqu'à dire qu'elle est lamentable, autant que l'est l'absence de solidarité des différents maillons de la filière...

M. Jean-Pierre Sueur. – Tout à fait !

M. François Fortassin. – ...qui a quelque chose d'indécent et de suicidaire. (*M. Jean-Pierre Sueur applaudit*) Si on laisse disparaître les éleveurs, on ne reconstituera jamais cette filière d'excellence. Vous savez combien le métier est contraignant -il faut traire deux fois par jour- et combien les investissements sont lourds ; en outre il faut compter une dizaine d'années pour constituer un troupeau de qualité.

Moins 30 % sur le prix du lait, et à peine moins 3 à 4 % sur les produits laitiers ? Cherchez l'erreur ! Nous attendons que le Gouvernement de la France prenne des mesures fortes pour pérenniser la filière.

M. Jean-Pierre Sueur. – Très bien !

M. François Fortassin. – Nous produisons un des meilleurs laits au monde : ne le laissons pas sacrifier au nom de règles européennes qu'il faut certes respecter, mais qui ne doivent pas nous empêcher d'être nous-mêmes, en Europe, le moteur de notre indépendance. (*Applaudissements au centre, sur divers bancs UMP et sur plusieurs bancs à gauche*)

M. Michel Barnier, ministre de l'agriculture et de la pêche. – Vous n'avez pas à me remercier parce que je suis, monsieur Fortassin, à la disposition du Parlement. (*Applaudissements sur les bancs UMP*)

M. David Assouline. – Vous êtes surtout en campagne.

M. Michel Barnier, ministre. – Vous êtes le premier à me questionner sur la crise laitière : j'organiserai mes réponses pour répondre à chacun. (*M. le président s'en félicite*) Je suis le ministre de l'agriculture et de la pêche, deux grandes politiques communes qui marquent la réussite de l'Europe. La crise actuelle est une crise de blocage. Les prix annoncés en avril ne sont pas supportables. Il n'est pas normal que les producteurs ne connaissent le prix de leur livraison qu'un mois et demi après.

Qu'avons-nous fait face à cela ? Ce n'est pas le Gouvernement qui fixe les prix du lait. Mais nous

avons pris nos responsabilités. Avec Luc Chatel, nous avons nommé deux médiateurs pour encourager la reprise. Nous appelons les producteurs, les coopératives, les industriels à reprendre le dialogue. Ce matin, en accord avec le Premier ministre, j'ai rencontré le président de l'interprofession auquel j'ai fait une proposition pour bâtir un nouveau cadre de régulation, dont je tiens le texte à votre disposition. Il faut travailler à un nouvel accord. Depuis la loi de décembre 2008, que vous avez votée, la discussion est bloquée. Il fallait enclencher un état d'esprit nouveau. Je souhaite que le dialogue reprenne et que l'on aboutisse à un accord entre les différentes familles de la filière, et en particulier sur un prix juste. (*Applaudissements sur les bancs UMP et sur quelques bancs au centre*)

Crise du lait (II)

M. Michel Mercier. – Que la même question revienne à tant de reprises aujourd'hui témoigne de la gravité de la situation. Depuis la dernière « paye » du lait, la colère s'est emparée des producteurs laitiers, tant la baisse est importante. Connaît-on beaucoup de métiers où l'on livre et ne connaît le prix que le 15 du mois suivant ? Telle est pourtant leur situation.

Depuis l'injonction de la DGCCRF, la politique interprofessionnelle a cessé d'être, et l'amendement voté le 8 décembre n'a pas pu la remettre sur pieds.

L'absence de réglementation pourrait être justifiée lorsque la consommation et les prix augmentent, mais avec la crise il faut une nouvelle régulation. Monsieur le ministre, allez plus loin dans vos annonces : on ne peut laisser l'agriculture à elle-même. Jusqu'où le Gouvernement est-il disposé à aller pour rendre confiance aux producteurs laitiers ? (*Applaudissements au centre à droite*)

M. Alain Vasselle. – Et les céréaliers !

M. Michel Barnier, ministre de l'agriculture et de la pêche. – Vous m'avez souvent entendu proclamer ma conviction que l'alimentation en général et la production laitière en particulier ne pouvaient être abandonnées aux seules lois du marché, qui font prévaloir le moins-disant social et environnemental. Tel est le sens de mon action en faveur d'une régulation européenne. Voilà pourquoi j'ai indiqué ce matin, avec le Premier ministre, un nouveau cadre de régulation nationale.

En raison du risque juridique couru par l'organisation interprofessionnelle au regard des dispositions européennes ou nationales, le Parlement a voté unanimement une loi qui apporte de nouvelles garanties. Nous travaillons dans ce cadre pour aller vers la détermination d'un prix annuel juste, qui sera fixé par le Centre national interprofessionnel de l'économie laitière (Cniel).

Les propositions que j'ai formulées ce matin doivent mettre l'interprofession sur la voie d'une relation

durable entre producteurs et industriels, sur la base d'indices de prix. Producteurs et industriels devront déterminer par contrat les modalités de calcul du prix, qui sera naturellement spécifique à chaque entreprise.

Des engagements sur les volumes, sur le calendrier des livraisons, les modalités de règlement et le cadre des renégociations de contrats : voilà ce qu'il faut pour sécuriser les relations entre producteurs et industriels laitiers. Je pense que ma proposition apportera la sécurité à une filière qui en a un grand besoin. (*Applaudissements à droite et sur divers bancs au centre*)

Télétravail pendant un congé de maladie ou de maternité

M. Alain Anziani. – Lundi, M. Frédéric Lefebvre, porte-parole de l'UMP (*on s'exclame à droite*) vante le télétravail des salariés en congé de maladie ou de maternité. Mardi matin, M. Xavier Bertrand, secrétaire général de l'UMP, estime l'idée fameuse. Mardi midi, M. Jean-François Copé, président du groupe UMP de l'Assemblée nationale, déclare ne pas avoir d'opinion. Mercredi, nous apprenons que le Gouvernement ne soutiendra pas cette disposition, retirée hier par M. Lefebvre. Quelle cacophonie ! (*Vives marques d'indignation à droite*)

Quelle est la vérité de la majorité gouvernementale ? Faudra-t-il attendre la fin des élections européennes pour la connaître enfin ?

Au fond, que reprochez-vous à votre porte-parole ? Sa position se situe dans le droit fil du fameux « travailler plus pour gagner plus » présidentiel : travailler plus, y compris le dimanche ; travailler plus en repoussant la limite européenne du travail hebdomadaire jusqu'à 60 heures. Le tout sous couvert de volontariat. Mais qu'est-ce que cette liberté de renoncer à se soigner ou à s'occuper de ses enfants ? Comment un salarié pourrait-il refuser le télétravail souhaité par son employeur ?

L'Unedic vient d'annoncer qu'il y aurait 639 000 chômeurs supplémentaires en 2009. Dans ce contexte, comment a-t-on pu songer à faire travailler des malades ?

M. René-Pierre Signé. – C'est affligeant !

M. Alain Anziani. – Le désaccord du Gouvernement porte-t-il sur l'idée ou sur le moment de son expression ? Avez-vous encore tremblé (*on s'indigne à droite*) comme vous l'aviez fait à propos de la TVA sociale avant les élections législatives ? Vous feriez mieux de changer votre politique ! (*Vifs applaudissements à gauche*)

Mme Nathalie Kosciusko-Morizet, secrétaire d'État chargée de la prospective et du développement de l'économie numérique – Le député Frédéric Lefebvre (*on rappelle à gauche qu'il est porte-parole de l'UMP*) a déposé un amendement tendant à autoriser un salarié en congé de maladie ou de

maternité à garder un lien avec son travail. La commission des affaires sociales l'a repoussé et le Gouvernement a formulé un avis défavorable. Mais les intentions de Frédéric Lefebvre ont été clarifiées : il voulait que les salariés concernés gardent un lien avec leur milieu professionnel et qu'ils soient volontaires.

Toutefois son amendement suscitait trois objections : sur le plan de la méthode, il aurait dû être précédé par une discussion avec les organisations syndicales ; sur le fond, ces congés servent à se rétablir ou à commencer à élever ses enfants, et la faisabilité de la mesure est douteuse car il faudrait vérifier la réalité du volontariat, rien n'étant pire qu'un télétravail subi.

Dans ces conditions, l'avis du Gouvernement a été, est et sera défavorable.

Au plan européen, j'ai demandé une étude comparative sur la protection dont bénéficient les salariés contre le télétravail abusif pendant leurs congés de maladie ou de maternité. (*Applaudissements à droite*)

Crise du lait (III)

M. Gérard Le Cam. – La crise laitière met en péril des milliers d'exploitations agricoles, à un moment où tout encourage les transformateurs et la grande distribution à pressurer encore plus les producteurs, tout en abusant les consommateurs.

La France et l'Europe libérales ont soigneusement préparé cette crise en légalisant des comportements inqualifiables et en interdisant la régulation des prix par accord interprofessionnel. Ainsi, la loi de modernisation de l'économie a livré les producteurs poings et pieds liés aux appétits des transformateurs et de la distribution. La réforme de la PAC a entraîné la dérégulation tandis que l'OMC vise à instaurer la loi de la jungle.

La suppression programmée des quotas laitiers satisfait les pays européens les plus libéraux et réjouit Mme Fisher Boel, commissaire européen à l'agriculture, qui incrimine exclusivement la baisse de la consommation.

Ouest-France écrivait mardi dernier à votre sujet, monsieur le ministre : « Il tonne aujourd'hui contre le prix insupportable du lait, mais il avalisait il y a un an la fin du système de régulation minimale des prix ». Après avoir façonné et cautionné les orientations du traité de Lisbonne en faveur d'une concurrence libre, vous êtes en quelque sorte pris la main dans le sac, à quelques jours du scrutin européen. Quelle que soit l'issue des négociations rien ne sera réglé durablement.

Mes questions sont précises : est-il possible de garantir des prix rémunérateurs aux producteurs laitiers ? Envisagez-vous de prendre des mesures fiscales et commerciales coercitives pour réduire les marges des intermédiaires et de la grande

distribution ? Le gagnant-gagnant producteurs-consommateurs est-il pour demain ou pour jamais ?

Il est temps de parler vrai et d'agir juste. Monsieur le ministre, vous êtes attendu ! (*Applaudissements à gauche*)

M. Michel Barnier, ministre de l'agriculture et de la pêche. – J'espère être attendu de manière sincère, sans procès d'intention ! (*Applaudissements sur les bancs UMP*)

Je ne peux vous laisser dire que la révision de la PAC a entraîné une baisse des aides ou une dérégulation. Les outils de régulation -restitutions, stockages, interventions- ont été maintenus, et sont tous utilisés en ce moment. J'ai bien entendu, durant cette campagne européenne, des socialistes prôner la suppression des restitutions, alors qu'elles soutiennent les exportations...

Suite au bilan de santé de la PAC, j'ai annoncé des décisions au sujet desquelles, sur tous les bancs, on m'a donné acte d'une plus grande justice dans la répartition des aides. Celles concernant la production animale à l'herbe -qui concernent donc, en partie, l'élevage laitier- ont été multipliées par quatre. Les zones de piémont et de montagne vont bénéficier de 45 millions d'euros supplémentaires.

M. René-Pierre Signé. – Ca, c'est bien !

M. Michel Barnier, ministre. – La garantie des prix ne peut se faire par une fixation gouvernementale -ne soyez pas nostalgique, nous ne sommes plus dans une économie administrée ! (*Applaudissements sur plusieurs bancs UMP*)

Luc Chatel et moi avons nommé des médiateurs et j'ai proposé un nouveau cadre de régulation. Les agriculteurs qui livrent aujourd'hui leur lait ont besoin de plus de visibilité, de dignité.

Pour ce qui est de la transparence, les services de Luc Chatel recueillent les données. Ni son ministère, ni le mien, ni les paysans ne craignent la transparence sur les marges et les prix. Nous allons accélérer les travaux de l'observatoire : après le porc, il étudie aujourd'hui les produits laitiers, et passera demain aux fruits et légumes. Nous pourrions ensuite évaluer les conséquences de la loi de modernisation de l'économie.

Le projet de loi de modernisation de l'agriculture devrait être examiné d'ici la fin de l'année : il nous permettra de disposer de nouveaux outils pour améliorer la transparence. (*Applaudissements à droite et au centre*)

Situation en Corée

M. Christian Cambon. – Dans la nuit de dimanche à lundi, la Corée du Nord a procédé à un nouvel essai nucléaire, d'une puissance comparable à la bombe de Nagasaki. Depuis, six missiles balistiques ont été tirés. Le régime de Pyongyang signifie ainsi qu'il est en

passé de forcer la porte du club des puissances nucléaires.

Depuis plus de dix ans, la Corée du Nord exerce un chantage sur la scène internationale et viole la résolution 1718 du Conseil de sécurité. Une nouvelle étape dans les tensions régionales vient d'être franchie avec l'adhésion de la Corée du Sud au programme d'anti-prolifération PSI, qui permet d'arraisonner des navires susceptibles de transporter des composants nécessaires à la fabrication d'armes de destruction massive. La Corée du Nord considère cette adhésion comme un acte de guerre et menace son voisin d'une riposte militaire. Pour la première fois, la surenchère nord-coréenne a été condamnée par toute la communauté internationale, Chine comprise. Néanmoins, le risque d'incident naval ou aux frontières des deux États est réel.

Quel type de sanctions le Conseil de sécurité peut-il adopter pour arrêter cette escalade, compte tenu de l'efficacité relative des sanctions précédentes ? Le risque d'une prolifération des armes de destruction massive est inquiétant car les Nord-Coréens pourraient en exporter dans la région. Quelle stratégie la France et ses alliés peuvent-ils adopter pour empêcher cette dérive ? L'Europe peut-elle jouer un rôle dans la résolution d'une crise qui, quoique lointaine, menace la paix du monde ? (*Applaudissements à droite et au centre*)

M. Alain Vasselle. – Excellente question !

M. Bernard Kouchner, ministre des affaires étrangères et européennes. – Il n'y a rien à retirer et pas grand-chose à ajouter au bilan que vous venez de dresser ! (*Marques d'ironie sur les bancs socialistes*) Pour ce qui est de l'explosion nucléaire, je ne suis pas sûr qu'elle soit comparable à celle de Nagasaki car il semble qu'il ne s'agit pas d'un grand succès militaire.

Pour la première fois s'agissant de la Corée du Nord, la Chine n'a pas refusé de s'associer à une déclaration du Conseil de sécurité. D'ici peu, une résolution devrait être proposée. Si la Chine confirme sa position de sagesse, un pas important sera franchi. La diplomatie et l'attitude de fermeté de la communauté internationale sont indispensables. Nous avons protesté et joint les pays environnants, mais c'est insuffisant. La Corée du Sud a adhéré au réseau de protection car son voisin du nord se fait effectivement livrer du matériel. La résolution du Conseil de sécurité sera accompagnée de sanctions, qui s'appliqueraient aux voyages individuels et aux circuits bancaires et financiers. S'y ajoute la protection maritime déjà en place.

Il faut que l'Europe participe à cette mobilisation, même si elle est très éloignée géographiquement de cet inquiétant théâtre car il existe un risque que se produisent des incidents de frontière entre les deux Corées, débouchant sur un affrontement dangereux.

L'Europe doit décider de sanctions qui renforceraient celles du Conseil de sécurité. *(Applaudissements à droite)*

Crise du lait (IV)

M. Yannick Botrel. – Ma question s'adresse à M. le ministre de l'agriculture et de la pêche. L'ampleur de la mobilisation des producteurs de lait témoigne de l'inquiétude, pour ne pas dire de l'angoisse qui s'est emparée de la profession depuis l'annonce de la baisse de 30 % de leurs revenus. Le Gouvernement porte une lourde responsabilité dans cette crise et ne peut se contenter de manœuvres dilatoires.

Le maître mot de votre politique depuis 2003, c'est la libéralisation. Comme dans le domaine financier, le démantèlement des mécanismes de régulation a produit des effets dévastateurs dans le secteur laitier. Les outils de gestion des marchés -prix d'intervention, aides au marché intérieur, restitutions à l'exportation- ont été abandonnés. La loi de modernisation de l'économie, qui se proposait de « mobiliser la concurrence comme nouveau levier de croissance », a déséquilibré les rapports de force entre producteurs, transformateurs et distributeurs, au profit exclusif de ces derniers. *(M. Claude Domeizel le confirme)*

Dans ce contexte la suppression des quotas laitiers, à laquelle la France a implicitement souscrit, apparaît comme une provocation. L'interprofession laitière, victime l'année dernière des injonctions de la DGCCRF, a été laissée à elle-même et les partenaires ont déserté la table des négociations.

Il y a une huitaine de jours, vous avez enfin nommé des médiateurs ; mais vous auriez dû vous impliquer dans ce dossier depuis deux mois au moins, car la crise était dès lors inévitable. Ce retard est coupable. *(M. Roland Courteau approuve)* Aujourd'hui vos réponses sont attendues par tous les producteurs : comment comptez-vous soutenir les nombreuses exploitations dont la trésorerie est exsangue ? Quelles mesures de court terme envisagez-vous pour rétablir un prix du lait rémunérateur, et quelles mesures structurelles pour améliorer les perspectives à long terme des producteurs ? *(Applaudissements à gauche)*

Mme Nicole Bricq. – Très bien !

M. Michel Barnier, *ministre de l'agriculture et de la pêche.* – Je comprends que le parti socialiste s'oppose au Gouvernement, mais il devrait prendre garde à ne pas se contredire *(protestations sur les bancs socialistes ; applaudissements à droite)* : il y a quinze jours, lors d'un débat retransmis par Public Sénat, M. Harlem Désir, candidat aux élections européennes, se déclarait hostile aux restitutions à l'exportation, pour lesquelles vous venez justement de plaider. *(Rires ironiques à droite)*

M. Alain Gournac. – Cacophonie !

M. Michel Barnier, *ministre.* – C'est au temps où M. Glavany était ministre que l'on prit pour la première

fois la décision de supprimer les quotas laitiers. Il s'y était opposé, je vous l'accorde, mais il n'avait pas su convaincre nos partenaires européens. Sous le gouvernement de M. Raffarin, M. Gaymard a obtenu le report de cette mesure jusqu'en 2014. Aujourd'hui, une majorité qualifiée d'États souhaite que les quotas soient supprimés comme prévu. Nous ne sommes pas seuls en Europe, je vous le rappelle !

Cependant le Gouvernement n'abandonne pas l'idée de remplacer ce système par un autre afin de garantir la maîtrise de la production laitière. L'économie alimentaire et la production laitière en particulier ne peuvent être laissées à la seule loi du marché. C'est le sens de la lettre que j'ai envoyée ce matin à l'interprofession pour lui soumettre un nouveau dispositif de régulation. Le rôle de l'interprofession doit être renforcé, au-delà même de ce qui est prévu dans l'amendement gouvernemental voté à l'unanimité par le Sénat au mois de décembre. *(Applaudissements à droite)*

Crise du lait (V)

M. Gérard Bailly. – *(Applaudissements à droite)* Je suis le cinquième à intervenir sur la crise du lait : c'est bien que le sujet est grave. Les producteurs traversent une crise sans précédent et ont exprimé leur désespérance ces derniers jours; ils refusent la décision unilatérale du secteur industriel laitier qui réduit leur rémunération de 30 % sans que les consommateurs en bénéficient.

Je viens de prendre connaissance de la lettre que vous avez adressée aujourd'hui au Cniel, en lui demandant d'élaborer des normes contractuelles sur la fixation du prix du lait, avec, éventuellement, une clause de sauvegarde ; la rémunération des producteurs devrait tenir compte de la qualité comme de la quantité du lait vendu. Mais des mesures semblables n'ont-elles pas exposé l'année dernière l'interprofession aux remontrances de la DGCCRF ? Jusqu'où peut aller la contractualisation ?

Lors de la réunion du conseil des ministres de l'agriculture lundi à Bruxelles, avez-vous obtenu, monsieur le ministre, l'accord de nos partenaires sur ce principe ? Quelles mesures peut-on attendre de l'Union ?

Enfin, j'aimerais vous interroger sur la création de l'Observatoire des prix et des marges prévue par la loi de modernisation de l'économie et qui, hélas, se fait attendre.

Je vous remercie d'avance de vos réponses qui, je l'espère, rassureront les producteurs de lait. Ceux-ci, rappelons-le, travaillent 365 jours par an pour un revenu que nul n'envie. *(Applaudissements au centre et à droite)*

M. Michel Barnier, *ministre de l'agriculture et de la pêche.* – Je remercie le Sénat de se montrer si attentif à la crise agricole, tout en faisant entendre des voix

différentes. J'aurais pu mentionner tout à l'heure les chiffres suivants à l'intention de M. Le Cam, qui parlait d'accord gagnant-gagnant entre les consommateurs et les producteurs : les prix agricoles ont diminué de moitié depuis quarante ans, sous des gouvernements de droite comme de gauche, tandis que les prix alimentaires n'ont cessé d'augmenter. C'est pourquoi vous avez raison d'exiger plus de transparence, monsieur Bailly. Aussi avons-nous décidé d'accélérer la mise en place de l'Observatoire des prix et des marges ; les services de M. Chatel exigeront des entreprises récalcitrantes de la grande distribution les données nécessaires pour connaître la vérité.

M. Jean Bizet. – Très bien !

M. Michel Barnier, ministre. – Lundi, le conseil des ministres de l'Union européenne s'est accordé pour prolonger les mesures d'intervention au-delà du mois d'août, et pour permettre le versement anticipé, dès le 16 octobre, de 70 % des aides agricoles, ce qui permettra de résoudre les problèmes de trésorerie des éleveurs.

Enfin -et j'aimerais que l'on m'en donne également acte-, nous avons obtenu grâce au dialogue franco-allemand, dans le cadre du bilan de santé de la PAC, deux rendez-vous qui n'étaient pas prévus au calendrier européen, en 2010 et 2012, afin de faire le point sur le marché laitier, dont nous savons la volatilité et la fragilité. Avec mes collègues allemand et autrichien, nous avons demandé à la Commission d'anticiper la préparation de ces deux rendez-vous qu'il faudra mettre à profit de manière très ouverte afin de dresser un bilan exact de l'économie laitière en Europe. Pour moi, aucune question n'est taboue, y compris celle du maintien de la production maîtrisée, autrement dit des quotas, après 2014 ! (*Applaudissements à droite et au centre ; M. Jean-Pierre Michel applaudit également*)

Indemnisation des victimes d'essais nucléaires

M. Richard Tuheiava. – Monsieur le secrétaire d'État à la défense, je dois vous dire la consternation de la plupart des élus et membres du Gouvernement polynésien devant le projet de loi d'indemnisation des victimes des essais nucléaires. Après plus de 30 ans de mensonge politique et d'ignorance organisée, le temps est venu de dire la vérité. (*M. Roland Courteau approuve*) Pour la première fois depuis le 6 février 1964, soit 45 ans après, l'État français demande enfin un avis aux élus polynésiens sur les conséquences des essais nucléaires... Vous comprendrez donc le bien-fondé de leurs exigences lorsqu'on leur demande de signer un véritable chèque en blanc qui renvoie à la discrétion d'un décret des points aussi essentiels que la liste des maladies radio-induites indemnisables et la délimitation des zones géographiques concernées. Comment imaginer que les irradiés s'en satisfassent ? En outre, ce texte laisse au ministère de la défense l'entière maîtrise du processus d'indemnisation en ne prévoyant aucun recours juridictionnel.

M. Bernard Frimat. – Scandaleux !

M. Richard Tuheiava. – Qui plus est, l'accès aux archives nucléaires est définitivement fermé depuis une loi de juin 2008.

M. Jean-Pierre Sueur. – Éternellement fermé !

M. Richard Tuheiava. – Bref, vous êtes juge et partie de votre projet de loi. Vous faites l'impasse sur les risques environnementaux des atolls contaminés de Mururoa et Fangataufa, vous passez sous silence la question de la prise en charge par les systèmes de prévoyance des dépenses de santé des irradiés ou de leurs ayants droit si bien que les cotisants polynésiens en assumeront seuls la charge. Quelles garanties concrètes envisagez-vous de prendre en la matière ?

Les Polynésiens ont subi uniquement les conséquences malheureuses des essais nucléaires, sur leur santé, sur leur mode de vie traditionnel, sur leur environnement et sur leur gouvernance. Le ministre de la défense n'a pas daigné répondre aux trois lettres successives que je lui ai adressées.

Mme Catherine Procaccia. – La question !

M. Richard Tuheiava. – S'il entend, comme il l'a déclaré, traiter avec rigueur et équité ce sujet sensible (*marques d'impatience à droite*), ne doit-il pas commencer par écouter les élus polynésiens ? Ma question est la suivante (« Ah ! » à droite)...

M. Guy Fischer. – Le sujet est sérieux !

M. Richard Tuheiava. – Comment allez-vous garantir que les avis de l'Assemblée et du Gouvernement de la Polynésie française seront effectivement pris en compte ? (*Applaudissements à gauche*)

M. Jean-Marie Bockel, secrétaire d'État à la défense et aux anciens combattants. – Monsieur Tuheiava, je vous ai écouté attentivement. Convenez que le texte présenté hier en conseil des ministres par M. Morin représente une avancée extrêmement importante. Certains points restent à préciser, nous y reviendrons, mais d'importantes garanties ont été prises à commencer par l'inversion de la charge de la preuve. De fait, celle-ci reviendra à l'État s'il conteste la demande d'indemnisation déposée par une personne ou, hélas !, ses ayants droit, si celle-ci a été présente dans la zone et déclare avoir été irradiée.

Ensuite, l'expression de « chèque en blanc » que vous avez utilisée doit être nuancée : la commission d'indemnisation, présidée par un magistrat, sera composée de médecins et de spécialistes et le fonds d'indemnisation abondé de 10 millions, montant qui sera complété à mesure du dépôt des dossiers. Bref, il ne s'agit en rien d'un chèque en blanc, mais d'une démarche volontariste et concrète.

Certes, il faudra veiller à inclure tous les territoires concernés lorsque les zones géographiques seront délimitées dans le décret. Mais le projet de loi est le

fruit d'un travail approfondi mené avec les parlementaires depuis six mois, il ne sort pas des cartons de technocrates ! Les élus et les membres du Gouvernement polynésien sont écoutés. A preuve, le ministre de la défense a assuré au Président de l'Assemblée de la Polynésie, qu'il recevait hier, le remboursement des sommes versées par la caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française.

M. Bernard Frimat. – C'est bien le moins !

M. Jean-Marie Bockel, secrétaire d'État. – Enfin, le projet de loi n'a pas vocation à tout prévoir...

M. le président. – Veuillez conclure.

M. Jean-Marie Bockel, secrétaire d'État. – ...à moins d'aller à l'encontre de l'objectif poursuivi. Le ministre de la défense mène également un important travail sur la réhabilitation des sites et atolls contaminés, ce qui est bien normal, et les travaux menés l'ont été à la satisfaction de tous. A n'en pas douter, ce texte constitue une novation et le dialogue se poursuivra sur les points que vous avez évoqués ! *(Applaudissements à droite et au centre)*

Violences à l'école

M. Alain Dufaut. – Ma question s'adressait initialement à M. Darcos, ministre de l'éducation nationale.

Différentes affaires de violence en milieu scolaire ont fait la une de l'actualité ces derniers jours. Concours de circonstances ou évolution dommageable d'une société où la violence tient lieu de viatique à des enfants en mal de valeurs ? Toujours est-il que l'école n'est plus ce sanctuaire où les élèves respectaient l'autorité du maître, dont ils savaient qu'il était là pour transmettre un savoir.

Que chercher, si ce n'est d'abord la sécurité des élèves, des professeurs, des directeurs d'établissement dans le respect de règles simples et de bon sens ?

Pour moi, l'école de la République ne doit pas devenir un lieu où l'on pratique la fouille et où l'on installe des portiques de sécurité -certes, seuls les 200 établissements les plus sensibles sur les 11 000 que compte notre pays seraient concernés. Mais je reconnais qu'il faut impérativement réagir. Cette réaction passe d'abord par une formation adaptée des enseignants et l'indispensable prise en compte de leur protection juridique, puis par des mesures de prévention et des sanctions, y compris contre les parents d'élèves concernés. *(M. René-Pierre Signé marque son désaccord)*

La gravité de la situation l'impose. Vous avez annoncé des mesures qui pourraient être envisagées, vous avez tenu une réunion au ministère et le Président de la République s'est exprimé.

M. René-Pierre Signé. – Comme sur tout !

M. Alain Dufaut. – Par quelles mesures l'école restera-t-elle le lieu privilégié où l'on apprend à se construire à l'abri des violences primaires ?

Mme Nadine Morano, secrétaire d'État chargée de la famille. – Je vous prie d'excuser M. Darcos, en déplacement à Moscou. *(« C'est le moment » sur les bancs socialistes)* L'école est un lieu de vie, de savoir et de liberté ; la peur, la menace, l'insécurité n'y ont pas droit de cité, pas plus à l'égard des enfants qu'envers les enseignants. La violence scolaire est particulièrement insupportable pour nos concitoyens. Une vingtaine d'armes sont introduites dans les établissements scolaires chaque mois ; toutes ne sont pas utilisées, heureusement, mais chacune participe au climat d'insécurité.

M. Jacques Mahéas. – Le mot est lâché, les élections approchent, « l'insécurité » revient !

Mme Nadine Morano, secrétaire d'État. – Vous avez eu la satisfaction ce matin d'entendre le Président de la République. *(Exclamations amusées sur les bancs socialistes)* Il souhaite sanctuariser les établissements scolaires, protéger les enfants et les enseignants. Les chefs d'établissement et les conseillers d'éducation pourront être bientôt dotés d'une habilitation spéciale les autorisant à faire ouvrir les sacs et cartables, à contrôler les affaires des élèves et à prendre toutes mesures adéquates s'ils trouvent des armes ; 184 établissements particulièrement sensibles feront l'objet d'un diagnostic de sécurité...

M. Guy Fischer. – Stigmatisation !

Mme Nadine Morano, secrétaire d'État. – Des équipes mobiles et formées d'agents du rectorat seront mises à la disposition des chefs d'établissement.

M. Simon Sutour. – C'est dans les établissements qu'il faut du personnel !

Mme Nadine Morano, secrétaire d'État. – La qualité d'enseignant sera une circonstance aggravante en cas de violence à personne, y compris en dehors des établissements. Nous avons déjà augmenté le nombre des personnels de surveillance et, parce que la sécurité est fondamentale, le Gouvernement est déterminé à ne pas laisser la violence et la loi du plus fort s'installer à l'école. *(Applaudissements à droite et au centre)*

Grenelle des ondes

M. Gérard Dériot. – *(Applaudissements sur les bancs UMP)* Les nouvelles technologies suscitent des aspirations contradictoires chez nos concitoyens : ils veulent y avoir accès mais s'inquiètent vivement pour leur santé. Il y a quelques années, je m'étais fait le fidèle interprète des habitants de l'Allier, oubliés par le déploiement de la téléphonie mobile ; aujourd'hui, je me fais tout aussi fidèlement écho de leurs craintes et de celles de nombre de Français quant à l'utilisation

des téléphones portables, aux bornes wi-fi et autres antennes-relais. Les études épidémiologiques et les déclarations des scientifiques apportent plus d'interrogations que de certitudes. Quels sont donc les premiers résultats du Grenelle des ondes et quelles mesures envisagez-vous, dans l'intérêt des plus sensibles, les enfants ? (*Applaudissements sur les bancs UMP*)

M. David Assouline. – Il suffit de lire mon rapport !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports. – Vous vous faites, monsieur Dériot, très légitimement le porte-parole de certaines inquiétudes. A l'initiative du Premier ministre, nous avons, avec Mmes Kosciusko-Morizet et Jouanno, réuni cette première table ronde qu'on appelle parfois le Grenelle des ondes et qui a donné pour la première fois aux acteurs la possibilité de dialoguer. Des propositions très concrètes ont été émises, dont certaines pourront figurer dans la loi de transition environnementale. Il s'agit d'abord d'assurer l'information grâce à un portail internet, par une plaquette d'information ainsi que par une action auprès des jeunes. L'Institut de prévention et d'éducation pour la santé y contribuera. Une notice explicative sera fournie au moment de l'achat, qui précisera le degré d'absorption spécifique, le DAS. Enfin, l'usage du téléphone mobile sera interdit dans les écoles primaires.

Les scientifiques de l'Organisation mondiale de la santé nous ont confirmé que les antennes-relais ne présentaient pas de risques pour la santé. Nous mènerons néanmoins une expérimentation pour essayer de baisser le seuil d'exposition et de mieux informer le public. Nous voulons en outre prendre en charge les personnes qui se disent électro-sensibles. Un protocole sera élaboré à l'hôpital Cochin en liaison avec le directeur général de la santé. Enfin, la recherche sera financée par une redevance sur les opérateurs de téléphonie mobile.

Ce n'est là que le début du dialogue. L'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset) fera le point et les discussions reprendront en septembre, de façon à répondre aux inquiétudes de nos concitoyens. (*Applaudissements à droite et au centre*)

La séance, suspendue à 16 heures, reprend à 16 heures 15.

PRÉSIDENTE DE M. BERNARD FRIMAT,
VICE-PRÉSIDENT

Proposition de résolution

M. le président – M. le président du Sénat a reçu de M. Bel et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés une proposition de résolution,

présentée en application de l'article 34-1 de la Constitution, sur le rôle des services publics.

Hôpital, patients, santé et territoires (Urgence - Suite)

Discussion des articles (Suite)

M. le président. – Nous en sommes parvenus au titre II, « Accès de tous à des soins de qualité ».

Titre II (Avant l'article 14)

M. Alain Milon, rapporteur. – Dans le titre II, nous déterminerons les finalités de la nouvelle organisation. Nous aborderons la prise en charge des patients et plusieurs problèmes d'importance : les soins de premier recours, la démographie médicale, la permanence des soins, les coopérations, les discriminations et la réforme de la biologie médicale. Sur tous ces sujets, la commission a recherché un équilibre entre la nécessité de répondre aux besoins de nos concitoyens, où qu'ils résident et quelle que soit leur condition sociale et la liberté des professionnels de santé, contrepartie d'un engagement personnel fort envers leurs patients. Pour certains de nos collègues, l'accès aux soins est d'abord une question financière ; et plusieurs amendements ont été déposés sur les remboursements et les tarifs. Ces sujets sont importants : ils le sont tellement que l'on en discute chaque année en loi de financement de la sécurité sociale ! Ce débat n'a pas sa place ici.

M. le président. – Amendement n°700, présenté par M. Desessard et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Compléter l'intitulé de cette division par les mots :
et de proximité

M. Jean Desessard. – Des soins de qualité, cela va de soi, on ne va tout de même pas proposer « des soins médiocres » ! En revanche, la proximité ajoute une dimension, d'autant que l'on prétend fermer les petites structures au nom de la qualité et de la sécurité. La proximité est un gage d'accessibilité, donc une sécurité. L'hospitalisation près du domicile permet à la famille et aux proches de rendre souvent visite au patient ; et l'on sait bien le rôle de ce soutien moral, quand les traitements sont lourds et le séjour long. La proximité doit être un objectif prioritaire.

M. Alain Milon, rapporteur. – La commission est attachée à la proximité et elle en a précisé la définition au sein de l'article 14. Mais on doit aussi tenir compte de la taille critique, gage de qualité. Il faudra bien fermer certains services ou établissements pour des raisons de sécurité et de qualité. Défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je salue et je partage l'engagement de M. Desessard en

faveur de la proximité. C'est un des aspects de la qualité des soins, avec la qualification professionnelle, les progrès de la biologie médicale, etc. Mais le terme de qualité des soins est plus large et donc meilleur. Défavorable.

L'amendement n°700 n'est pas adopté.

Article 14

I. - Suppression maintenue par la commission.....

II. - Les articles L. 1411-11 à L. 1411-18 du code de la santé publique sont remplacés par les dispositions suivantes :

« CHAPITRE I^{ER} BIS

« Organisation des soins

« Art. L. 1411-11. - 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, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé et de l'autonomie au niveau territorial défini à l'article L. 1434-14 et conformément au schéma régional d'organisation des soins prévu à l'article L. 1434-6. Ces soins comprennent :

« 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;

« 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;

« 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;

« 4° L'éducation pour la santé.

« Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours, en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux.

« Art. L. 1411-12. - Les soins de second recours, non couverts par l'offre de premier recours, sont organisés dans les mêmes conditions que celles prévues au premier alinéa de l'article L. 1411-11. »

III. - À l'article L. 1411-19 du même code, la référence : « du présent chapitre » est remplacée par les références : « des chapitres I^{er} et du présent chapitre ».

IV. - Au début du titre III du livre I^{er} de la quatrième partie du même code, il est inséré un chapitre préliminaire ainsi rédigé :

« CHAPITRE PRÉLIMINAIRE

« Médecin généraliste de premier recours

« Art. L. 4130-1. - Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :

« 1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients, la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;

« 2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;

« 3° Assurer la coordination des soins nécessaire à ses patients ;

« 4° Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;

« 5° Assurer la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;

« 6° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;

« 7° Participer à la mission de service public de permanence des soins dans des conditions fixées à l'article L. 6314-1 ;

« 8° Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales. »

V. - Le cinquième alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale est complété par les mots suivants :

« ou lorsque l'assuré consulte des médecins relevant des spécialités suivantes : gynécologie médicale, gynécologie obstétrique, ophtalmologie, psychiatrie et neuropsychiatrie sans prescription de son médecin traitant ou sans avoir choisi un médecin traitant. »

M. Bernard Cazeau. – Quelle est la portée de l'article 14 ? Quel en est le non-dit ? Pourquoi redéfinir avec force détails la médecine générale ? Il vaudrait mieux laisser un peu de « mou » au système. Les précisions infinies du texte ne manqueront pas d'exacerber encore les conflits entre généralistes et spécialistes. Après le médecin traitant du parcours de soins, voici le médecin de premier recours : à quand le médecin aux pieds nus comme au temps de Mao ? Cette vision réglementarisée nous inquiète. Après la description des tâches du médecin de premier recours viendront des contraintes de toute sorte. L'article 26 consacre la puissance du directeur de l'ARS, ce n'est pas un hasard...

« La médecine est un art » disait Hippocrate : notamment un art d'adapter des connaissances à des réalités très diverses.

Cet article 14 est à l'image de tout le projet de loi. On sait ce qu'il contient, on ne sait pas jusqu'où cela peut nous conduire. Comme le disait un syndicat de médecins qui vous a longtemps soutenue, madame la ministre, et s'en trouve ici bien mal récompensé, « l'épée de Damoclès est brandie au dessus de nos têtes, c'est le moment d'entrer en résistance ». Nous

aussi sommes réticents par rapport à la rédaction de cet article ! (*Applaudissements à gauche*)

M. Alain Milon, rapporteur. – L'article 14 est issu des états généraux de l'offre de soins. Certains syndicats de médecins généralistes pensent que cet article leur donne le monopole du premier recours. C'est le contraire et le texte le dit clairement, tous les médecins généralistes et spécialistes, tous les professionnels de santé y participent. Les soins de premier recours contiennent l'ensemble des soins. Que l'article 14 définisse les missions du médecin généraliste de premier recours n'y change rien. Je donnerai donc un avis défavorable aux amendements tendant à énumérer des professions ou des modes d'exercice devant être inclus dans le premier recours : ils y sont tous déjà.

Tout cela étant sans impact sur l'assurance maladie, on peut à la limite se demander à quoi sert cet article. Malgré son caractère déclaratif, il contient à mon sens un apport majeur, la mention de la proximité comme élément de l'accès aux soins. La rédaction de l'article est trop floue pour guider l'organisation des soins sur le territoire ; c'est l'ARS qui y pourvoira, avec le schéma régional. Or nous devons être certains que la qualité ne commandera pas une concentration en quelques grands équipements, au détriment de la proximité. Nous l'avons écrit dans le texte, celle-ci s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours. Aller au-delà rendrait la loi bavarde ou reviendrait à fixer des délais opposables pour la prise en charge, ce qui est irréaliste.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Cet article définit une organisation du système de santé fondée non pas sur l'offre de soins mais sur les besoins. Les différents types de besoins définissent des niveaux de recours pertinents. Les états généraux de l'organisation de la santé ont rappelé l'importance de l'accès à des soins de proximité. Un niveau de soins de premier recours fera l'objet d'une organisation spécifique au niveau du Sros ambulatoire.

Cette offre de soins doit être efficiente et accessible géographiquement et financièrement. Elle doit être organisée en articulant mieux l'ensemble des professionnels de santé, l'hôpital et le médico-social.

L'offre de soins de second recours est par nature plus rare. Son aménagement sur le territoire correspond donc à une réflexion spécifique, également consignée dans le Sros.

Il fallait définir les missions et le rôle particulier de la médecine générale de premier recours, spécialité centrale dans l'organisation des soins de proximité qui pâtit aujourd'hui d'un manque d'attractivité et de reconnaissance. Cette définition servira notamment à la formation spécifique à la médecine générale dont la filière universitaire est en cours de développement.

L'organisation de l'offre de soins de premier recours est un enjeu capital pour les années à venir : le

nombre de médecins par habitants, aujourd'hui le plus élevé de l'OCDE, ne va cesser de baisser. Les Sros devront mettre en place une organisation géographique réfléchie et consensuelle. Je sais que le Sénat, garant de l'aménagement du territoire, ne manquera pas d'idées !

M. le président. – Amendement n°68, présenté par M. Pozzo di Borgo.

Rétablir le I de cet article dans la rédaction suivante :

Les établissements de santé informent par tout moyen les usagers du système de santé ainsi que les professionnels de santé sur leurs activités, leurs organisations et leurs conditions d'accueil, notamment en ce qu'elles permettent l'accès aux soins, dans le respect des règles déontologiques applicables aux praticiens qui y exercent.

Cette information doit être objective, loyale et dépourvue de caractère commercial.

Sont punis de 37 500 euros d'amende tout établissement de santé qui procède à une information sur ses activités et ses conditions d'accueil dans des conditions contraires aux dispositions du précédent alinéa, ainsi que les personnes qui participent à sa réalisation ou à sa diffusion.

Il est procédé, s'il y a lieu, à la suppression ou à l'enlèvement des supports de l'information effectuée ou diffusée dans des conditions irrégulières au regard des dispositions du présent article, aux frais des contrevenants.

M. Yves Pozzo di Borgo. – L'information relative aux établissements de santé et à leurs activités, indispensable tant aux usagers qu'aux professionnels, peut prendre de nombreuses formes. Dans un contexte de concurrence exacerbée, certains établissements n'hésitent pas à recourir à la publicité pour vanter leurs services ou dénigrer leurs concurrents.

Le code de la santé publique limite aujourd'hui l'usage de la publicité au travers des dispositions à caractère déontologique. L'information donnée par l'hôpital public sur les services aux usagers doit se faire dans un cadre sécurisé juridiquement, et porter non seulement sur les caractéristiques hôtelières mais aussi les activités médicales. Dans des grandes villes comme Paris, la méconnaissance du parcours de santé est frappante, notamment chez les patients économiquement défavorisés. Une disposition législative est indispensable pour sanctionner le non-respect des obligations déontologiques.

M. Alain Milon, rapporteur. – La plateforme Platines, lancée le 22 avril, répond à cette exigence d'information et de transparence. Il n'y a pas lieu de prévoir un autre cadre. Le dispositif pénal est particulièrement large. Retrait, sinon rejet.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Outre le site Platines, j'ai pris le 15 avril un arrêté

concernant le livret d'accueil remis aux personnes hospitalisées. Le code de déontologie interdit explicitement la publicité à caractère commercial : l'objectif de M. Pozzo di Borgo est satisfait par la loi, même si celle-ci pourrait sans doute être mieux respectée. Sachez que je suis mobilisée sur le sujet. Retrait ?

M. Yves Pozzo di Borgo. – Dans un monde de communication, ce texte ne prévoit rien pour améliorer l'information des patients. Vous restreignez même les possibilités de communiquer ! Je retire mon amendement, mais ce manque se fera vite ressentir...

L'amendement n°68 est retiré.

ARTICLE L. 1411-11 DU CODE

M. le président. – Amendement n°463, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

À la fin de la première phrase du premier alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 1411-11 du code de la santé publique, remplacer les mots :

et de sécurité

par les mots :

, de sécurité et d'accessibilité aux tarifs opposables

M. François Autain. – Je me réjouis de l'adoption de notre amendement qui précise que la proximité géographique s'apprécie également en termes de distance et de temps de parcours : les montagnards apprécieront.

Le présent amendement a toujours été retoqué. Prenons-nous toutes les mesures nécessaires pour permettre à chacun d'accéder à la médecine de premier recours ?, telle est la question. L'article 14 ne doit pas se contenter d'énoncer des grands principes : il doit aussi prévoir les moyens pour les traduire dans les faits.

Un article de *La Tribune*, dans son édition du 6 juin 2008, relevait qu'alors que les Français s'inquiètent fortement de leur pouvoir d'achat, les dépassements d'honoraires au-delà du tarif opposable constituent un sujet sensible. « Selon les chiffres de l'assurance maladie, les dépassements d'honoraires des spécialistes entre 2004 et 2006 ont encore progressé de 5,4 % par an, en baisse toutefois par rapport à la progression de 11,6 % par an en moyenne enregistrée entre 2000 et 2004 ». Alors que la santé demeure la deuxième inquiétude des Français après le chômage, ces dépassements sont devenus insupportables.

Ce serait bien un paradoxe, dans ce titre II du projet consacré à l'accès de tous à des soins de qualité, que de refuser de remédier à ce qui constitue la première entrave dans l'accès aux soins. Le silence de la loi, dont vous tentez d'habiller votre immobilisme et votre renoncement, serait insoutenable pour nos concitoyens, déjà obligés de faire des choix voire de renoncer à certains soins, d'autant que s'ajoutent aux

frais qu'ils doivent engager les franchises et contributions forfaitaires que vous multipliez.

Pour inciter chacun à prendre ses responsabilités, nous demanderons un scrutin public sur cet amendement.

M. Jean Desessard. – Carrément !

M. Alain Milon, rapporteur. – Défavorable, ainsi que nous nous en sommes déjà longuement expliqués.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Même avis.

A la demande du groupe CRC-SPG, l'amendement n°463 est mis aux voix par scrutin public.

M. le président. – Voici les résultats du scrutin :

| | |
|---|-----|
| Nombre de votants..... | 340 |
| Nombre de suffrages exprimés..... | 340 |
| Majorité absolue des suffrages exprimés | 171 |
| Pour l'adoption | 138 |
| Contre | 202 |

Le Sénat n'a pas adopté.

L'amendement n°1 rectifié ter n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement n°701, présenté par M. Cazeau et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après la deuxième phrase du premier alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 1411-11 du code de la santé publique, insérer une phrase ainsi rédigée :

Le 1^{er} janvier 2011 au plus tard, l'organisation des soins sur le territoire français doit permettre à tout résident de se trouver à moins d'un quart d'heure d'un pôle d'urgences.

M. Claude Bérit-Débat. – L'accès aux soins, qui s'apprécie en termes de distance et de temps, revêt une importance cruciale pour les services d'urgence. Il est inconcevable qu'un citoyen en situation d'urgence ne puisse pas se voir dispenser au plus vite les premiers soins, quand la vie est parfois une question de minutes. L'organisation territoriale telle que la prévoit ce texte ne peut pas ne pas résoudre cette question essentielle. Je suis, avec mon collègue Cazeau, du département de la Dordogne, très rural et l'un des plus grands par sa superficie : ce problème y est fondamental.

Les rapprochements et les coordinations de services d'urgences que vous prévoyez ne doivent pas compromettre, madame la ministre, cet objectif capital.

M. Alain Milon, rapporteur. – Défavorable. Votre amendement revient à inscrire dans la loi un temps opposable : c'est irréaliste.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je me suis largement exprimée sur les raisons

opérationnelles qui m'empêchent de souscrire à une telle proposition. Défavorable.

M. Bernard Cazeau. – Le rapport de M. Bardet, fait au nom de l'Office parlementaire des choix scientifiques et technologiques, indique que parmi les causes principales de mortalité par AVC (accident vasculaire cérébral), figure le retard dans l'accès à un service hospitalier.

M. Jean Desessard. – M. le rapporteur a dit à juste titre que ce serait inscrire dans la loi un droit opposable à la santé. On a bien inscrit dans la loi un droit opposable au logement. Et vous l'avez voté, même s'il a fallu s'y reprendre à deux fois : il n'y a pas de mal à cela si c'est pour arriver à quelque chose de bien. Pourquoi l'a-t-on fait alors que l'on savait fort bien que le nombre de logements ne permettrait pas d'emblée de le concrétiser ? Pour mettre sous pression les services préfectoraux, les collectivités, l'État, et faire progresser plus vite les choses.

Ici, le problème est le même. Nous savons que cela sera difficile, mais c'est un objectif que nous nous fixons, pour se mobiliser. Et j'espère bien même qu'un jour, nous voterons un droit opposable au travail.

M. Paul Blanc. – Cet amendement est totalement irréaliste. Et je fais observer à M. Cazeau que le rapport Bardet, que vous citez, ne mentionne nulle part ce délai d'accès d'un quart d'heure. Il rappelle qu'il faut un diagnostic dans les trois heures pour savoir si l'on a affaire à une hémorragie ou à un embolie, qui doit être traité très vite. Ce temps d'un quart d'heure ne veut rien dire. En zone de montagne, vous mettrez toujours plus : ce ne sera jamais possible.

M. Jean Desessard. – Et les hélicoptères ?

M. Alain Milon, rapporteur. – D'autant que pour un arrêt cardiaque, ce n'est pas un quart d'heure qu'il faudrait, mais trois minutes.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je ne souscris pas à un amendement inopérant parce qu'il propose un critère non recevable, bien que je sois très sensible au thème de la proximité.

Aujourd'hui, 80 % de nos concitoyens résident à moins de vingt minutes d'un service d'urgence ; j'ai décidé de porter ce taux 90 % dans les deux années qui viennent. A cette fin, nous multiplions les services d'urgence, nous créons des Smur et des structures hélicoptérées. Je rénove l'hospitalisation de proximité pour mettre l'accent sur les urgences.

Vous avez souligné à juste titre mon plan très ambitieux « Urgences AVC », qui apporte des moyens supplémentaires aux services d'urgences neuro-vasculaires, dont le nombre s'accroît.

M. Bernard Cazeau. – En attendant de connaître les résultats de cette action, je retire l'amendement.

L'amendement n°701 est retiré.

M. le président. – Amendement n°623 rectifié, présenté par MM. Barbier, Collin, Baylet et Charasse, Mme Escoffier, M. Fortassin, Mme Laborde et MM. Marsin, Mézard, Milhau, de Montesquiou, Plancade, Tropeano et Vall.

I. - Dans la deuxième phrase du premier alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 1411-11 du code de la santé publique, après les mots :

sont organisés

insérer les mots :

en lien avec les professionnels de santé et leurs représentants

II. - En conséquence, dans le texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 1411-12 du code de la santé publique, après les mots :

sont organisés

insérer les mots :

en lien avec les professionnels de santé et leurs représentants

M. Gilbert Barbier. – Le plan des soins de premier recours doit impérativement être élaboré en lien avec les professionnels de santé.

M. Alain Milon, rapporteur. – Toutes les assurances ont déjà été données lorsque nous avons examiné l'article 26.

La commission propose donc le retrait.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je ne conçois pas que l'on puisse organiser les soins de premier recours sans les professionnels de la santé ! Avec les élus locaux, ils seront évidemment à la manœuvre. Ce point a été rappelé lorsque nous avons discuté le titre IV, à propos de l'élaboration du volet ambulatoire du Sros.

Je vous demande de retirer cet amendement, bien que je l'approuve totalement sur le fond.

L'amendement n°623 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°702, présenté par M. Cazeau et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Dans le deuxième alinéa (1°) du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 1411-11 du code de la santé publique, après le mot :

prévention,

insérer les mots :

l'information,

M. Bernard Cazeau. – Il est parfois difficile aux patients de comprendre le jargon des médecins.

M. Alain Milon, rapporteur. – Les médecins doivent délivrer une information compréhensible. La loi du

22 avril 2005 leur en fait l'obligation. Il est inutile d'y revenir.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Cette obligation s'impose à l'ensemble des professionnels de santé. Ne la limitons pas aux soins de premier recours.

Je suis profondément défavorable à cet amendement qui aurait des effets contre-productifs.

L'amendement n°702 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°580 rectifié, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

A la fin du deuxième alinéa (1°) du II de cet article proposé pour l'article L. 1411-11 du code de la santé publique, remplacer le mot :

patients

par le mot :

maladies

M. François Autain. – Peut-on prévenir ou dépister un patient ?

M. Alain Milon, rapporteur. – D'après le *Petit Robert*, le mot « patient » désigne une personne faisant l'objet d'un traitement ou d'un examen médical. Il s'agit bien ici de suivre les patients pour éviter l'altération de leur santé.

Avis défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – « Tout homme bien portant est un malade qui s'ignore ». Plaisanterie à part, l'explication sémantique du rapporteur est pertinente. En effet, une jeune femme subissant un examen gynécologique préalable à une contraception orale n'est pas nécessairement malade. Il s'agit pourtant bien d'une patiente.

M. François Autain. – Bien que nullement convaincu, je retire l'amendement.

L'amendement n°580 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°464, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

I. - Compléter le deuxième alinéa (1°) du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 1411-11 du code de la santé publique par les mots :

, y compris lorsque les maladies ont une origine professionnelle

II. - Compléter le sixième alinéa du même texte par les mots :

, ainsi qu'avec les services de santé au travail

Mme Isabelle Pasquet. – Pour mieux garantir la santé de la population, qui est un enjeu majeur de demain, il faut intégrer les maladies d'origine professionnelle dans les schémas régionaux de prévention. De même, nous préconisons une meilleure

prise en compte par la médecine de ville des pathologies liées au travail. Il faut décloisonner la santé au travail et la santé tout court !

Loin de sous-estimer le rôle des services de santé au travail, nous voulons accroître les moyens dont ils disposent et faire partager leur expertise avec l'ensemble des professionnels de santé.

Le travail contribue à construire la vie, mais aussi trop souvent à la déconstruire.

Notre proposition est d'autant plus importante que l'aspect préventif du plan « Santé au travail 2005-2009 » manque de souffle, particulièrement quant à la réduction des risques professionnels.

Cette précision est particulièrement importante au moment où la révision générale des politiques publiques atteint aussi la santé au travail.

M. Alain Milon, rapporteur. – Les maladies liées au travail sont prises en charge dans les conditions de droit commun. L'amendement est donc satisfait.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – La médecine du travail est associée à la coordination médicale, dans le respect de sa spécificité.

Avis défavorable.

L'amendement n°464 est retiré.

L'amendement n°622 rectifié bis n'est pas soutenu.

M. le président. – Amendement n°703, présenté par M. Cazeau et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Dans le dernier alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 1411-11 du code de la santé publique, après les mots :

sécurité sociale,

insérer les mots :

les infirmières et les infirmiers

M. Claude Bérit-Débat. – Structurer efficacement l'offre de soins de premier recours permettra d'en faire un ensemble cohérent d'activités de prévention, d'activités curatives et palliatives conduites avec la participation des infirmiers.

Ce point est négligé à l'article 14, qui laisse de côté le rôle social des infirmiers libéraux dans certains territoires, alors que les malades soulignent la patience, la chaleur humaine et la proximité caractérisant le travail quotidien de ces professionnels.

En alliant l'accessibilité de l'offre de soins et la continuité de la prise en charge, l'organisation des soins de premier recours place en première ligne les médecins traitants et les infirmiers.

Notre amendement permettrait d'envisager certaines délégations de tâches dans l'organisation des soins de proximité, ce qui rendrait les interventions plus cohérentes. Il aborde aussi la répartition

géographique des professionnels de santé, dont nous avons déjà parlé.

Les infirmières ne sont pas limitées géographiquement dans l'exercice de leur profession. Les soins de premier recours, qui renvoient à des activités préventives, curatives et palliatives, relèvent pleinement de leurs compétences.

M. Alain Milon, rapporteur. – Je rappelle mon intervention sur l'article : tous les professionnels de santé peuvent être de premier recours ; il n'est pas besoin d'en faire la liste. Si le médecin traitant est cité dans cet article, cela ne correspond pas à une profession particulière : il est défini par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 comme le médecin désigné par le patient à sa caisse de sécurité sociale. Avis défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Même avis.

L'amendement n°703 n'est pas adopté.

ARTICLE L. 1411-12 DU CODE

M. le président. – Amendement n°704, présenté par M. Cazeau et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Compléter le texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 1411-12 du code de la santé publique, par un alinéa ainsi rédigé :

« A condition qu'elles soient présentes sur le territoire concerné, sont obligatoirement requises pour servir à pratiquer ces soins les catégories de praticiens spécialistes dont les *compétences* comprennent les spécialités suivantes : l'angiologie, la cancérologie, la cardiologie, la dermatologie, la diabétologie, la gastro-entérologie, la gynécologie-obstétrique, la neurologie, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie, la pneumologie, la rhumatologie, l'urologie, la pédiatrie. »

M. Bernard Cazeau. – Vous dites qu'il ne faut pas tomber dans l'énumération, mais c'est ce que fait cet article ! Autant essayer d'être précis, même si nous pouvons oublier une spécialité. Il est utile d'informer le patient de l'éventail de professionnels à sa disposition afin qu'il puisse trouver chaussure à son pied... (*Sourires*)

M. Jean Desessard. – C'est pointu !

L'amendement n°704, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.

ARTICLE L. 4130-1 DU CODE

L'amendement n°663 n'est pas soutenu.

M. le président. – Amendement identique n°850, présenté par MM. P. Blanc et Laménie.

I. - Dans le premier alinéa du texte proposé par le IV de cet article pour l'article L. 4130-1 du code de la santé publique, remplacer le mot :

généraliste

par le mot :

traitant

II. - En conséquence, procéder à la même substitution dans le texte proposé par le même IV pour l'intitulé du chapitre préliminaire du titre III du livre Ier de la quatrième partie du même code.

M. Paul Blanc. – Cet amendement est identique à l'amendement n°663 déposé par Alain Houpert. Il est utile de préciser qu'il s'agit du médecin traitant car ce dernier n'est pas nécessairement un généraliste.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Cet article a pour objet de donner une définition du médecin généraliste, car celle-ci manque dans le code de la santé publique. Cela est d'autant plus utile que nous créons une filière universitaire de médecine générale. Il ne faut pas confondre médecin généraliste et médecin traitant : cette dernière notion ne correspond pas à une fonction mais à un choix effectué par le malade. Je vous invite donc à retirer votre amendement.

L'amendement n°850 est retiré.

M. le président. – Amendement n°465 rectifié, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Compléter le deuxième alinéa (1°) du texte proposé par le IV de cet article pour l'article L. 4130-1 du code de la santé publique par une phrase ainsi rédigée :

Des modes de rémunération différents de la rémunération à l'acte et des formes d'organisation collective seront prévus pour développer ces missions qui pourront s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;

M. Guy Fischer. – L'article 14 définit les soins de premiers recours, ainsi que la manière dont les médecins généralistes les réalisent. Cette définition s'étend au-delà du périmètre habituel des soins en incluant les missions de prévention, de dépistage et d'éducation à la santé. Il s'agit d'un objectif ambitieux car notre système de protection sociale pêche justement par un manque de prévention.

Nous considérons que l'évolution de la médecine générale doit également concerner les modes de rémunération des médecins. D'après un sondage du *Quotidien du médecin* du 13 mars 2008, 44 % des médecins libéraux seraient favorables à l'expérimentation d'une rémunération autre que celle à l'acte, déjà initiée par des pays européens tels que l'Angleterre ou la Suède. Les médecins généralistes seraient rémunérés en fonction du nombre de patients inscrits dans leur cabinet et le tout serait financé par une enveloppe globale et par des points supplémentaires liés à des objectifs de santé. Autrement dit, mieux vous soignez vos patients, plus

vous êtes rémunérés. Les médecins généralistes anglais ont la plus importante rémunération d'Europe : si le modèle anglais suppose un parcours de soins très contraignant, il doit tout de même nous interroger.

Les mesures prises en amont par le professionnel de santé permettent d'éviter la survenue de maladies, et donc de réduire le nombre d'actes réalisés par les médecins. Il serait donc judicieux de prévoir une rémunération particulière tenant compte de ces nouvelles missions. Afin d'associer pleinement à cette réforme ses principaux acteurs, les médecins généralistes, nous proposons un mode de rémunération complémentaire qui ne les pénalise pas. Celui-ci pourra être utilisé au sein d'organisations collectives pluri-professionnelles comme les maisons ou les centres de santé.

M. Alain Milon, rapporteur. – La logique de l'article 14 est fonctionnelle, non financière. Le mode de financement sera clarifié par un amendement ultérieur présenté par Jean-Marc Juilhard. Retrait ou avis défavorable.

M. Jean Desessard. – Ou report !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je suis attachée aux modes de rémunération alternatifs car ils sont liés aux politiques de prévention, de santé publique, d'éducation à la santé, etc., dont les médecins de la nouvelle génération -et moins les anciens- sont demandeurs. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a prévu jusqu'au 1^{er} janvier 2013 l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération des professionnels et de financement des centres et des maisons de santé.

Ces expérimentations ont débuté sur la base d'un appel à projets lancé par les missions régionales de santé auprès de professionnels répondant à certains critères. Le comité de pilotage associe le ministère de la santé, le Haut-commissariat aux solidarités actives, les caisses d'assurance maladie, les représentants de professionnels libéraux et des centres de santé, et des personnalités qualifiées. Les missions rencontrent les sites afin de déterminer quel modèle économique expérimenter. Les organismes complémentaires sont sollicités pour participer au financement.

Un module sera mis en œuvre dès le troisième trimestre 2009 : il consiste à verser un forfait pour l'activité coordonnée en fonction d'objectifs de santé publique et d'efficience. Un autre module portera sur l'éducation thérapeutique. Dans un deuxième temps, d'autres modes de rémunération seront expérimentés. Dans un troisième temps, sera testé un forfait à la pathologie.

Ce traitement volontariste ouvre des voies prometteuses, et je le poursuivrai avec détermination. Votre amendement est satisfait : vous pouvez le retirer.

M. Guy Fischer. – Je vous remercie pour cette réponse complète et précise à un amendement auquel nous sommes très attachés. J'ai moi aussi mené une expérimentation, dans ma ville, pour le traitement des affections de longue durée : on s'aperçoit qu'il s'agit souvent d'une brève consultation suivie d'une ordonnance de routine, et ce pendant des années.

Cela peut se reproduire pendant des années. Or les quartiers populaires connaissent aujourd'hui de graves problèmes d'accès aux soins et de qualité des soins. Les syndicats de médecins conviennent qu'il est urgent d'agir.

L'amendement n°465 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°706 rectifié, présenté par M. Cazeau et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Au début du 2° du texte proposé par le IV de cet article pour l'article L. 4130-1 du code de la santé publique, ajouter le mot :

informer,

M. Bernard Cazeau. – En raison d'une erreur de rédaction et compte tenu des explications qui nous ont été fournies, je retire l'amendement.

L'amendement n°706 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°198, présenté par MM. Leclerc, Dériot, P. Blanc, Vasselle, Laménie et Barbier.

Rédiger comme suit le quatrième alinéa (3°) du texte proposé par le IV de cet article pour l'article L. 4130-1 du code de la santé publique :

« 3° S'assurer que la coordination des soins nécessaire à ses patients est effective ;

M. Dominique Leclerc. – Cet amendement tend à rétablir la version initiale du texte qui confie au médecin généraliste de premier recours la tâche de vérifier que la coordination des soins nécessaire à ses patients est effective, sans exclure l'intervention d'autres professionnels de santé.

L'amendement n°363 n'est pas soutenu.

M. Alain Milon, rapporteur. – Je le reprends.

M. le président. – Amendement n°363 rectifié de M. Juilhard repris par M. Milon au nom de la commission des affaires sociales.

Au quatrième alinéa (3°) du texte proposé par le IV de cet article pour l'article L. 4130-1 du code de la santé publique, remplacer le mot :

Assurer

par les mots :

S'assurer de

M. Alain Milon, rapporteur. – Cet amendement tient compte de la distinction entre le médecin

généraliste de premier recours et le médecin traitant. C'est pourquoi je propose à M. Leclerc de retirer son amendement.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je suis tout à fait favorable aux deux amendements, mais le deuxième me paraît un tout petit peu mieux rédigé (*sourires*) : c'est pourquoi je sollicite le retrait du premier.

L'amendement n°198 est retiré.

L'amendement n°363 rectifié est adopté.

M. le président. – Amendement n°707, présenté par M. Cazeau et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Dans le 4° du texte proposé par le IV de cet article pour l'article L. 4130-1 du code de la santé publique, remplacer le mot :

application

par le mot :

adaptation

M. Claude Bérit-Débat. – Le rôle du généraliste est d'adapter les protocoles à chaque patient plutôt que de les appliquer à la lettre, car les pathologies ne sont pas standardisées. L'indépendance professionnelle, principe essentiel de la morale médicale, fonde à la fois la responsabilité des médecins et la confiance des patients. Ceux-ci doivent avoir l'assurance que leur médecin n'est tenu par aucune autre obligation que celle de les soigner ; il est périlleux de le soumettre à des contraintes économiques ou juridiques. Ne copions pas le modèle américain, où les médecins sont tenus par des protocoles très stricts qui les entravent dans leur travail.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable : l'application d'un protocole suppose son adaptation au patient. Ne laissons pas penser que les généralistes peuvent se dispenser des règles d'une bonne pratique.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Avis défavorable pour les mêmes raisons, et parce que l'amendement met dangereusement en cause la notion même de protocole.

L'amendement n°707 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°1225, présenté par le Gouvernement.

Au début du 5° du texte proposé par le IV de cet article pour l'article L. 4130-1 du code de la santé publique, remplacer le mot :

Assurer

par les mots :

S'assurer de

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Il s'agit d'un amendement de coordination qui tend à

préciser que l'une des missions du médecin généraliste de premier recours est de s'assurer de l'effectivité de la coordination des soins nécessaire à un patient, sans devoir nécessairement s'en charger lui-même.

L'amendement n°1225, accepté par la commission, est adopté.

M. le président. – Amendement n°216, présenté par Mme Dini et les membres du groupe UC.

Compléter le dernier alinéa (8°) du texte proposé par le IV de cet article pour l'article L. 4130-1 du code de la santé publique par les mots :

, en particulier dans le cadre des structures visées à l'article L. 6323-3

M. Jean Boyer. – Nous proposons que les maisons de santé puissent participer à la mission d'accueil et de formation des stagiaires de deuxième et de troisième cycles d'études médicales confiée au médecin généraliste de premier recours. Ces structures, plébiscitées par les médecins en exercice et les étudiants, permettent d'améliorer la prise en charge des malades grâce au regroupement de professionnels médicaux et paramédicaux, et d'adoucir les conditions de travail des médecins en limitant les contraintes liées à la continuité des soins. En outre, les médecins installés peuvent ainsi trouver plus facilement des remplaçants et envisager une cessation progressive d'activité.

Le développement des maisons de santé est conforme à l'évolution de la sociologie médicale : les jeunes médecins tiennent à préserver leurs conditions de vie familiale et professionnelle. L'attractivité de la médecine générale de premier recours s'en trouve ainsi renforcée, notamment dans les zones sous dotées où la plupart de ces établissements sont implantés.

M. Jean Desessard. – Bravo !

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable, pour une raison simple : c'est le médecin qui accueille les stagiaires, non la structure.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – M. le rapporteur a raison. D'ailleurs, pourquoi privilégier les maisons de santé au détriment des centres et des pôles de santé ?

M. Jean Boyer. – L'argumentation de M. le rapporteur est subtile mais concrète, et je retire l'amendement.

L'amendement n°216 est retiré.

ARTICLE ADDITIONNEL DU CODE

M. le président. – Amendement n°708, présenté par M. Desessard et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après le texte proposé par le IV de cet article pour l'article L. 4130-1 du code de la santé publique, ajouter un article additionnel ainsi rédigé :

« Art. L. ... - Le médecin généraliste de premier recours peut également participer à la permanence et à la coordination des soins par :

« 1° Des consultations délocalisées en maison médicale ou en maison de santé, dont l'implantation doit s'appuyer sur les établissements de santé publics de proximité, lorsqu'ils existent, et en concertation avec les collectivités locales concernées ;

« 2° Des consultations dans le cadre d'une hospitalisation à domicile ;

« 3° Des consultations en cabinet partagé avec d'autres professionnels de santé, notamment des médecins spécialistes. »

M. Jean Desessard. – Je rejoins M. Boyer : il faut permettre aux médecins généralistes de travailler en commun et de s'épanouir dans leur vie professionnelle et personnelle. L'article 14 présente les missions des médecins généralistes de premier recours, dont le rôle est fondamental dans l'aménagement sanitaire du territoire régional. Leur spécialité se voit ici reconnue, mais il importe d'institutionnaliser les moyens dont ils peuvent disposer.

Si l'on veut faire de la médecine générale la pierre angulaire du système de santé, il faut s'attaquer au problème de l'isolement des médecins, très bien décrit par M. Boyer, par le biais d'incitations à l'implantation et au maintien dans les zones sous dotées et notamment dans les zones rurales. C'est l'objectif principal de la création des maisons médicales, maisons de santé et autres centres de santé. Les hôpitaux locaux pourraient exercer dans ce domaine une fonction de support. Les contraintes des médecins s'en trouveront allégées et la coordination des soins renforcée.

M. Alain Milon, rapporteur. – Ces précisions me paraissent inutiles. La collaboration pour les soins de premier recours est déjà prévue par l'article L. 1411-11, et les consultations dans le cadre de l'hospitalisation à domicile par l'article L. 4130-1. Évitions les énumérations nécessairement incomplètes.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je partage les objectifs de M. Desessard, mais les précisions apportées par son amendement me semblent superflues. Avis défavorable.

L'amendement n°708 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°709, présenté par M. Cazeau et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après le texte proposé par le IV de cet article pour l'article L. 4130-1 du code de la santé publique, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

« Art. L. ... - L'infirmière de premier recours exerce sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. Ses missions sont les suivantes :

« 1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire en assurant, pour ses patients, les soins infirmiers, la prévention, l'information, le dépistage, la mise en œuvre des traitements et le suivi de pathologie ainsi que l'éducation pour la santé et à l'action thérapeutique, en coopération avec le médecin généraliste de premier recours et les autres professionnels de santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux et dans les cabinets libéraux ;

« 2° Contribuer à l'information et à l'orientation des patients, selon l'évaluation de leur situation clinique et de leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;

« 3° Evaluer la situation clinique des patients et identifier leurs besoins en soins médicaux et médico-sociaux ;

« 4° Participer de façon effective à la coordination des soins nécessaires à ses patients ;

« 5° Participer à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;

« 6° Assurer la transmission et la traçabilité des informations relatives au suivi des patients en collaboration avec les différents professionnels de santé ;

« 7° Contribuer aux actions de prévention, de dépistage et d'éducation thérapeutique ;

« 8° Assurer la continuité des soins. »

M. Bernard Cazeau. – Cet amendement, qui prolonge le n°702, tend à développer les coopérations entre professionnels de santé, dont les états généraux de l'organisation de la santé ont montré la nécessité, en valorisant la profession d'infirmière. De fait, compte tenu de la démographie médicale, le binôme médecin-infirmier, véritable socle des soins de premier recours, permettra de mieux suivre les pathologies chroniques alors que les durées de séjour en hôpital diminuent. Nous proposons donc de préciser les missions des infirmiers libéraux sur le modèle des dispositions prévues pour les médecins généralistes, ce qui est logique compte tenu de la part active que ceux-ci prennent dans les établissements et services appelés à participer aux coopérations organisées par les ARS.

M. Alain Milon, rapporteur. – S'il est évident que les infirmiers participent des soins de premier recours, il ne paraît pas utile de l'inscrire dans la loi, à moins d'en faire de même pour toutes les professions médicales. L'avis est donc défavorable, ce qui ne remet nullement en cause la qualité et le dévouement

des professionnels de santé sur tout le territoire national.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Même avis.

L'amendement n°709 n'est pas adopté.

V (NOUVEAU) DU CODE

M. le président. – Amendement n°1227, présenté par le Gouvernement.

Supprimer le V de cet article.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Cet amendement concerne le principe du médecin traitant. Tout d'abord, vous savez mon attachement à l'accès direct à certaines spécialités, notamment la gynécologie, l'ophtalmologie ou encore la psychiatrie et la neuropsychiatrie. Inutile de l'inscrire dans la loi quand il est parfaitement garanti par décret. Cela enlèverait de la souplesse au dispositif sans apporter de plus-value, respectons la hiérarchie des normes.

Ensuite, le parcours de soins coordonné a amélioré la coordination et la qualité des soins tout en respectant la liberté de nos concitoyens de ne pas déclarer de médecin traitant. En commission, j'ai entendu dire que les personnes qui n'ont pas déclaré de médecin ne sont pas remboursées.

Mme Catherine Procaccia. – C'est vrai ! Je l'ai vérifié !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Non, tous les assurés sont remboursés, mais pas de la même façon. Ceux qui n'ont pas déclaré de médecin traitant sont redevables de la majoration du ticket modérateur.

Mme Isabelle Debré. – Ce qui est tout à fait normal...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Compte tenu de l'impact positif du parcours de soins coordonné sur la santé publique, nous avons voulu un mécanisme incitatif fort. Au reste, j'aurais pu recourir à l'article 40, mais j'ai préféré que le débat se poursuive en commission et en séance publique pour vous convaincre de son utilité.

M. Alain Milon, rapporteur. – Le Gouvernement revient sur un amendement adopté par la commission. Il ne s'agissait nullement de revenir sur le principe de la déclaration du médecin traitant pour bénéficier du remboursement intégral. Au bénéfice de vos explications, sagesse.

M. Gérard Dériot, vice-président de la commission des affaires sociales. – Depuis la création du parcours de soins, certaines spécialités comme la gynécologie, sont d'accès direct. Autrement dit, les patients peuvent s'y rendre directement sans passer par le médecin traitant et être intégralement remboursés en fonction du ticket modérateur fixé par leur caisse d'assurance maladie. Mais, dans la pratique, les caisses, lorsque

l'assuré n'a pas déclaré de médecin traitant, appliquent une majoration. (*Mme Isabelle Debré et Mme Catherine Procaccia approuvent de même que M. François Autain*) Ce n'est pas normal ! Ces spécialités étant hors parcours de soins, la désignation d'un médecin traitant n'est pas obligatoire pour obtenir le remboursement intégral. Les caisses d'assurance maladie ont signé un engagement écrit concernant la désignation du médecin traitant, d'où notre volonté de préciser la situation dans la loi. Je rappelle qu'après l'instauration du parcours de soins, les jeunes médecins ne pouvant plus s'installer faute de clientèle, votre prédécesseur a décidé un moratoire de cinq ans dont les caisses se sont bien gardées de faire la publicité. Elles n'ont pas que des qualités !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Précisons bien la situation. Tout d'abord, les difficultés d'installation des jeunes médecins du fait de la clientèle captive ont été réglées : avec le moratoire, durant cinq ans, le système ne s'applique pas et un patient peut consulter le médecin et obtenir le remboursement du tarif maximal. Ensuite, il est simple de changer à tout moment de médecin traitant en le signalant à sa caisse. Une personne qui veut consulter un spécialiste d'accès direct, et qui a désigné un médecin traitant, peut s'y rendre directement et être remboursée au tarif maximal. Enfin, les caisses appliquent une majoration du ticket modérateur lorsque les assurés n'ont pas déclaré de médecin traitant. Cette incitation financière ne met pas en question le principe de libre choix du médecin. Pour autant, je reconnais que les caisses n'ont peut-être pas communiqué suffisamment, j'y veillerai donc.

M. Gérard Dériot, vice-président de la commission. – Soit. Mais les caisses appliquent une majoration du ticket modérateur aux personnes qui n'ont pas désigné de médecin traitant, y compris sur les consultations de spécialistes d'accès direct...

Mme Isabelle Debré. – Elles ont mal interprété la loi !

M. Gérard Dériot, vice-président de la commission. – C'est là que le bât blesse. Après plusieurs années d'existence du parcours de soins, la question peut paraître superflue, mais elle a le mérite de soulever le problème de la mauvaise interprétation de la loi. Les assurés ont sans doute presque tous déclaré un médecin traitant, mais reste que la majoration du ticket modérateur est contraire au principe des spécialités d'accès direct.

M. Gilbert Barbier. – Madame la ministre, il y a là un véritable problème. Dans l'objet de votre amendement, vous faites référence aux conditions fixées par voie réglementaire.

Une femme consulte un gynécologue, qui diagnostique une petite tumeur et prescrit une biopsie : la patiente sera-t-elle remboursée au taux maximum ou minimum ? C'est encore le petit accident de la vie quotidienne qui impose une visite chez

l'ophtalmologiste ; faut-il passer par le médecin traitant pour être remboursé au tarif maximum ? Des caisses rigoureuses pourraient contester son application. Des personnes âgées, comme celles que je reçois dans ma permanence, se considèrent liées jusqu'à la fin de leurs jours par la désignation du médecin traitant. Peut-on en changer tous les huit ou tous les quinze jours ? Comment procéder pendant les vacances de son praticien ? Les propos très rassurants que vous tenez ne correspondent pas à l'expérience quotidienne. Il faut que la loi apporte des précisions et non qu'on supprime le V de l'article.

Mme Catherine Procaccia. – Je remercie M. Dériot de s'être fait le porte-parole des inquiétudes qui se sont exprimées devant les difficultés que soulève l'attitude de certaines caisses. La jeune fille, l'étudiante qui consulte un gynécologue, n'a pas toujours de médecin traitant, elle ne se voit rembourser ni la visite ni les ordonnances, ce qui pose un vrai problème en termes de prévention. Bien sûr, la quasi-totalité des Français...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – 87 % !

Mme Catherine Procaccia. – ...a désigné un médecin traitant, mais il faut que la loi que nous allons voter fasse respecter l'esprit de la loi qui avait été votée avant que je devienne sénateur. Je ne vois pas en quoi la rédaction que nous proposons pose problème.

M. Alain Vasselle. – Rapporteur de la réforme de l'assurance maladie, je me rappelle de longues discussions avec M. Bertrand, pour le compte de M. Douste-Blazy. Nous avons prévu une exception pour certaines spécialités, que le texte ne modifie pas. La loi n'exigeait pas la désignation d'un médecin traitant pour l'application du tarif maximum aux consultations des spécialistes en accès direct. Vous nous dites que cela reste possible pour certaines pathologies, mais comment la jeune fille qui va voir un gynécologue sait-elle si son ordonnance restera dans ce cadre ? La rédaction de la commission réglait la question. Il est plus sage d'en rester au texte de la commission plutôt que d'accroître la complexité du dispositif. Cela ne donne pas un signal négatif parce que l'on ne remet pas en cause le système du médecin traitant et du parcours de santé auquel nous tenons.

M. François Autain. – L'article a fait l'objet d'une élaboration très démocratique et sa clarté me donne satisfaction. Beaucoup de caisses ne remboursent pas des consultations au motif que l'assuré n'avait pas désigné de médecin traitant. Cependant, la situation n'est pas homogène et j'ai pu constater qu'il suffisait parfois de le nommer. La législation n'est pas correctement appliquée et, pour toutes ces raisons, le V doit être maintenu ; mon groupe votera contre l'amendement du Gouvernement.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Le dispositif issu de la loi de 2004 et du décret de novembre 2005 n'est pas changé : la définition des spécialités et des prescriptions remboursées reste la même. Je souhaite simplement respecter la hiérarchie des normes et que cela relève du règlement. Vous trouvez cela au niveau du décret et il suffit de comparer les textes pour voir qu'il n'y a pas de limitation.

C'est peut-être une lacune, mais on peut changer de médecin traitant tous les jours...

M. Gilbert Barbier. – L'information ne circule pas.

M. Guy Fischer. – Qui le fait ? Ce n'est pas sérieux !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – On peut s'exonérer de la désignation du médecin traitant en cas d'urgence ; il suffit que le médecin le signale aux caisses ; la procédure marche très bien.

Le gynécologue peut demander à la jeune fille si elle a un médecin traitant et lui proposer de le devenir. (*Exclamations à gauche*)

M. Gilbert Barbier. – Le démarchage est interdit.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – C'est une information.

Je ne dis pas que le parcours de soins est simple comme bonjour et ne cause aucune difficulté : mais il faut considérer les bénéficiaires induits ! Monsieur Autain, vous avez plaidé pour le médecin référent...

M. François Autain. – Absolument.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – ...et vous avez vu dans le médecin traitant une version *light* du référent.

M. François Autain. – Nous ne l'avons pas formulé ainsi.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Considérez à présent le gain pour la santé publique !

Mme Isabelle Debré. – Dans la pratique, les médecins traitants sont des généralistes. En quoi cela vous dérange-t-il de l'écrire dans la loi ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Cela ne me dérange pas, mais il faudra trouver un véhicule législatif chaque fois que l'on voudra modifier la moindre chose, ajouter un type d'actes, affiner les modalités d'accès aux spécialistes... Conservons un pilotage souple !

M. Jean Desessard. – Mme la ministre invoque la possibilité de changer de médecin traitant à chaque consultation. De gynécologue en ophtalmologue, c'est le parcours du médecin traitant ! Il me paraît bien éloigné de l'idée du parcours de soins, dans lequel un professionnel de référence assure le suivi de l'ensemble. En outre, l'argument selon lequel on peut

payer moins cher en changeant de médecin traitant à chaque consultation me semble bien peu rigoureux.

M. Gérard Dériot, vice-président de la commission. – Peut-être Mme la ministre pourrait-elle donner aux caisses des directives précisant les conditions d'accès aux spécialistes hors médecin traitant ? Quant à la désignation des spécialistes, elle figure déjà dans le code.

Mme Catherine Procaccia. – Mais dans une rédaction ambiguë.

M. Guy Fischer. – Nous sommes très attachés à la rédaction de la commission.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Qui contredit tout ce en quoi vous croyez ! (*M. Guy Fischer le conteste*) Je veux bien donner des instructions aux caisses, pour préciser qu'il n'est pas nécessaire d'avoir désigné un médecin traitant avant la première visite à un spécialiste d'accès direct. Lors de cette visite, le spécialiste incite le patient à choisir un médecin traitant. C'est une occasion formidable de promouvoir le parcours de soins.

Mme Isabelle Debré. – Sur ce point, nous sommes d'accord !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – La première visite est une occasion de promouvoir le parcours de soins.

L'amendement n°1227 n'est pas adopté.

PARAGRAPHE ADDITIONNEL

M. le président. – Amendement n°710, présenté par M. Mirassou et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - Au début du titre IV du livre Ier de la quatrième partie du même code, il est inséré un chapitre préliminaire ainsi rédigé :

« Chapitre préliminaire

« Chirurgien-dentiste de premier recours

« Art L. 4140-1. - Les missions du chirurgien-dentiste de premier recours sont notamment les suivantes :

« 1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoires, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médicaux-sociaux ;

« 2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;

« 3° Assurer la coordination des soins nécessaires à ses patients ;

« 4° Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des

soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;

« 5° Assurer la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;

« 6° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;

« 7° Participer à la permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1 ;

« 8° Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales. »

M. Bernard Cazeau. – Les chirurgiens-dentistes ont toute leur place dans la médecine de premier recours, au même titre que les médecins ou les pharmaciens.

M. Alain Milon, rapporteur. – Et voilà la liste ! Après le généraliste de premier recours et l'infirmière de premier recours, voici les chirurgiens-dentistes de premier recours ; et bientôt, les gynécologues de premier recours, les ophtalmologues de premier recours, les psychiatres de premier recours... Défavorable.

L'amendement n°710, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.

M. Alain Vasselle. – Il y a une quinzaine d'années, une réforme a créé la spécialité de médecine générale, mais les honoraires de base n'ont jamais été alignés sur ceux des autres spécialistes : Il y a eu blocage. La Cnam attendait manifestement que le Gouvernement prenne l'initiative. Ne croyez-vous pas qu'il serait temps, pour booster les vocations, de reconnaître cette spécialité ? On manque cruellement de généralistes ! Où en est-on ? Faudra-t-il attendre d'autres décisions de justice comme celle de Grenoble, dont Mme la ministre estime qu'elle n'a pas vocation à être étendue à l'ensemble du territoire ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – La définition d'une spécialité est une reconnaissance de qualification, elle n'emporte pas l'obligation d'une hausse de la rémunération. Quant au C à 23 euros, la décision de Grenoble, je le répète, ne concerne que la personne qui a été en justice. Si un médecin applique la majoration de 23 euros en l'absence d'un accord conventionnel, il expose son patient à n'être pas du tout remboursé de la consultation.

L'augmentation du C à 23 euros a été provisionnée dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 ; le futur rapporteur général de la loi de financement ne l'ignore certainement pas... (*Sourires*) Je souhaitais pour ma part des avancées substantielles en matière de dépassements d'honoraires et de démographie médicale. Ceux de nos concitoyens qui ont des problèmes d'accès aux soins et qui aujourd'hui subissent aussi de plein fouet

la crise économique ne comprendraient pas un renchérissement de la consultation alors que les rémunérations des médecins ont augmenté de 4 % ces dernières années.

J'ai dit aux représentants des professions médicales que la balle était dans leur camp, et l'argent dans la loi de financement de la sécurité sociale !

M. Alain Vasselle. – C'est clair, merci !

L'article 14, modifié, est adopté.

Article 14 bis A

Après le dernier alinéa de l'article L. 1111-2 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le médecin en charge d'une personne hospitalisée doit s'enquérir auprès d'elle de l'identité des professionnels de santé auxquels elle souhaite que soient transmises les informations utiles à la continuité de sa prise en charge à l'issue de son hospitalisation. »

M. le président. – Amendement n°236 rectifié *ter*, présenté par MM. Vasselle, P. Blanc, Gilles et Gournac.

Rédiger comme suit cet article :

L'article L. 1111-2 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie. A l'issue de son hospitalisation, le médecin qui l'a pris en charge lui remet un document faisant apparaître la synthèse des actes conduits durant son séjour. »

M. Alain Vasselle. – Nous en sommes à notre quatrième rédaction, après en avoir longuement débattu en commission. L'objectif est d'assurer la coordination des soins entre établissements de santé et médecine de ville.

M. Dominique Leclerc. – Très bien.

M. Alain Vasselle. – C'est une nouvelle étape dans la logique amorcée par la réforme de l'assurance maladie.

M. Alain Milon, rapporteur. – C'est une précision utile : avis favorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Nous sommes d'accord sur le fond, mais votre amendement est pleinement satisfait par l'article L. 1112-1 du code de la santé publique. Retrait ?

M. Alain Vasselle. – Les textes en vigueur conditionnent la remise des documents à la demande du patient. Mon amendement va un peu plus loin, et allège la procédure. Je souhaite qu'il soit mis aux voix ; nous pourrions en améliorer la rédaction en commission mixte paritaire si nécessaire.

M. Paul Blanc. – Soyons pragmatiques. Les malades quittent souvent l'hôpital le vendredi ; ils peuvent avoir besoin de soins dès le lendemain, et devoir faire appel à un médecin d'urgence. Ce dernier doit disposer des informations nécessaires au traitement !

M. Gilbert Barbier. – Pour ma part, je suis réservé sur cette rédaction. La découverte de leur maladie peut poser problème à certains patients. Difficile d'imaginer qu'une secrétaire leur remette un document dans lequel ils apprendraient qu'ils souffrent d'un cancer ! Il faut agir avec tact. Cette concertation ne peut se faire qu'entre médecins. La majorité des patients demandent à être préparés à l'annonce de maladies graves.

M. Dominique Leclerc. – A leur sortie de l'hôpital, les patients sont souvent en plein désarroi, *a fortiori* s'ils ne bénéficient pas d'un soutien familial ou associatif. Il est indispensable de disposer de tous les éléments pour garantir la sécurité et la continuité du traitement.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Pour l'information du malade, rien ne remplace le colloque singulier.

La proposition de M. Vasselle ne me semble guère opérationnelle : il faudrait plusieurs jours et un travail administratif considérable pour élaborer un document « faisant apparaître la synthèse des actes conduits durant son séjour », à la fois suffisamment explicite pour les professionnels et compréhensible pour le malade.

La volonté exprimée par M. Vasselle sera pleinement satisfaite avec le déploiement du dossier médical personnel (DMP). (*M. Alain Vasselle approuve*) Je m'y emploie : c'est pour 2010.

M. Alain Milon, rapporteur. – Nous pourrions nous mettre d'accord si M. Vasselle acceptait de supprimer la dernière phrase de son amendement.

M. Alain Vasselle. – Le Gouvernement a compris mon objectif : assurer la continuité des soins. Je conçois que mon amendement puisse poser des difficultés pratiques, et j'ai bien entendu les objections de M. Barbier. J'accepte de retirer la dernière phrase : la navette sera l'occasion de nous rapprocher du Gouvernement et d'améliorer la rédaction -dans l'attente de la mise en œuvre du DMP, qui règlera le problème.

Je vous fais confiance, mais l'inertie de votre ministère est telle que l'on se demande si ce n'est pas vous rendre service que d'adopter certaines dispositions par voie législative, en attendant le décret. La maîtrise médicalisée attend depuis 2004 son décret d'application.

M. le président. – Ce sera donc l'amendement n°236 rectifié *quater*.

M. Bernard Cazeau. – Je ne voterai pas cet amendement. La seule phrase qui en faisait la force a sauté. Quand un malade sort, bien souvent le vendredi soir, la transmission est toujours assurée vers le médecin traitant ou le médecin de garde. C'est une obligation, que l'on retrouve dans le texte sous le nom de coordination des soins.

L'amendement n°236 rectifié quater est adopté.

L'article 14 bis A, modifié, est adopté.

Article 14 bis

(Texte modifié par la commission)

Après le chapitre I^{er} du titre II du livre II de la quatrième partie du code de la santé publique, il est inséré un chapitre additionnel ainsi rédigé :

« CHAPITRE I^{ER} BIS

« Pharmacien d'officine

« Art. L. 4211-1-1. - *Dans les conditions définies par le présent code, les pharmaciens d'officine et mutualistes :*

« 1° *Contribuent aux soins de premier recours ;*

« 2° *Participent à la coopération entre professionnels de santé ;*

« 3° *Participent au service public de la permanence des soins ;*

« 4° *Concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé ;*

« 5° *Peuvent participer aux programmes d'éducation thérapeutique du patient ainsi qu'aux actions définies aux articles L. 1161-1 à L. 1161-5 ;*

« 6° *Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ayant souscrit la convention pluriannuelle visée au I de l'article L. 313-12 du même code qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur ;*

« 7° *Peuvent dispenser, lorsque la durée de validité d'une ordonnance renouvelable est expirée et en l'absence d'opposition du prescripteur figurant sur l'ordonnance, les médicaments nécessaires à la poursuite du traitement d'une maladie chronique, dans le cadre de la posologie initialement prévue ;*

« 8° *Peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes ;*

« *Les pharmaciens ayant reçu une formation spécifique peuvent délivrer, pour trois mois et sans renouvellement possible, une contraception oestroprogestative aux femmes de moins de trente-cinq ans, dans des conditions définies par voie réglementaire.*

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application des 7° et 8°. »

M. le président. – Amendement n°144 rectifié quater, présenté par MM. Leclerc, J. Blanc, de Montgolfier, Dériot, Laménie et Vasselle.

Rédiger comme suit cet article :

Le chapitre V du titre II du livre I^{er} de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'intitulé est ainsi rédigé : « Pharmacie d'officine » ;

2° Après l'article L. 5125-1, il est inséré un article L. 5125-1-1A ainsi rédigé :

« Art. L. 5125-1-1A. - Dans les conditions définies par le présent code, les pharmaciens d'officine :

« 1° *Contribuent aux soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 ;*

« 2° *Participent à la coopération entre professionnels de santé ;*

« 3° *Participent à la mission de service public de la permanence des soins ;*

« 4° *Concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé ;*

« 5° *Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients définies aux articles L. 1161-1 à L. 1161-5 ;*

« 6° *Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles ayant souscrit la convention pluriannuelle visée au I de l'article L. 313-12 du même code qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur ;*

« 7° *Peuvent, dans le cadre des coopérations prévues par l'article L. 4011-1, être désignés par le patient comme relais du médecin prescripteur. A ce titre, ils peuvent, à la demande ou avec l'accord de ce médecin, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie, et effectuer des bilans de médicaments destinés à en optimiser les effets ;*

« 8° *Peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.*

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application des 7° et 8°. »

M. Dominique Leclerc. – Nous rectifions le texte de la commission sur deux points techniques. D'une part, l'article créé a mieux sa place dans les dispositions du code qui détaillent les activités des différentes branches de la profession, d'autre part, les pharmacies mutualistes sont, selon la jurisprudence constante du Conseil d'État, des officines de droit commun, hormis pour leur propriété, leur création et les patients desservis. Le nouvel article s'appliquera

donc à elles de plein droit. Les citer spécifiquement ici jetterait, *a contrario*, un doute fâcheux sur le principe selon lequel tous les autres articles du code qui traitent de l'activité des officines s'appliquent à elles de la même façon.

En outre, les pharmaciens pourront, dans un cadre très précis, jouer un rôle de relais pour le suivi et l'ajustement optimal des traitements médicamenteux.

M. le président. – M. Milon m'a indiqué qu'il reprenait, en l'absence de M. About, ses deux sous-amendements n°278 rectifié et n°1350 et son amendement n°277.

Sous-amendement n°278 rectifié *bis* à l'amendement n°144 rectifié de M. Leclerc, présenté par M. Milon, au nom de la commission.

Rédiger comme suit le huitième alinéa (7°) du texte proposé par le 2° de l'amendement n° 144 rectifié *ter* pour l'article L. 5125-1-1A du code de la santé publique :

« 7° Peuvent, dans le cadre des coopérations prévues par l'article L. 4011-1, être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient. A ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médicaments destinés à en optimiser les effets ;

M. Alain Milon, rapporteur. – Permettre aux pharmaciens d'officine d'être désignés par le patient comme correspondants au sein de l'équipe de soins est de nature à favoriser la bonne mise en œuvre des traitements.

M. le président. – Sous-amendement n°1350 rectifié à l'amendement n°144 rectifié de M. Leclerc, présenté par M. Milon, au nom de la commission.

Remplacer le dernier alinéa du texte proposé par l'amendement n° 144 rectifié *quater* par deux alinéas ainsi rédigés :

« 9° Peuvent délivrer, après avoir reçu une formation spécifique, pour trois mois et sans renouvellement possible, une contraception oestroprogestative aux femmes de plus de quinze ans et de moins de trente-cinq ans.

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application des 7°, 8° et 9°. »

M. Alain Milon, rapporteur. – L'amendement 144 rectifié *quater* supprime une partie du texte précédemment adopté par la commission des affaires sociales, qui permettait aux pharmaciens, après due formation, la délivrance ponctuelle d'une pilule contraceptive. Il est proposé de le rétablir.

M. le président. – Amendement n°277 rectifié, présenté par M. Milon, au nom de la commission.

Dans le premier alinéa du texte pour par cet article pour l'article L. 4211-1-1 du code de la santé publique, supprimer les mots :

et mutualistes

M. Alain Milon, rapporteur. – Cet amendement tomberait si celui de M. Leclerc était adopté.

M. le président. – Amendement n°634, présenté par M. Barbier.

Supprimer l'avant-dernier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 4211-1-1 du code de la santé publique.

M. Gilbert Barbier. – Autoriser la délivrance par les pharmaciens d'une pilule contraceptive pour trois mois pose toute une série de problèmes. Le pharmacien devient ainsi prescripteur, en lieu et place du médecin. On nous dit qu'il recevra une formation. Laquelle ? Un cours complémentaire de chimie des oestroprogestatifs ou de psychologie de la sexualité ? (*Mme Isabelle Debré apprécie*) En toute hypothèse, c'est une offense faite à la corporation. Comment le public sera-t-il informé ? Le pharmacien apposera-t-il donc une affiche sur sa vitrine ?

Même s'il existe des pratiques déviantes, la responsabilité du médecin est engagée. Un traitement contraceptif -car il s'agit bien d'un traitement- n'est pas chose anodine. Des contre-indications existent, y compris chez les femmes jeunes. Le pharmacien exigera-t-il des examens complémentaires ou se contentera-t-il de juger sur la mine, éventuellement de prendre la tension ? Comment détectera-t-il, en bref, les pathologies latentes qui sont autant de contre-indications ?

On nous dit que cette disposition doit éviter les grossesses non désirées. Je ne crois pas qu'elle soit propre à réduire le recours à l'IVG. Le traitement contraceptif nécessite une mise en route, ce n'est pas un dépannage d'un soir. La prise désordonnée de la pilule, son arrêt intempestif sont à l'origine de bien des grossesses non désirées. En commission, lorsque j'ai souhaité que l'on introduise, au moins, une limite basse de 16 ans -sinon, pourquoi pas la pilule aux fillettes d'un an-, j'exagère sans doute...

M. Guy Fischer. – Un peu !

M. Gilbert Barbier. – ...on m'a objecté que la carte vitale est délivrée à partir de 15 ans. J'ai vérifié, elle l'est à 16 ans, or, j'observe que le sous-amendement de M. About s'en tient à 15 ans.

Ma position n'est pas idéologique, c'est une mesure de protection de la santé. Je demanderai un scrutin public sur le sous-amendement n°1350.

M. Alain Milon, rapporteur. – Favorable à l'amendement n°144 rectifié *quater*, qui apporte des précisions intéressantes, sous réserve de l'adoption des deux sous-amendements n°278 rectifié et n°1350. Défavorable au n°634 de M. Barbier. M. About, qui est

information à l'agence régionale de santé et de l'autonomie.

« Les maisons de santé et les réseaux de santé signataires du contrat mentionné à l'article L. 1435-3 perçoivent une dotation de financement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, laquelle contribue à financer l'exercice coordonné des soins. À cet effet, une part du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins est affectée au financement de maisons de santé et de réseaux de santé. Le montant de cette part est fixé chaque année dans la loi de financement de la sécurité sociale. Les modalités d'attribution de cette part ainsi que des dotations des maisons de santé et des réseaux de santé sont fixées par le comité national de gestion du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins et approuvées par le conseil national de la qualité et de la coordination des soins. »

II. - L'article L. 6323-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les centres de santé signataires du contrat mentionné à l'article L. 1435-3 perçoivent une dotation de financement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, laquelle contribue à financer l'exercice coordonné des soins, selon des modalités fixées par le comité national de gestion du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins et approuvées par le conseil national de la qualité et de la coordination des soins. »

M. le président. – Amendement n°470, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Avant le 1° du I de cet article, insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Dans le premier alinéa, les mots : « sans hébergement » sont remplacés par les mots : « de premier recours au sens de l'article L. 1411-11, et le cas échéant de second recours au sens de l'article L. 1411-12, » ;

M. Guy Fischer. – Selon le code de la santé publique, « les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales ». Par coordination avec l'article 14 et l'article 14 *ter*, il nous semble préférable de parler de « soins de premiers recours ».

M. Alain Milon, rapporteur. – Retrait ou avis défavorable : il vaut mieux indiquer que les maisons de santé dispensent des soins sans hébergement.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Même avis.

L'amendement n°470 est retiré.

L'amendement n°25 rectifié n'est pas soutenu, non plus que l'amendement n°175 rectifié ter.

M. le président. – Amendement n°362 rectifié *bis*, présenté par M. Milon, au nom de la commission.

Supprimer le dernier alinéa du 2° du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6323-3 du code de la santé publique.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cet amendement simplifie les dispositions relatives à la dotation de financement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqcs) que percevront les structures de soins ambulatoires.

M. le président. – Amendement n°471, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Dans la première phrase du dernier alinéa du 2° du I de cet article, après le mot :

perçoivent

insérer les mots :

, si elles appliquent des tarifs opposables,

M. François Autain. – Les maisons de santé seront financées par le Fiqcs, créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. Nous n'y sommes pas opposés car l'exercice collectif propre à ces maisons, ainsi qu'aux réseaux et centres de santé, favorise l'installation de professionnels qui redoutent de s'installer seuls. Un des objectifs du Fiqcs est d'ailleurs d'« encourager les actions et des expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins de ville par l'octroi d'aides à des professionnels de santé libéraux, à des regroupements de ces mêmes professionnels ou à des centres de santé ».

Toutefois il faut également veiller au respect des tarifs opposables par ceux qui bénéficient de dotations publiques. Nous proposons donc une logique « gagnant-gagnant » : les financements doivent s'accompagner d'obligations. Cela concerne moins les médecins généralistes qui appartiennent au secteur 1 que les spécialistes qui pratiquent des dépassements d'honoraires.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable : on ne peut conditionner l'aide accordée aux maisons de santé au respect de l'opposabilité des tarifs. Cela irait à l'encontre de l'objectif recherché par cet article.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Avis favorable à l'amendement n°362 rectifié *bis*.

Avis défavorable à l'amendement n°471 : cette disposition empêcherait les maisons de santé pluridisciplinaires dans les secteurs en difficulté d'attirer les spécialistes du secteur 2.

M. François Autain. – Si l'on relevait les tarifs opposables, les spécialistes pourraient les respecter tout en s'installant dans les maisons de santé.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Dites-moi quelle cotisation nous devons alors augmenter !

M. François Autain. – Il faudrait relever les honoraires des spécialistes exerçant en maison de

santé au lieu de considérer les dépassements comme inévitables.

M. Guy Fischer. – C'est toujours le patient qui paie !

L'amendement n°362 rectifié bis est adopté.

L'amendement n°471 devient sans objet.

M. le président. – Amendement n°894 rectifié, présenté par M. Milon, au nom de la commission.

Supprimer le II de cet article.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cet amendement, qu'avait déposé M. Juilhard, simplifie les dispositions relatives à la dotation de financement du Fiqcs que percevront les structures de soins ambulatoires.

M. le président. – Amendement n°714, présenté par M. Cazeau et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Compléter le II de cet article par un alinéa ainsi rédigé :

« Les professionnels de santé exerçant dans un centre de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Tout membre du centre de santé adhère à ce projet de santé. Celui-ci est transmis pour information à l'agence régionale de santé. »

M. Bernard Cazeau. – Nous proposons que les professionnels exerçant dans un centre de santé élaborent un projet, comme ceux qui exercent dans une maison de santé. Cela permettrait d'encourager de nouveaux modes d'exercice de la médecine, évoqués tout à l'heure par Guy Fischer et Mme la ministre.

M. Alain Milon, rapporteur. – L'élaboration d'un projet n'est pas nécessaire pour les centres de santé : ceux-ci emploient des salariés alors que les maisons rassemblent des professionnels libéraux dont il faut garantir l'autonomie. Sagesse.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Avis favorable à l'amendement du rapporteur.

Je demande le retrait de l'amendement n°714 : je suis surprise que M. Cazeau, qui suit nos débats avec assiduité, ait oublié que l'article premier de ce texte traite du projet de santé des centres...

L'amendement n°714 est retiré.

L'amendement n°894 rectifié est adopté.

L'amendement n°14 ter, modifié, est adopté.

Article 14 quater

(Texte modifié par la commission)

Après l'article L. 6323-3 du code de la santé publique, il est inséré un chapitre III ter ainsi rédigé :

« CHAPITRE III TER

« Pôles de santé

« Art. L. 6323-4. - Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours au sens de l'article L. 1411-11, le cas échéant de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L. 1434-5.

« Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale.

« Les pôles de santé signataires du contrat mentionné à l'article L. 1435-3 perçoivent une dotation de financement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, laquelle contribue à financer l'exercice coordonné des soins, selon des modalités fixées par le comité national de gestion du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins et approuvées par le conseil national de la qualité et de la coordination des soins. »

M. le président. – Amendement n°1226, présenté par le Gouvernement.

Supprimer le dernier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 6323-4 du code de la santé publique.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Nous complétons l'amendement n°895 de Jean-Marc Juilhard, repris par le rapporteur, qui fusionne en un seul article les dispositions relatives à la dotation de financement que percevraient les structures de soins ambulatoires. Si cet amendement était adopté, il faudra supprimer les indications identiques, donc redondantes, présentes dans cet article.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis favorable.

L'amendement n°1226 est adopté.

L'article 14 quater, modifié, est adopté ainsi que l'article 14 quinquies.

Article 15

(Texte modifié par la commission)

I. - L'article L. 631-1 du code de l'éducation est ainsi rédigé :

« Art. L. 631-1. - I. - La première année des études de santé est commune aux études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et de sage-femme. Les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé déterminent par voie réglementaire :

« 1° L'organisation de cette première année des études de santé ;

« 2° Le nombre des étudiants admis dans chacune des filières à l'issue de la première année des études de santé ;

ce nombre tient compte des besoins de la population, de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques et des capacités de formation des établissements concernés. Toutefois, les universités peuvent répartir ce nombre entre plusieurs unités de formation et de recherche pour répondre à des besoins d'organisation et d'amélioration de la pédagogie. Un arrêté détermine les critères de répartition de ce nombre de façon à garantir l'égalité des chances des candidats ;

« 3° Les modalités d'admission des étudiants dans chacune des filières à l'issue de la première année ;

« 4° Les conditions dans lesquelles les étudiants peuvent être réorientés à l'issue du premier semestre de la première année des études de santé ou au terme de celle-ci ainsi que les modalités de leur réinscription ultérieure éventuelle dans cette année d'études.

« II. - 1. Des candidats, justifiant notamment de certains grades, titres ou diplômes, peuvent être admis en deuxième année ou en troisième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme.

« 2. Peuvent également être admis en deuxième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou en première année d'école de sage-femme des étudiants engagés dans les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme et souhaitant se réorienter dans une filière différente de leur filière d'origine ; cette possibilité de réorientation est ouverte aux étudiants ayant validé au moins deux années d'études dans la filière choisie à l'issue de la première année.

« Les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé arrêtent le nombre, les conditions et les modalités d'admission des étudiants mentionnés aux 1 et 2.

« III. - Le ministre chargé de la santé est associé à toutes les décisions concernant les enseignements médicaux, odontologiques et pharmaceutiques. »

II. - L'article L. 632-2 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 632-2. - Le troisième cycle des études médicales est ouvert à tous les étudiants ayant validé le deuxième cycle des études médicales.

« Un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé détermine pour une période de cinq ans le nombre d'internes à former par spécialité, en particulier celle de médecine générale, et par subdivision territoriale, compte tenu de la situation de la démographie médicale dans les différentes spécialités concernées et de son évolution au regard des besoins de prise en charge spécialisée et compte tenu des capacités de formation des différentes subdivisions.

« Un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé détermine les modalités en fonction desquelles tout étudiant qui présente le concours d'entrée en deuxième année d'études de médecine est informé de l'objectif de la collectivité nationale de rééquilibrage de la densité médicale sur le territoire et des mesures permettant d'y concourir.

« Un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé détermine le nombre de postes d'internes offerts chaque année par discipline ou spécialité et par centre hospitalier universitaire. Le choix effectué par chaque étudiant est subordonné au rang de classement aux épreuves classantes nationales.

« Les élèves médecins des écoles du service de santé des armées exercent leur choix au sein d'une liste établie, en fonction des besoins des armées, par arrêté du ministre de la défense et des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions dans lesquelles les postes d'internes sont attribués à ces élèves.

« Des décrets en Conseil d'Etat déterminent les subdivisions territoriales mentionnées au deuxième alinéa, les modalités des épreuves d'accès au troisième cycle, de choix d'une spécialité par les internes, d'établissement de la liste des services formateurs, d'organisation du troisième cycle des études médicales, de changement d'orientation ainsi que la durée des formations nécessaires durant ce cycle, et ultérieurement, pour obtenir selon les spécialités une qualification. »

III. - Les articles L. 631-3, L. 632-1-1, L. 632-3, L. 632-9, L. 632-10 et L. 632-11 du même code sont abrogés.

III bis. - Après le 4° de l'article L. 632-12 du code de l'éducation, il est inséré un 5° ainsi rédigé :

« 5° Les conditions dans lesquelles l'expérience acquise au cours de l'exercice professionnel peut être validée, en tout ou partie, en vue de l'obtention d'un diplôme de formation médicale spécialisé, dans une limite compatible avec les besoins de soins de la population et après une durée minimum d'exercice de la spécialité correspondant à la formation initiale, précisées par la voie réglementaire ; ».

IV. - L'article L. 632-5 du même code est ainsi modifié :

1° À la dernière phrase du deuxième alinéa, après le mot : « praticiens », sont insérés les mots : « , de centres de santé ou de structures de soins alternatives à l'hospitalisation » ;

2° Les troisième et dernier alinéas sont supprimés.

V. - L'article L. 634-1 du même code est ainsi modifié :

1° Les deux premiers alinéas sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Le troisième cycle long des études odontologiques, dénommé internat en odontologie, est accessible par concours national aux étudiants ayant obtenu la validation du deuxième cycle des études odontologiques.

« Les étudiants nommés à l'issue du concours en qualité d'internes en odontologie peuvent accéder à des formations qualifiantes de troisième cycle dont la liste est fixée par les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé. Le choix de la formation et du centre hospitalier universitaire de rattachement est subordonné au rang de classement aux épreuves de l'internat.

« Après validation de ce troisième cycle et soutenance d'une thèse, les internes obtiennent en plus du diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire, un diplôme mentionnant la qualification obtenue.

« Le titre d'ancien interne ne peut être utilisé que par des personnes justifiant du diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire et du diplôme sanctionnant l'une des formations de troisième cycle prévues au précédent alinéa. » ;

2° À la première phrase du dernier alinéa, les mots : « le contenu des formations, » sont supprimés.

VI. - Après l'article L. 1434-6 du code de la santé publique, tel qu'il résulte de l'article 26 de la présente loi, il est inséré un article L. 1434-6-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 1434-6-1. - Le schéma régional d'organisation des soins détermine les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins médicaux est particulièrement élevé.

« À l'échéance d'un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur du schéma régional d'organisation des soins, le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie évalue la satisfaction des besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier recours mentionnés à l'article L. 1434-6. Cette évaluation comporte un bilan de l'application des mesures mentionnées au cinquième alinéa du même article. Elle est établie dans des conditions et suivant des critères arrêtés par les ministres chargés de la santé et de l'assurance maladie.

« Si cette évaluation fait apparaître que les besoins en implantations précités ne sont pas satisfaits et que, de ce fait, l'offre de soins de premier recours ne suffit pas à répondre aux besoins de santé de la population dans certains territoires de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie peut, après avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, de l'union régionale des professionnels de santé compétente pour les médecins et des organisations les plus représentatives des étudiants en médecine, des internes et des chefs de clinique, proposer aux médecins exerçant dans les zones visées au premier alinéa du présent article d'adhérer à un contrat santé solidarité par lequel ils s'engagent à contribuer à répondre aux besoins de santé de la population des zones mentionnées à l'article L. 1434-6 où les besoins en implantations ne sont pas satisfaits.

« Les médecins qui ne respectent pas les obligations qu'il comporte pour eux, s'acquittent d'une contribution forfaitaire annuelle, au plus égale au plafond mensuel de la sécurité sociale.

« L'application du présent article se fera dans des conditions définies en Conseil d'État. »

M. François Autain. – Cet article traite de la démographie médicale et propose des solutions pour y remédier. Ce sérieux problème concerne moins le nombre de médecins que leur répartition territoriale et disciplinaire.

M. Jean Desessard. – Le nombre pose aussi problème !

M. François Autain. – Au 1^{er} janvier 2007, nous avons atteint le record de 208 000 médecins actifs dans notre pays.

Mais en 2020, la proportion ne sera plus que de 276 médecins pour 100 000 habitants. Il est donc indispensable d'augmenter rapidement le *numerus clausus* pour pouvoir retrouver en 2030 le niveau actuel.

La question se pose aussi de la répartition des médecins sur le territoire. Dans une note publiée l'an dernier, le ministère de la santé évaluait à 2,5 millions le nombre de Français qui n'ont pas accès aux soins dans des conditions normales ; mais je vous ai entendu mentionner, madame la ministre, le chiffre de 4 millions au cours de l'examen du PLFSS pour 2008.

Les mesures que vous proposez, que ce soit l'augmentation et la régionalisation du *numerus clausus* ou la création des contrats de solidarité, ne suffiront pas à résoudre ces problèmes. La hausse du *numerus clausus*, par exemple, ne corrigera pas le déséquilibre entre les disciplines médicales ni la pénurie de médecins généralistes. Certes, le nombre d'internes en médecine générale est en augmentation ; mais tous les postes ne sont pas pourvus, et certains anciens internes dans cette spécialité choisissent ensuite d'exercer dans une autre. Il faudrait s'interroger sur les causes de cette désaffection pour la médecine générale.

L'article 15 ne garantit d'ailleurs pas aux facultés les moyens de former un plus grand nombre d'étudiants.

Quant aux contrats de solidarité, la commission est revenue sur leur caractère obligatoire ; ils ne s'appliqueront d'ailleurs qu'en 2016 et ne répondent pas à l'urgence de la situation.

Voilà pourquoi nous ne pourrions sans doute pas voter cet article.

M. Alain Milon, rapporteur. – L'article 15 nous permet d'aborder le sujet essentiel de la démographie médicale. Les élus ruraux et urbains que nous sommes savent que le problème de l'accès aux soins se posera en termes aigus dans les années à venir. Il nous faut donc anticiper en conciliant les principes du droit à la santé et de la liberté d'installation, ce dernier n'ayant pas de valeur constitutionnelle et pouvant, comme l'a souligné le Conseil constitutionnel, faire l'objet d'aménagements.

Toutes les mesures pertinentes ne sont pas de nature législative. Ainsi la fixation du *numerus clausus* relève-t-elle des ministres de la santé et de l'enseignement supérieur. Votre commission souhaite que ce *numerus clausus* soit augmenté rapidement, car le temps médical d'aujourd'hui n'est pas celui d'hier : la profession s'est féminisée, les changements

d'orientation professionnelle sont devenus plus fréquents. Il est paradoxal de faire appel à des médecins étrangers alors que nous interdisons l'accès aux études médicales à des candidats recalés avec une moyenne plus qu'honorable en fin de première année. Nous nous réjouissons de la programmation pluriannuelle du nombre d'internes.

Différentes mesures peuvent être envisagées pour satisfaire les besoins des zones sous dotées, qui seront désormais clairement identifiées dans les schémas régionaux d'organisation des soins. Nous sommes très favorables à toutes les mesures incitatives. Les collectivités locales ont déjà expérimenté avec succès plusieurs dispositifs ; souhaitons que les ARS fassent preuve de la même inventivité. En revanche, la majorité de la commission ne croit pas en l'efficacité des mesures coercitives : c'est par des moyens positifs que l'on attirera les jeunes médecins vers les zones mal pourvues et les formes d'exercice collectives plus adaptées.

M. Jacques Blanc. – L'avenir des soins de proximité est préoccupant. Dans les campagnes ou en montagne, les élus constatent avec inquiétude que les médecins sont de plus en plus âgés. (*Mme Nathalie Goulet le confirme*) On entend dire qu'il n'y a jamais eu autant de médecins qu'aujourd'hui. Qu'en est-il ? En Lozère, il n'y a pas moins de dix-neuf médecins au centre d'urgences de l'hôpital de Mende, qui travaillent 35 heures ou peut-être moins, (*marques d'agacement à gauche*) tandis que le nombre de professionnels libéraux est très insuffisant. C'est un simple constat ! En outre, plus de la moitié de la profession est composée de femmes, qui préfèrent souvent travailler à temps partiel. Enfin il existe des fonctions médicales dans divers secteurs professionnels. Il faut prendre ces éléments en compte lorsque l'on compare la démographie médicale française à celle de nos voisins ! Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que l'on manque de médecins dans les campagnes et dans certaines zones urbaines.

Il faut tordre le cou à l'idée, qui a longtemps prévalu, selon laquelle on dépenserait moins s'il y avait moins de médecins. (*MM. Jean Desessard et Serge Lagache approuvent*) C'est comme si l'on disait que l'on mangerait plus de pain s'il y avait plus de boulangers ! Le surmenage conduit les médecins à multiplier les actes plutôt que de procéder à des examens approfondis. Quand on a exercé la médecine, on sait à quelle pression les médecins sont exposés !

On a parlé d'une augmentation des quotas. A quelle hauteur sont-ils exactement fixés ? Sept ou huit mille ?

Il en faudrait au moins dix mille.

Un dernier mot : tenez bon, monsieur le rapporteur, dans votre refus de contraindre les médecins à s'installer dans des zones sous dotées. C'est par des mesures incitatives et non coercitives que nous

améliorons les services de soins de proximité. Ces territoires méritent mieux que des médecins qui y viendraient la mort dans l'âme ! Les collectivités ont déjà mis en place des dispositifs incitatifs, et je présenterai un amendement tendant à inviter les médecins à faire un remplacement dans ces zones. Je suis sûr qu'ils s'y installeront ensuite de leur plein gré !

M. Bernard Cazeau. – Nous abordons le sujet essentiel de la formation des étudiants en médecine et de leur répartition territoriale. Il nous faut répondre à une angoisse diffuse. Nos concitoyens s'inquiètent de devoir parcourir plus de 40 kilomètres pour pouvoir être soignés convenablement. Les élus et les forces vives de ces régions craignent pour leur attractivité, car les familles et les entreprises ne s'installent dans un territoire que si certains critères de bien-être sont remplis.

Le projet de loi comporte plusieurs mesures positives à cet égard, comme la coopération, les stages, le guichet unique et les maisons de santé pluridisciplinaires. Mais elles ne suffiront pas : on ne règle pas de tels problèmes à distance. Il est à craindre que la psychose qui s'est emparée d'une partie de la population aille grandissant.

Certaines zones rurales ou périurbaines connaissent une démographie médicale très déficitaire : dans les campagnes, les médecins craignent l'éloignement et le surmenage, dans les banlieues un environnement peu attrayant.

Dans mon département, si la cote d'alerte n'est pas atteinte, certains cantons sont déjà en déficit et, en 2012, seize n'auront plus que deux à quatre médecins en activité. Que des cabinets ne trouvent pas de repreneurs est le signe que les jeunes médecins ne veulent plus s'installer en zones rurales pour des raisons différentes, d'ailleurs. Tout d'abord, les médecins ne s'installent plus immédiatement après leurs études, mais vers 40 ans après avoir assuré durant dix ans des remplacements.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Exact !

M. Bernard Cazeau. – Ensuite, n'oublions pas la méconnaissance du métier en zone rurale, problème sur lequel nous devons travailler, et la mentalité des jeunes médecins, en particulier des jeunes femmes, qui préfèrent travailler à temps partiel pour s'occuper de leur famille. Quelle solution envisager ? Obliger un médecin à s'installer quelque part ?

M. François Autain. – Il y a les bourses !

M. Jacques Blanc. – C'est un choix !

M. Bernard Cazeau. – Non, je parle de la coercition générale que certains préconisent et qui me semble prématurée. Concrètement, comment comptent-ils procéder ?

Les centres et maisons de santé, tout en constituant une solution intéressante, ne sont pas la

panacée. Comment les mettre en place quand les médecins manquent ? Est-ce les collectivités territoriales qui seront chargées de leur mise en œuvre ?

Madame la ministre, l'article 15, s'il comporte des mesures intéressantes, reste insuffisant. Si nous laissons, comme vous l'affirmez, le temps faire son œuvre avec ce texte, nous répondrons trop tard à une catastrophe sanitaire imminente.

M. le président. – Veuillez conclure.

M. Bernard Cazeau. – Enfin, je déplore que la commission ait rejeté l'amendement sur le caractère obligatoire du contrat santé solidarité.

M. Dominique Leclerc. – Ah !

M. Bernard Cazeau. – Le rejet de cet amendement d'appel a été mal ressenti par la population à en juger par le nombre de courriers électroniques que j'ai reçus dernièrement.

M. François Autain. – Il ne faut aucune contrainte !

M. Bernard Cazeau. – Quant à l'allocation prévue à l'article 15 *bis*, nous y sommes favorables.

M. Jean-Pierre Sueur. – Madame la ministre, à l'instar de M. Cazeau, je suis frappé par la différence entre le problème du manque de médecins, qui se pose partout, et les solutions préconisées dans ce texte. Dans mon département du Loiret, à Châtillon-sur-Loire, Outarville, Courtenay, Château-Renard ou encore Tigry, pour prendre des exemples concrets, il risque bientôt, non pas de ne plus y avoir suffisamment de médecins, mais de ne plus y avoir de médecins du tout.

Les actions des collectivités territoriales sont bénéfiques, avez-vous affirmé. Mais certaines, bien qu'elles aient créé les conditions financières pour attirer les médecins aux frais des contribuables et prospecté à plusieurs reprises en Europe de l'Est, n'ont pas réussi à attirer des médecins. Il faut, dit-on, respecter le droit à la médecine sans, pour autant, recourir à la coercition, mal perçue. Mais comment ? De nombreux étudiants en médecine éprouvent des difficultés à faire leurs études et aimeraient être aidés...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Nous nous apprêtons à le faire ! (*M. Jacques Blanc acquiesce*)

M. Jean-Pierre Sueur. – Une aide financière pourra leur être accordée en échange d'un engagement d'installation. Pourquoi l'État n'irait-il pas plus loin comme il l'a fait avec les écoles normales en proposant un véritable contrat aux jeunes médecins ? Beaucoup de jeunes, et j'en suis, ont pu ainsi devenir enseignants grâce à l'aide de la République. L'État -j'y insiste- est-il prêt à s'engager financièrement dans cette voie non coercitive, contractuelle, pour donner aux jeunes la possibilité de poursuivre leurs études en

échange de leur installation là où on a besoin d'eux ? Ce serait une réponse républicaine !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Par cet article, nous renforçons les leviers d'action pour réduire les inégalités de répartition des professionnels de santé. Je vous propose de répartir les flux d'internes par spécialité, et non plus par discipline médicale ou chirurgicale. Ainsi, chaque spécialité fera l'objet d'une révision quinquennale des postes offerts, y compris la médecine générale. Pour mieux répartir les flux des étudiants en première année, nous agissons sur le *numerus clausus*. A ce propos, sa baisse drastique n'est nullement le résultat du plan Juppé : il est passé sous la gauche de 4 700 en 1987 à 3 500 en 1993.

M. Dominique Leclerc. – Il fallait le rappeler !

M. François Autain. – C'est la faute d'Allègre ! (*Rires*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Ensuite, il a lentement progressé depuis l'arrivée au pouvoir de cette majorité à 4 100 en 2002 pour atteindre aujourd'hui 7 400, mon objectif étant d'arriver à 8 000. Ensuite, les places supplémentaires sont attribuées dans les régions dont la densité médicale est inférieure à la moyenne nationale, ce qui est une véritable révolution culturelle, et supprimées dans les autres : moins 67 places en Ile-de-France, moins 38 dans l'inter-région Sud-est et 28 dans l'inter-région Sud-ouest. Ce principe, étendu aux internes pour une meilleure répartition des spécialités sur le territoire selon les besoins, continuera à s'appliquer dans les années à venir. Cette démarche, extrêmement volontariste, est difficile à mettre en œuvre car elle se heurte, si j'ose dire, à de véritables fiefs. Pour lui donner sa pleine mesure, le Gouvernement a déposé un amendement afin de supprimer le critère de capacité de formation des régions pour les internes, sans quoi on reprendrait de la main droite ce qu'on a donné de la main gauche... De fait, les régions les mieux dotées en capacité de formation sont celles qui comptent le plus de médecins.

M. Jean Desessard. – Absolument !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Le besoin des populations doit primer sur les capacités de formation.

Le texte prévoit également une simplification législative permettant au pouvoir réglementaire de moduler le contenu des formations pour mieux les adapter aux priorités de santé publique, un internat d'odontologie qualifiant, un système de validation des acquis pour les médecins et, surtout, une évaluation des mesures incitatives trois ans après la mise en place des Sros ambulatoires par les ARS, les représentants des médecins libéraux et ceux des étudiants en médecine. Ce paquet de mesures est puissant et, monsieur Jacques Blanc, fortement incitatif.

Nous voulons également intervenir au moment de l'installation des médecins.

Nous reviendrons aussi sur les modes d'exercice de la médecine. Cela sera-t-il suffisant ? Il faudra procéder à une évaluation au bout de trois ans. Le directeur général de l'ARS pourra alors proposer aux médecins des zones surdotées des contrats santé-solidarité. Je veux ici rendre hommage au rapporteur à l'Assemblée nationale, Jean-Marie Rolland, qui, après un véritable travail de déminage, a porté ce dispositif qui repose sur la solidarité intergénérationnelle et qui sera mis en œuvre après concertation. Les jeunes médecins y ont donné leur accord, parce qu'il est équilibré.

La commission des affaires sociales souhaite rendre ce dispositif facultatif. Je le dis avec solennité, cela pourra n'être pas suffisant pour les zones sous dotées. Le Sénat doit mesurer le message qu'il souhaite envoyer à nos concitoyens comme aux jeunes médecins. L'équilibre dégagé à l'Assemblée nationale dans un consensus assez remarquable mérite d'être préservé.

Enfin, reprenant la proposition de loi de M. Jacques Domergue, l'article prévoyait une première année commune aux études de santé. La discussion demande plus de temps. (*M. François Autain s'exclame*) C'est pourquoi le Gouvernement propose de supprimer le I par un amendement qui ne porte pas sur le fond mais qui est d'opportunité.

La séance est suspendue à 20 heures.

PRÉSIDENCE DE M. ROLAND DU LUART,
VICE-PRÉSIDENT

La séance reprend à 22 heures.

M. le président. – Amendement n°1230, présenté par le Gouvernement.

Supprimer le I de cet article.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Ce paragraphe reprend le texte d'une proposition de loi de M. Domergue, député, qui est en cours de navette. Ma demande de suppression est en quelque sorte de courtoisie.

M. Alain Milon, rapporteur. – Le Sénat a adopté cette proposition de loi de M. Domergue, professeur de chirurgie, le 11 février dernier sur le rapport de MM. Etienne et Dériot. Ne sachant pas à quelle date l'Assemblée nationale s'en saisirait, la commission avait estimé logique d'en reprendre les termes dans le présent projet de loi, afin d'éviter un retard qui serait préjudiciable aux étudiants. En l'absence de M. Etienne, je m'en remettrai cependant à l'avis de M. Dériot.

M. Gérard Dériot, vice-président de la commission. – Les textes se sont télescopés. La

commission des affaires sociales a beaucoup et bien travaillé grâce à son président et à son rapporteur. Il était pour elle logique d'introduire le texte de la proposition de loi votée ici dans le projet de loi sur l'hôpital. Mais celle-ci étant en navette, il me semble plus correct de la laisser poursuivre son parcours parlementaire. J'invite mes collègues à voter l'amendement du Gouvernement.

M. François Autain. – Est-ce le point de vue de la commission ou le vôtre ?

M. Gérard Dériot, vice-président de la commission. – Le mien.

M. Alain Milon, rapporteur. – Au moment où elle a élaboré son texte, la commission ne disposait pas des informations qui lui ont été données ce soir. (*Rires sarcastiques à gauche*) Nous souhaitons vivement que la proposition de loi soit inscrite à l'ordre du jour de l'Assemblée nationale en juin. (*Mme la ministre le confirme*) Avis favorable.

M. Jacques Blanc. – Nous suivons la suggestion de M. Dériot, qui a porté ce dossier. Donnons un signe positif à nos collègues de l'Assemblée nationale.

M. François Autain. – Le rapporteur a proposé un texte, personne ne lui demandait rien... Nous l'avons écouté avec bienveillance et nous nous sommes rendus à ses arguments. Il était alors hors de question d'accepter l'amendement du Gouvernement, il fallait un peu secouer nos collègues députés. Heureusement, soit dit en passant, que l'application de la réforme a été retardée ici grâce à un amendement de l'opposition ; nous aurions sinon été ce soir dans une situation difficile...

Rien ne dit que l'Assemblée nationale aura le temps d'examiner la proposition de loi dans les semaines qui viennent. On touche là aux limites de la révision constitutionnelle : avant de modifier le texte de l'autre chambre, il eût fallu se rapprocher de celle-ci ou du Gouvernement... Comprenez que nous ayons un peu de mal à suivre ! Je regrette que la décision de la commission soit remise en cause : c'était une façon d'accélérer l'examen de la proposition de loi par l'Assemblée nationale, texte adopté ici à l'unanimité et qui répond à une demande de l'ensemble de la communauté médicale.

L'amendement n°1230 est adopté.

M. le président. – Amendement n°719 rectifié, présenté par M. Cazeau et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

I. Rédiger comme suit le début du deuxième alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 632-2 du code de l'éducation :

La loi de financement de la sécurité sociale détermine annuellement le nombre d'internes...

II. Rédiger comme suit le début du quatrième alinéa du même texte :

La loi de financement de la sécurité sociale détermine chaque année le nombre de postes d'internes offerts par discipline...

M. Bernard Cazeau. – Point d'arrêté ministériel : le Parlement doit se saisir de cette question.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cette disposition n'entre pas dans le champ des projets de loi de financement de la sécurité sociale, qui est très strictement encadré.

Les crédits pour la formation des internes ne figurent pas dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Avis défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Défavorable, pour les mêmes raisons.

L'amendement n°719 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°479, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG

Dans le deuxième alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 632-2 du code de l'éducation, après le mot :

détermine

insérer les mots :

après avis de l'observatoire national de la démographie des professions de santé

M. Guy Fischer. – La fixation par le ministre de la santé du *numerus clausus* n'est pas une réponse aux déserts médicaux : le problème n'est pas le nombre de médecins mais leur lieu d'installation. Par crainte de chagriner les médecins, vous avez préféré multiplier les mesures incitatives là où il aurait fallu des mesures coercitives.

Cet amendement rend obligatoire la consultation de l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), dont l'expertise est précieuse.

M. Alain Milon, rapporteur. – C'est une bonne idée. Avis favorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Défavorable. L'observatoire sera évidemment consulté, mais cela relève du domaine réglementaire.

M. Guy Fischer. – Vous ne voulez pas nous faire plaisir !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Un travail législatif de qualité doit respecter la hiérarchie des normes. Ça ne mange pas de pain, direz-vous, mais ça mange du papier...

L'amendement n°479 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°720 rectifié, présenté par M. Desessard et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Dans le deuxième alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 632-2 du code de l'éducation, après le mot :

territoriale,

insérer les mots :

conformément aux schémas prévus à l'article L. 1434-6 du code de la santé publique et

M. Jean Desessard. – La droite -pardon, la majorité présidentielle (*on feint l'indignation sur les bancs UMP*)- a longtemps voulu nous faire croire, notamment depuis les ordonnances Juppé, qu'avec moins de médecins, les dépenses de santé diminueraient mécaniquement.

M. Jacques Blanc. – Ce n'est pas Juppé, mais les socialistes !

M. Jean Desessard. – Or chaque année, l'Ondam est dépassé ! (*M. François Autain renchérit*) Le nombre de médecins formés ne suffisant plus à remplacer les départs en retraite, le nombre de praticiens en exercice va diminuer de 10 % au cours des prochaines années.

La fixation du *numerus clausus* par subdivision territoriale doit donc tenir compte des besoins exprimés en fonction des spécificités géographiques, démographiques, sociales et environnementales de chaque région.

M. Alain Milon, rapporteur. – Précision inutile : le deuxième alinéa du II prend déjà en compte la démographie par spécialité et par région. La droite -majoritaire au sein de la commission- a émis un avis défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – L'ONDPS proposera le nombre de médecins à former par spécialité et subdivision territoriale, en s'appuyant sur les travaux des comités régionaux placés au sein des ARS. L'impact des Sros sur l'évolution des besoins des spécialistes de la région sera pris en compte. Pour autant, le Sros doit rester un projet d'aménagement de l'offre existante sur le territoire. Ces dispositions sont de nature à répondre à vos préoccupations. Ne m'en veuillez pas, mais la loi me paraît mieux écrite que votre amendement !

M. Jean Desessard. – Où trouve-t-on cette excellente rédaction ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je vais vous en donner les références.

M. le président. – Retirez-vous l'amendement ?

M. Jean Desessard. – Je suis partagé... (*Sourires*) D'un côté, j'ai confiance en la parole de la ministre, qui m'a promis ce matin un centre médical à Twenké. (*M. Guy Fischer ironise sur les pirogues*)

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. – *Parole, parole !*

M. Jean Desessard. – Mais de l'autre, j'attends toujours de voir la fameuse étude censée démontrer que les frais des médecins libéraux sont intégrés dans le coût des cliniques privées, qui m'a été opposée la semaine dernière !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je vais vous donner ces travaux. Tout vient à point...

M. Jean Desessard. – Je regarde tous les jours dans mon casier : l'étude n'y est pas ! (*Sourires*) Soit elle existe, et il y a un problème d'archivage dans le ministère ; soit elle n'est toujours pas achevée : dépêchez-vous ! (*Rires*)

Au bénéfice du doute, je retire l'amendement -pour ce soir ! (*Protestations sur les bancs CRC ; Mme Isabelle Debré se réjouit*)

L'amendement n°720 rectifié est retiré.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je vous en remercie. L'étude de comparaison des coûts entre hôpital privé et hôpital public, réalisée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), est à votre disposition. J'en ai fait état lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Vous l'aurez avant la fin de la discussion de ce projet de loi : il n'y aucune rétention d'information ! Vous ai-je déjà déçu, monsieur Desessard ? (*Sourires entendus*)

Mme Isabelle Debré. – Quelle opération de charme !

M. le président. – Amendement n°1229, présenté par le Gouvernement.

A la fin du deuxième alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 632-2 du code de l'éducation, supprimer les mots :

et compte tenu des capacités de formation des différentes subdivisions

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Le nombre d'internes doit être fixé en fonction des besoins et non des capacités de formation, qui sont plus importantes dans les zones déjà sur-denses. A en croire les hochements de tête que j'ai vus sur plusieurs bancs, je pense que cet amendement doit pouvoir recueillir l'assentiment général.

M. le président. – Amendement n°97 rectifié, présenté par MM. Gilles, Pointereau et Leclerc, Mme Goy-Chavent, M. Vasselle, Mlle Joissains et Mme Brugière.

Compléter le deuxième alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 632-2 du code de l'éducation par les mots :

et des possibilités d'y organiser des stages en exercice libéral

M. Dominique Leclerc. – Afin de faire connaître l'exercice libéral dans toutes les spécialités aux étudiants en médecine, il est nécessaire de

développer les stages en cabinets médicaux de ville, lieux privilégiés d'apprentissage et d'expériences professionnelles, propices à l'exercice ambulatoire, notamment dans les régions sous médicalisées.

M. Alain Milon, rapporteur. – L'amendement n°1229 du Gouvernement supprime un ajout de la commission. Les capacités de formation doivent être prises en compte, et si nécessaire adaptées aux besoins de la population. Défavorable. La rédaction de la commission satisfait, et même au-delà, le vœu des auteurs de l'amendement n°97 rectifié. Retrait ?

M. Serge Lagache. – L'amendement du Gouvernement témoigne de sa volonté de réduire les déséquilibres. Mais deux ministères sont ici concernés, dont celui de l'enseignement supérieur, qu'il faudra, madame la ministre, vous employer à convaincre. Car les déplacements d'enseignants d'un secteur sur un autre, d'un CHU sur un autre sont très difficiles. Je souhaite que cette disposition trouve son application, mais il faudra être vigilant. Quant aux stages, il faudra faire preuve d'imagination pour en trouver d'intéressants dans certains secteurs.

Mme Nathalie Goulet. – Nous étions nombreux à être extrêmement favorables à l'amendement du Gouvernement. Si l'on se fie à la capacité de formation, les grosses universités auront plus d'internes que les autres : ce sera une nouvelle application de « l'effet Matthieu », bien connu du droit social : « Celui qui a recevra encore, mais celui qui n'a rien se fera enlever même ce qu'il a » (XIII,12). Pour assurer une bonne répartition territoriale, Mme la ministre a expliqué magistralement à l'article 15 comment elle entendait répartir les internes en fonction des besoins : vous trouverez les explications souhaitées dans le *Compte rendu analytique* demain matin.

M. Jean Desessard. – C'est une invitation à regarder mon casier, mais aussi à lire le *Compte rendu analytique* ! (*Sourires*)

Je soutiens l'amendement du Gouvernement. Qu'il soit préférable que la répartition des internes soit déterminée en fonction des besoins de la population plutôt que des capacités de formation est une évidence. Il est vrai que j'aurais aimé entendre la ministre nous dire explicitement qu'en liaison avec le ministère de l'enseignement supérieur, elle s'emploiera à trouver les moyens nécessaires : amphithéâtres, professeurs, stages... La commission craint que le Gouvernement ne le fasse pas, mais je suis persuadé que le Gouvernement mettra les moyens en place.

M. François Autain. – Je suis partagé. J'admets les arguments des uns comme des autres. Avec Mme la ministre, j'estime que la répartition doit se faire en fonction des besoins de la population. Avec le rapporteur, je considère qu'il faut des moyens pour former les étudiants. L'idéal serait que les moyens soient adaptés aux besoins de la population (*M. Jean*

Desessard apprécie) Mais l'amendement, s'il n'est pas assorti d'une garantie de moyens, ne me satisfait pas. D'autant plus que la régionalisation de la formation ne nous prémunit pas contre les risques de voir des étudiants quitter leur région de formation pour s'installer ailleurs, ou de jeunes médecins mal formés. Si l'on veut donner priorité aux besoins de santé, il faut tout miser sur la formation.

M. Alain Vasselle. – Ce débat me ferait pencher pour une adaptation de la rédaction de la commission, pour y ajouter un membre de phrase : « et en adaptant les capacités de formation des différentes unités ».

M. Jean Desessard. – Bravo !

M. Alain Vasselle. – Mais il est clair que si cette précision est absente, c'est qu'elle aurait encouru les foudres de l'article 40. L'esprit du texte de la commission est bien là, même si la rédaction a dû s'arrêter en chemin.

*L'amendement n°1229 est adopté
et l'amendement n°97 rectifié est retiré.*

M. le président. – Amendement n°721 rectifié, présenté par M. Desessard et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Compléter la première phrase du quatrième alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L.632-2 du code de l'éducation par les mots :

, après avis du conseil national de pilotage des agences régionales de santé prévu à l'article L. 1433-1 du code de la santé publique, capable de définir ses choix sur la base des besoins de la population

M. Jean Desessard. – Le conseil national de pilotage doit devenir la courroie de transmission entre les ARS et le Gouvernement. C'est par lui que doit remonter l'expression des besoins locaux pour que le *numerus clausus* soit adapté aux besoins de la population.

M. Alain Milon, rapporteur. – Ceci n'entre pas dans les missions du conseil de pilotage. Défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Le conseil sera informé des décisions du ministère de la santé, mais son rôle consiste à vérifier la concordance entre les deux donneurs d'ordre de l'ARS que sont les organismes nationaux d'assurance maladie et l'État. Défavorable.

M. Jacques Blanc. – Il ne doit pas y avoir d'ambiguïté. Le *numerus clausus* régionalisé devra intégrer les objectifs régionaux et nationaux. Mais on ne doit pas prendre pour seule référence le rapport entre nombre de médecins et nombre de malades. Dans le Languedoc-Roussillon, que je connais bien, il est des zones de montagne moins peuplées, mais dont les habitants n'en ont pas moins besoin de soins. Si, dans de telles zones, l'on est parvenu à passer, avec les étudiants, des contrats d'engagement d'installation, il faudra en tenir compte. J'avais déposé

un amendement sur cette question, mais la commission des finances l'a écarté en invoquant l'article 40. Reste que dans la pratique, il ne faudra pas oublier certaines réalités.

M. Jean Desessard. – Monsieur Blanc, j'ai tout compris dans votre intervention avant la suspension, mais là, je n'ai pas compris grand-chose... vous avez quand même placé que votre amendement a été refusé à cause de l'article 40 !

Comment le Gouvernement détermine-t-il le *numerus clausus* ?

On me dira qu'il est clairvoyant...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Oui !

M. Paul Blanc. – Pas toujours !

M. Jean Desessard. – Hélas, depuis 30 ans, il ne voit pas clair.

Comment faire pour l'éclairer ? Quand je suggère que les ARS et le comité de pilotage fournissent des éléments d'orientation, vous me dites : « Pas du tout ! » Alors, qui le fera ? Qui aidera à la prise de décision ?

L'interrogation n'aurait guère d'importance si on avait réussi, mais ce n'est pas le cas : tout le monde l'a répété cet après-midi ! Nous avons aujourd'hui besoin d'indicateurs pour que tout se passe naturellement.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Le ministre prend ses décisions au vu des travaux conduits par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS).

M. François Autain. – J'ai déposé un amendement à son sujet.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Malheureusement réglementaire par nature.

L'ONDPS propose le nombre de médecins à former par spécialité et subdivision territoriale, en se fondant sur les contributions de ses comités régionaux, qui travaillent avec les professions de santé. A l'avenir, ces comités seront intégrés aux ARS. C'est l'interface que vous souhaitez pour que le ministre dispose de l'expertise dont il a besoin. Bien sûr, l'organisation de ce dispositif est réglementaire.

Monsieur Desessard, vous voyez qu'il est pertinent d'informer le conseil de pilotage, pas de solliciter un avis qu'il ne pourrait formuler.

L'amendement n°721 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°722 rectifié, présenté par M. Cazeau et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après la première phrase du quatrième alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 632-2 du code de l'éducation, insérer une phrase ainsi rédigée :

Le nombre de postes offerts chaque année par discipline ou spécialité est égal au nombre moyen d'internes à former chaque année et déterminé par l'arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé mentionné au deuxième alinéa du présent article.

M. Bernard Cazeau. – Tout cela est bel et bon, mais il y a tout de même un hic : les étudiants mal placés au concours de l'internat préfèrent souvent redoubler plutôt que de se résigner à la médecine générale, si bien que plus de 1 000 postes d'internes de médecine générale sont restés délaissés l'an dernier. (*M. François Autain s'étonne d'un tel chiffre*)

Notre amendement permettrait d'assurer l'adéquation parfaite chaque année du nombre de postes ouverts au nombre d'étudiants à former.

On pourra dire et prendre toutes les mesures que l'on voudra, cela restera sans effet si les étudiants peuvent échapper à la perspective de devenir médecins généralistes. L'évolution du *numerus clausus* risque d'aggraver les difficultés rencontrées dans certaines régions.

M. Alain Milon, rapporteur. – Il vous a déjà été répondu en commission que le problème ne venait pas des ouvertures de postes, mais des défections, impossibles par nature à prévoir.

Avis défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Il y a chaque année autant de postes que de candidats à l'examen classant national, mais 11 % des postes sont restés vacants l'an dernier parce que bien des étudiants préfèrent redoubler.

Le dispositif actuel doit être amodié en concertation avec la conférence des doyens et des représentants des étudiants pour éviter que les postes de médecine générale ne restent systématiquement dépourvus.

A l'avenir, les ouvertures seront programmées par arrêté glissant pris chaque année pour les cinq ans à venir. Au demeurant, il est indispensable de conserver une certaine souplesse, car nous ne pouvons anticiper le nombre d'étudiants originaires de l'Union européenne souhaitant être internes en France.

Avis défavorable.

L'amendement n°722 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°126, présenté par M. Desessard, Mmes Voynet, Blandin et Boumediene-Thiery et M. Muller.

Compléter le quatrième alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 632-2 du code de l'éducation par les mots :

, sur la base d'un examen classant interrégional qui se substitue à l'examen classant national

M. Jean Desessard. – Nous voulons stabiliser les étudiants en médecine dans la région où ils effectuent

leur troisième cycle : c'est là qu'ils choisiront leur premier poste.

La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) a publié en février une note dans *Études et résultats* où il apparaît qu'à comportement de mobilité médicale inchangée, l'évolution du *numerus clausus* en faveur des régions sous dotées n'éviterait pas l'aggravation des disparités régionales au cours des vingt prochaines années.

D'où notre amendement de bon sens, cohérent avec la disposition du projet de loi qui institue un *numerus clausus* par subdivision territoriale.

M. Alain Milon, rapporteur. – Sur la forme, l'amendement s'articule mal avec le texte de la commission, puisqu'il ajoute un classement interrégional à un examen national...

Sur le fond, la commission est défavorable à un système ancien qui a laissé un mauvais souvenir.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Vous proposez de revenir au système dont nous avons fait le tour, le contour et le détour avant son remplacement en 2004 par un examen classant national, plébiscité par l'ensemble des acteurs parce qu'il garantit l'égalité des chances lors de la sélection.

Cette observation ne m'a pas empêché depuis deux ans d'orienter de façon prioritaire des flux d'étudiants vers les régions les moins dotées. Nous avons maintenant cinq ans de recul, si bien que l'on pourra évaluer le dispositif en vigueur afin de l'améliorer, conformément au souhait des étudiants, des doyens et du ministère.

L'article 15 permettra de former le nombre d'internes correspondant aux besoins de la population, mais il serait bien plus compliqué d'assurer un pilotage fin de la démographie médicale avec un classement interrégional.

Attention aux fausses bonnes idées qui ont déjà échoué !

M. Gilbert Barbier. – Avec l'examen classant interrégional, on a vu apparaître des facultés plus prestigieuses que les autres. Nous voulons un dispositif égalitaire.

Heureusement, nous sommes revenus en arrière.

M. Jean Desessard. – La lourdeur du texte reflète la complexité de la pensée, comme l'a expliqué le rapporteur ! (*Sourires*) Je suis favorable à un examen national, mais avec un classement régional. Sinon, ce sont les étudiants qui vont faire des tours et des détours pour aller dans les bonnes régions... L'objectif est qu'ils restent dans la région où ils ont étudié. Vous souhaitez leur permettre la mobilité, mais c'est ainsi que l'on se retrouve avec des régions sous dotées.

M. Alain Vasselle. – Et la liberté d'installation ?

M. Jean Desessard. – C'est bien le problème !

L'amendement n°126 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°478, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Après le premier alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 632-2 du code de l'éducation, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« L'admission en troisième cycle des études médicales dans la spécialité « médecine générale » est conditionnée par la réalisation d'un stage en médecine générale au cours du deuxième cycle.

M. François Autain. – Le stage de médecine générale illustre le débat que nous venons d'avoir. Je comprends pourquoi Mme la ministre tient à ce que le nombre d'internes soit déterminé en fonction des moyens de formation et non des besoins de santé... Ainsi, le stage en médecine générale au cours du deuxième cycle n'a jamais bien fonctionné.

Pour rendre la médecine générale attractive, il faut faire connaître cette spécialité aux étudiants. Ainsi, ils pourront juger de la beauté de ce métier, qui ne vaut pas tout le mal que certains en disent. Mais pourquoi affirmer que ce stage est obligatoire s'il n'est pas effectivement réalisé ? J'aimerais savoir combien d'étudiants, parmi ceux qui se destinent à la médecine générale, peuvent en bénéficier. A terme, pouvons-nous espérer que tous en auront la possibilité ? Cet amendement est radical, mais je suis prêt à le retirer si les explications de Mme la ministre le permettent.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Monsieur Autain, ce stage étant déjà obligatoire, le préciser dans la loi n'apporte rien. S'il n'est pas effectif, c'est parce que les capacités sont insuffisantes. Il serait injuste de pénaliser les étudiants.

Aujourd'hui, la moitié des 7 650 étudiants en deuxième cycle de médecine générale l'effectuent. Après le classement national, la médecine générale est au deuxième rang des priorités choisies par les étudiantes et au cinquième rang pour les étudiants. Un arrêté précisera la durée, le contenu et le mode de financement de ces stages. En 2008, 60 millions d'euros ont été consacrés à leur financement, et cet effort a été maintenu cette année. Il sera porté à 100 millions d'ici 2011. 600 euros mensuels sont versés aux maîtres de stage. Nous cherchons des terrains de stage et les chiffres sont en progression.

M. François Autain. – Je pourrais corriger cet amendement en prévoyant une application en 2011, comme vous le faites pour le contrat de solidarité... Comme je ne suis pas hypocrite, je le retire.

L'amendement n°478 est retiré.

M. le président. – Amendement n°723, présenté par M. S. Larcher et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Compléter le texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 632-2 du code de l'éducation par un alinéa ainsi rédigé :

« Dans les domaines mentionnés au présent article, des dispositions particulières seront prises par voie réglementaire pour pallier les déficits caractéristiques des régions d'outremer, après consultation des agences régionales de santé concernées. »

M. Bernard Cazeau. – L'outre-mer souffre d'une sous dotation chronique mettant en danger des universités encore jeunes. Le Gouvernement devrait y remédier, en s'appuyant sur la communication par les ARS des besoins de chaque région. Ce problème a été évoqué en détail tout à l'heure au sujet de la Guyane.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cet amendement n'a qu'une portée déclaratoire. Si le cadre général mis en place par ce texte est insuffisant pour l'outre-mer, des mesures spécifiques pourront être prises, mais laissons aux ARS le temps de s'organiser et attendons la fin des travaux des états généraux de l'outre-mer. Avis défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Cette réforme a justement pour objectif la déconcentration de l'administration sanitaire afin qu'elle s'adapte au mieux à la réalité des territoires. Cela sera particulièrement utile pour tenir compte des spécificités de l'outre-mer. Les ARS et l'ONDPS, par le biais de ses comités régionaux, soumettront des propositions aux ministères de la santé et de l'enseignement supérieur.

Dans cette attente, je ne suis pas restée les bras croisés : pour 2008 et 2009, j'ai substantiellement augmenté le nombre de postes d'internes dans les territoires d'outre-mer. Dans le cadre du plan Santé outre-mer, je vais favoriser l'installation des jeunes professionnels dans leur région de formation. Votre amendement est donc satisfait.

M. Bernard Cazeau. – La réponse de Mme la ministre satisfera mieux Serge Larcher et nos collègues ultramarins que la réponse sèche et technocratique du rapporteur.

L'amendement n°723 est retiré.

M. le président. – Amendement n°856 rectifié, présenté par MM. P. Blanc, Laménie et Jarlier.

Compléter le texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 632-2 du code de l'Education par un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités de stage en exercice libéral. »

M. Marc Laménie. – Les stages en établissements privés et en cabinets médicaux assurent aux étudiants une meilleure connaissance de l'exercice libéral. Ces lieux privilégiés d'apprentissage et de confrontations d'expériences peuvent les inciter à un exercice

ambulatoire, notamment dans les régions sous-médicalisées.

M. Alain Milon, rapporteur. – Le texte prévu pour le dernier alinéa de cet article du code de l'éducation prévoit déjà un décret en conseil d'État, qui déterminera la liste des établissements formateurs. En outre, la possibilité d'effectuer des stages auprès de praticiens exerçant en ville est déjà prévue par le code. Vous pouvez retirer votre amendement.

L'amendement n°856 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°644 rectifié, présenté par M. Barbier, Mme Escoffier et MM. Mézard, Milhau, de Montesquiou et Vall.

A la fin du second alinéa (5°) du III *bis* de cet article, supprimer les mots :

, précisées par la voie réglementaire

M. Gilbert Barbier. – Cette précision est superflue.

L'amendement n°644 rectifié, accepté par la commission et le Gouvernement, est adopté.

M. le président. – Amendement n°625 rectifié, présenté par MM. Barbier et Charasse, Mmes Escoffier et Laborde et MM. Marsin, Mézard, Milhau, de Montesquiou et Vall.

Compléter le III *bis* de cet article par un alinéa ainsi rédigé :

«...° Les conditions dans lesquelles les personnes autorisées à exercer la médecine en France peuvent obtenir la qualification de médecin compétent. »

M. Gilbert Barbier. – J'ai présenté cette disposition lors de l'examen du dernier projet de loi de financement de la sécurité sociale. Elle a été adoptée, puis supprimée par le Conseil constitutionnel.

Dans certaines régions sous-médicalisées, il est possible de trouver des spécialistes d'organes, mais ceux-ci ne peuvent prescrire des chimiothérapies.

Les patients sont obligés de recourir à des oncologues, qui exercent surtout dans les CHU : cela impose des déplacements considérables dans les départements ruraux comme le mien.

Je sais que la conférence des doyens n'est pas très favorable au rétablissement d'une disposition ancienne qui permettait au Conseil de l'ordre de reconnaître à un spécialiste une compétence associée à sa qualification d'origine. Nous avons déjà prévu la possibilité d'une validation des acquis par une commission comprenant des représentants de l'université et de l'Ordre.

Mme la ministre me répondra qu'une telle mesure se heurte à la réglementation européenne. Mais la directive du 7 septembre 2005 sur la libre circulation des personnes, modifiée par celle du 20 novembre 2006, prévoit que les États membres notifient à la Commission européenne les mesures législatives,

réglementaires et administratives relatives à la délivrance des titres de formation dans les domaines couverts par le titre III de cette directive. Or, comme le révèle l'annexe V, c'est le Conseil de l'ordre des médecins qui délivre en France l'attestation de médecin spécialiste qualifié.

M. Alain Milon, rapporteur. – Nous avons beaucoup discuté de ce sujet en commission. Entre la proposition de M. Barbier et celle de Mme Morin-Dessailly tendant à instaurer la validation des acquis, nous avons opté pour la seconde. Retrait ou rejet.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Les compétences étaient des titres délivrés par l'Ordre aux médecins avant l'instauration de l'internat qualifiant en 1982. Le ministère s'est battu avec la Commission européenne pour que ces qualifications soient reconnues dans le cadre de la libre circulation des travailleurs en Europe. La commission des affaires sociales a adopté la solution élégante proposée par Mme Morin-Dessailly, qui permet d'éviter les contentieux : la validation des acquis de l'expérience par l'Ordre et l'université.

Dans une perspective plus utilitariste, la reconnaissance des compétences risquerait de détourner les médecins, en particulier les généralistes, de leur spécialité d'origine. L'effet en serait désastreux. Retrait.

M. Jean Desessard. – M. le rapporteur m'a parfois reproché le style obscur de mes amendements. Mais je ferai remarquer qu'il manque un verbe au 5° du III *bis* de cet article : pourrait-on y remédier ?

M. Bernard Cazeau. – Je ne vois pas quelle est la différence entre la reconnaissance d'une compétence accordée à certains spécialistes et la validation des acquis.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Une compétence est seulement reconnue par le Conseil de l'ordre, tandis que la validation des acquis par l'Ordre et l'université réunis donne lieu à la délivrance d'un diplôme.

M. Gilbert Barbier. – Un malentendu subsiste sur mes intentions. Je souhaite seulement que l'on permette à des spécialistes compétents, notamment en urologie, de pratiquer des actes qui leur sont pour l'instant interdits. Aujourd'hui, seuls peuvent pratiquer une chimiothérapie pour soigner un cancer de la prostate des médecins titulaires de diplômes très pointus, qui sont en nombre très réduit dans certaines régions. Il ne s'agit pas de permettre à nos spécialistes de s'installer ailleurs en Europe ou de détourner des généralistes de leur discipline, mais de répondre aux besoins de la population ! Je retire mon amendement, à regret.

L'amendement n°625 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°724, présenté par M. Cazeau et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Compléter le IV de cet article par quatre alinéas ainsi rédigés :

...° a) Avant le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Au cours du deuxième cycle des études médicales les étudiants suivent un stage dans un établissement hospitalier public non universitaire.

b) Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les étudiants en médecine poursuivant une formation en post-internat réalisent une partie de leur formation dans les établissements hospitaliers non universitaires.

M. Bernard Cazeau. – Cet amendement, comme tout à l'heure celui de M. Autain, concerne les stages. Sa première partie est satisfaite par les annonces de Mme la ministre. Sa seconde vise à permettre aux étudiants en post-internat de suivre des stages dans des établissements hospitaliers non universitaires, afin que ces derniers puissent bénéficier du concours de praticiens talentueux et que les étudiants puissent acquérir de nouvelles expériences.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cette mesure est de nature réglementaire. Avis défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Il revient en effet au règlement de définir le contenu de la formation pratique des étudiants. Surtout cet amendement est déjà satisfait. Suite à l'augmentation du *numerus clausus*, il fut nécessaire d'assouplir la réglementation et de permettre aux étudiants en post-internat de suivre des stages dans des établissements hospitaliers publics non universitaires, même si les postes de chef de service et d'assistant hospitalier-universitaire sont réservés aux CHU. En 2009, j'ai autorisé quinze régions déficitaires à ouvrir 200 postes d'assistants spécialistes. De jeunes médecins peuvent ainsi approfondir leur formation en occupant des fonctions de plein exercice et éventuellement en encadrant des internes, et tisser des liens professionnels qui leur seront utiles lorsqu'ils s'installeront dans la région.

L'amendement n°724 est retiré.

M. le président. – Amendement n°712, présenté par M. Mirassou et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Dans le deuxième alinéa du 1° du V de cet article, remplacer le mot :

odontologiques

par les mots :

de chirurgie dentaire

et le mot :

odontologie

par les mots :

chirurgie dentaire

M. Bernard Cazeau. – M. Mirassou, chirurgien-dentiste de profession, est l'auteur de cet amendement et du suivant. Il propose de remplacer dans cet article le mot « odontologie » par la locution « chirurgie dentaire », car l'odontologie est la science des dents tandis que les capacités professionnelles des chirurgiens-dentistes s'étendent à l'ensemble de la cavité buccale et des tissus avoisinants.

M. le président. – Amendement n°713, présenté par M. Mirassou et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Dans la première phrase du troisième alinéa du 1° du V de cet article, remplacer le mot :

odontologie

par les mots :

chirurgie dentaire

et les mots :

dont la liste est fixée par les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé

par les mots :

en orthopédie dento-faciale et en chirurgie orale

M. Bernard Cazeau. – L'ensemble de la profession est favorable à la mise en place d'un internat qualifiant permettant d'accéder à une nouvelle spécialité de chirurgie-dentaire, la chirurgie orale, dont la création se justifie par la suppression de la spécialité de stomatologie des médecins. Cette spécialité s'ajouterait à la spécialité d'orthopédie dento-faciale.

M. Alain Milon, rapporteur. – Concernant l'amendement n°712, la dénomination de « chirurgie dentaire » irait à l'encontre du but poursuivi, créer une filière universitaire plus attractive. Retrait, sinon défavorable. Même avis sur le n°713 qui relève du règlement.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Mes parents étaient tout deux non seulement de grands résistants, mais aussi des chirurgiens-dentistes ! Je suis donc au fait de cette querelle byzantine et, au risque de leur déplaire, la chirurgie dentaire est une branche de l'odontologie, terme qui recouvre également la recherche et la formation. D'où son utilisation dans le code de l'éducation. Nous ne désirons pas modifier cette appellation qui fait l'objet d'un consensus entre chirurgiens-dentistes et universitaires. Avis défavorable à l'amendement n°721 de même qu'au n°713 car le but est de créer une filière commune aux médecins et dentistes plus large que la chirurgie dentaire afin de mieux prendre en charge les pathologies lourdes et complexes qui requièrent l'utilisation de la chirurgie maxillo-faciale. Nous

créerons, par voie réglementaire, d'autres filières à mesure qu'universitaires et praticiens formeront d'autres consensus car il est bien évident que cela ne relève pas de la loi !

Les amendements n°s 712 et 713 sont retirés.

M. le président. – Amendement n°474, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Rédiger comme suit le texte proposé par le VI de cet article pour l'article L. 1434-6-1 du code de la santé publique :

« Art. L. 1434-6-1. - Le schéma régional de l'organisation des soins détermine également les zones dans lesquelles, en raison d'une densité particulièrement élevée de l'offre de soins, l'installation des professionnels de santé libéraux, des maisons de santé et des centres de santé, est subordonnée à l'autorisation de l'agence régionale de santé.

M. Guy Fischer. – Nous souhaitons soumettre l'installation des médecins dans les zones à forte densité médicale à l'autorisation de l'ARS.

Je sais le sort qui sera réservé à cet amendement. Pour autant, il serait regrettable que nous n'abordions pas ces questions en séance publique.

Avec 208 191 médecins recensés par l'Insee au 1^{er} janvier 2007, la France semble proposer une offre de soins élevée, la plus forte de l'Union européenne. Or il n'en est rien : certaines zones sont de véritables déserts médicaux. Et compte tenu des départs en retraite des médecins âgés -de nombreux professionnels ont été formés avant l'instauration du *numerus clausus* en 1970-, le nombre de médecins, selon une étude de la Drees de 2009 diminuera de 10 % en dix ans.

Le rehaussement du *numerus clausus*, opportun, ne suffira pas. Il ne garantit pas que les médecins s'installeront dans les zones à faible densité médicale sans compter que leur formation dure huit à dix ans. Que faire ? Depuis des années, la tendance est aux mesures incitatives. Ce texte n'y coupe pas : le contrat de solidarité est -c'est la patte de la commission- non plus obligatoire, mais volontaire car on ne pourrait pas contraindre les médecins à s'installer dans les zones qui en ont besoin. Les manifestations ont payé : ce qui compte, c'est la liberté d'installation des médecins. Est-ce à croire que ces derniers sont sensibles aux mesures incitatives ? J'en doute : d'après un sondage mené en 2007, 60 % des jeunes médecins n'envisagent pas de s'installer en zone rurale en raison des fortes exigences de disponibilité requises et de l'isolement de ces zones. Les jeunes médecins ne veulent pas de la vie professionnelle qu'a connue un M. Autain !

M. le président. – Veuillez conclure.

M. Guy Fischer. – D'où cet amendement. Monsieur le président, je regrette d'avoir été ainsi censuré ! (*Exclamations à droite*)

M. le président. – Amendement n°857 rectifié, présenté par MM. P. Blanc, Laménie et Gilles.

Au début du premier alinéa du texte proposé par le VI de cet article pour l'article L.1434-6-1 du code de la santé publique, remplacer les mots :

Le schéma régional d'organisation des soins

par les mots :

L'état des lieux régional de la démographie médicale

M. Marc Laménie. – A l'image du Sros hospitalier, le Sros ambulatoire deviendra opposable. Cette notion doit donc être supprimée.

M. le président. – Amendement n°183 rectifié, présenté par MM. Maurey, Zocchetto, Amoudry, Biwer, J. Boyer, Détraigne, Dubois, J.L. Dupont et A. Giraud, Mme N. Goulet et MM. Merceron et Soulage.

Après le premier alinéa du texte proposé par le VI de cet article pour l'article L. 1434-6-1 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« A partir du 1^{er} janvier 2010, les médecins exerçant à titre libéral ou salarié leurs fonctions qui s'installent dans l'une des zones visées au précédent alinéa, ne peuvent adhérer à la convention nationale visée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

M. Hervé Maurey. – Madame la ministre, pardonnez-moi d'intervenir tard dans ce débat. Je suis revenu dare-dare de mon département de l'Eure, l'un de ceux à la plus faible densité médicale, pour aborder ce sujet important de la démographie médicale qui nous concerne tous, que nous soyons de la majorité ou de l'opposition. Hélas, les solutions que vous proposez ne sont pas à hauteur de la situation.

M. François Autain. – Juste !

M. Hervé Maurey. – L'Eure compte 198 médecins pour 100 000 habitants, contre 831 à Paris et dans le sud de la France, l'écart est donc de un à quatre avec une moyenne nationale de 340 médecins pour 100 000 habitants. Plus de 70 départements sur 95 se situent en dessous de la moyenne nationale, dont l'Indre, la Meuse, l'Orne, la Vendée -je vous fais grâce de cette longue liste... Or le volet territorial de cette loi, malgré son intitulé, est insuffisant. La situation va s'aggraver, tout le monde en est conscient, du fait du départ en retraite des médecins, du refus des jeunes médecins de s'installer en zones rurales et périurbaines et de l'augmentation des besoins médicaux. Bien sûr, il faut toujours privilégier l'incitatif sur le coercitif, mais les expériences menées de manière précoce par des départements comme celui de la Manche, montrent que cela ne fonctionne pas.

M. François Autain. – Très bien !

M. Hervé Maurey. – Des personnes bien plus qualifiées que moi l'affirment dans leurs rapports : les élus tels que notre collègue Juilhard, mais aussi le Haut conseil de l'assurance maladie et même

l'Académie de médecine et, pour mettre les membres de la majorité complètement à l'aise, le Président de la République lui-même selon lequel « en matière de démographie médicale, il faut au moins s'inspirer des négociations entre l'assurance maladie et les infirmiers ».

Qui plus est, le système des bourses n'est pas très égalitaire puisque l'obligation de service public repose sur les seuls étudiants qui ont besoin de l'allocation, les plus aisés pouvant y échapper.

Ce système sympathique est inefficace. L'amendement n°183 rectifié s'inscrit dans la logique des propos du Président de la République en proposant que les médecins qui s'installent à partir de 2010 dans des zones à forte densité ne bénéficient plus du conventionnement.

M. le président. – Amendement n°2 rectifié *ter*, présenté par MM. Biwer, J.L. Dupont, Deneux, Maurey, Amoudry, Merceron et Zocchetto.

Remplacer les deuxième, troisième et quatrième alinéas du texte proposé par le VI de cet article pour l'article L. 1434-6-1 du code de la santé publique par deux alinéas ainsi rédigés :

« Dès l'entrée en vigueur du schéma régional d'organisation des soins, le directeur général de l'agence régionale de santé évalue la satisfaction des besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier recours mentionnés à l'article L. 1434-6. Cette évaluation est établie dans des conditions et suivant des critères arrêtés par les ministres chargés de la santé et de l'assurance maladie.

« Si cette évaluation fait apparaître que les besoins en implantations précitées ne sont pas satisfaits et que, de ce fait, l'offre de soins de premier recours ne suffit pas à répondre aux besoins de santé de la population dans certains territoires de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé impose aux médecins exerçant dans les zones visées au premier alinéa du présent article d'adhérer à un contrat de santé solidarité par lequel ils devront contribuer à répondre aux besoins de santé de la population des zones mentionnées à l'article L. 1434-6.

M. Claude Biwer. – Je rejoins Hervé Maurey. Comme lui, j'étais dans mon département cet après-midi et, pressé de prendre le TGV, je n'ai pas réglé le parcimètre, ce qui m'expose à payer 14 euros... à moins que je règle le procès-verbal, soit 11 euros ! C'est un peu la même chose pour les médecins en zone à forte densité : la pénalité leur coûte moins cher que le manque à gagner. Il faudrait des mesures véritablement incitatives.

Vous m'avez démontré, madame, que vous savez être courageuse. Malheureusement, il faudrait dans ce texte des décisions plus significatives qu'une mesurette, car les choses doivent changer. Les statistiques reconnaissent notre retard, mais les évolutions prévues n'y changent rien, puisqu'elles se

font à taux constant pour tous, voire avec un coefficient moindre pour nous. Le manque de dynamisme des milieux médicaux locaux fait que dans un département frontalier comme le mien, on voit se mettre en place de véritables filières ; l'on nous propose des médecins, des infirmières venus d'Europe de l'est. Il se murmure que leurs diplômés ont moins de valeur. Peut-être, mais vaut-il mieux être moins bien soigné ou pas soigné du tout ? Donnons un autre élan, un nouveau dynamisme ! N'attendons pas !

M. le président. – Amendement n°477, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Dans le deuxième alinéa du texte proposé par le VI de cet article pour l'article L. 1434-6-1 du code de la santé publique, remplacer les mots :

À l'échéance d'un délai de trois ans à compter de

par le mot :

Dès

M. François Autain. – Mon amendement va dans le même sens que le précédent. Je ne crois pas beaucoup à cette disposition incitative, un leurre jeté en pâture à ceux qui veulent y croire. Les incitations ont prouvé leur inefficacité, il est inutile de les multiplier et mieux vaut passer à d'autres décisions. Mais puisque contrat il y a, j'ai essayé d'imaginer comment il pourrait s'appliquer quand il y a des centaines de kilomètres entre la zone à forte densité et la zone sous-médicalisée. Avec les « améliorations » apportées par le rapporteur, le contrat devient définitivement inapplicable. Pourquoi, de toute façon attendre trois ans après la mise en place des Sros, soit jusqu'en 2016 ? Pour le Gouvernement, il n'y a pas d'urgence. Mieux vaudrait attendre 2015 pour agir. J'oubliais qu'il y va de la sacro-sainte liberté d'installation dont M. Vasselle croyait qu'elle était constitutionnelle. (*M. Guy Fischer applaudit*) Il faut redescendre sur terre ! L'Allemagne a limité la liberté d'installation dans les années 90 et les Allemands ne sont pas plus mal soignés que nous -ils n'ont pas nos déserts médicaux.

Il est consternant que le Gouvernement fasse semblant d'agir. Qu'au moins, son contrat s'applique dès l'élaboration des Sros.

M. le président. – Amendement n°858 rectifié, présenté par MM. P. Blanc, Laménie et Gilles.

Dans la première phase du deuxième alinéa du texte proposé par le VI de cet article pour l'article L. 1434-6-1 du code de la santé publique, remplacer les mots :

du schéma régional d'organisation des soins,

par les mots :

de l'état des lieux régional de la démographie médicale

M. Marc Laménie. – Nous substituons au Sros ambulatoire, qui deviendrait opposable, un état des lieux régional de la démographie médicale.

M. le président. – Amendement n°859, présenté par MM. P. Blanc et Laménie.

Supprimer les trois derniers alinéas du texte proposé par le VI de cet article pour l'article L.1434-6-1 du code de la santé publique.

M. Marc Laménie. – Il serait inacceptable que les généralistes soient les seuls à être exposés à une taxe en cas d'échec des incitations.

M. le président. – Amendement n°180 rectifié, présenté par M. Maurey.

Rédiger comme suit le troisième alinéa du texte proposé par le VI de cet article pour l'article L. 1434-6-1 du code de la santé publique :

« Si cette évaluation fait apparaître que les besoins en implantations précités ne sont pas satisfaits et que, de ce fait, l'offre de soins de premier recours ne suffit pas à répondre aux besoins de santé de la population dans certains territoires de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé propose aux médecins exerçant dans les zones visées au premier alinéa du présent article d'adhérer à un contrat santé solidarité par lequel ils s'engagent à contribuer à répondre aux besoins de santé de la population des zones mentionnées à l'article L. 1434-6 où les besoins en implantation ne sont pas satisfaits. Ce contrat est soumis pour avis à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, à l'union régionale des professionnels de santé compétente pour les médecins et aux organisations les plus représentatives des étudiants en médecine, des internes et des chefs de clinique.

M. Hervé Maurey. – On l'a compris, je n'ai pas une confiance absolue dans le dispositif. Mon amendement tend à lui donner un peu de sens : dans les zones sous-médicalisées, le directeur général de l'ARS doit avoir l'obligation de proposer le contrat santé solidarité.

M. le président. – Amendement n°480, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Rédiger comme suit le troisième alinéa du texte proposé par le VI de cet article pour l'article L. 1434-6-1 du code de la santé publique :

« Dans les zones où cette évaluation fait apparaître que l'offre de soins de premier recours est particulièrement élevée, tout nouveau conventionnement de médecins est suspendu pendant une durée de trois ans.

Mme Isabelle Pasquet. – Cet amendement prolonge notre logique, il tend à la satisfaction des besoins de la population car nous ne nous contentons pas de voir coexister des zones sur et sous-médicalisées, nous voulons corriger une lacune du dispositif qui ne prévoit rien contre la surmédicalisation.

M. le président. – Amendement n°626 rectifié, présenté par MM. Barbier et Mézard, Mme Escoffier et MM. Marsin, Milhau et de Montesquiou.

Supprimer l'avant-dernier alinéa du texte proposé par le VI de cet article pour l'article L. 1434-6-1 du code de la santé publique.

M. Gilbert Barbier. – Je vais à l'encontre de ce qui vient d'être dit...

M. Guy Fischer. – Chacun dans son rôle !

M. Gilbert Barbier. – ...en supprimant la contribution forfaitaire quand le contrat n'est pas respecté.

M. François Autain. – C'est trop !

M. Gilbert Barbier. – Il serait paradoxal de pénaliser les médecins qui ont accepté d'adhérer et non les autres.

M. le président. – Amendement n°179, présenté par M. Maurey.

Dans le quatrième alinéa du texte proposé par le VI de cet article pour l'article L. 1434-6-1 du code de la santé publique, après le mot :

médecins

insérer les mots :

qui refusent de signer un tel contrat, ou

M. Hervé Maurey. – Je souhaite qu'on rétablisse le texte de l'Assemblée nationale.

L'amendement n°230 n'est pas soutenu.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je le reprends !

M. le président. – Ce sera l'amendement identique n°230 rectifié, présenté par le Gouvernement.

Amendement n°784 rectifié *bis*, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

I. Au début de l'avant-dernier alinéa du texte proposé par le VI de cet article pour l'article L. 1434-6-1 du code de la santé publique, après le mot :

médecins

insérer les mots :

qui refusent de signer un tel contrat, ou

II. Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - Dans un délai de deux ans après la publication de la présente loi, l'union nationale des caisses d'assurance maladie et les syndicats représentatifs des médecins libéraux concluent un accord qui permettra de parvenir à un meilleur équilibre de l'offre de soins de premiers recours sur le territoire, afin de garantir une réponse adaptée aux besoins de la population.

Ils s'accorderont sur des mesures d'adaptation incitatives et sur la définition d'un dispositif de régulation des installations en fonction de l'offre globale de soins de premier recours, au sein de chaque région, dans les

zones mentionnées à l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale.

M. Bernard Cazeau. – Nous souhaitons le rétablissement du caractère obligatoire du contrat tel qu'adopté par l'Assemblée nationale.

M. Guy Fischer. – C'est le moindre mal !

M. Bernard Cazeau. – J'ai eu des contacts avec l'Association nationale des étudiants en médecine et celle représentant les internes : elles sont favorables à cette disposition dans les cas où une action rapide et forte est nécessaire. Dire qu'on veut agir en sachant que ce qu'on propose n'est pas faisable, cela ne sert à rien.

M. le président. – Amendement n°181, présenté par M. Maurey.

Au quatrième aliéna du texte proposé par le VI de cet article pour l'article L. 1434-6-1 du code de la santé publique, remplacer le mot :

plus

par le mot :

moins

M. Hervé Maurey. – Le montant maximal de la contribution est aujourd'hui fixé au plafond de la sécurité sociale, soit 2 859 euros par an, somme plutôt symbolique au regard du revenu des médecins. Je prends le pari que la plupart d'entre eux préféreront payer que d'aller là où on a besoin d'eux mais où ils ne veulent pas aller.

M. Alain Milon, rapporteur. – Je suis consterné par les propos que je viens d'entendre, empreints d'une idéologie socialisante, d'une vision collectiviste de la société française ! (*M. Alain Vasselle applaudit*) Il manque des médecins ici ou là ? Obligeons-les après leurs quinze ans d'études à aller trimer pendant 25 ans dans un trou où ils ne veulent pas aller ! (*Exclamations*) Voilà le message que j'ai entendu ! Reconnaissez donc la valeur de l'acte médical, et vous verrez que les choses s'arrangeront ! Je suis outré !

Changer le contrat passé par l'État avec les étudiants après leurs études ? Si vous voulez nationaliser la médecine, faites-le, mais pour tous ! Avis défavorable à l'amendement n°474 qui change le contrat signé avec l'État après de longues années d'études. L'amendement n°857 rectifié est contraire à l'esprit du projet de loi, notamment à ce que nous avons voté à l'article 26 : retrait. Même avis à l'amendement n°183 rectifié, le déconventionnement pénaliserait les patients en mettant fin au remboursement par la sécurité sociale. Même avis encore aux amendements n°2 rectifié *ter* et 477, mieux vaut attendre les résultats des mesures incitatives. Défavorable par coordination au 858 rectifié, ainsi qu'au 859 -le dispositif est acceptable pourvu que le contrat reste volontaire. Sagesse sur l'amendement n°180 rectifié, qui ne change guère les

choses. Avis défavorable à l'amendement n°480, qui pénaliserait les patients, ainsi qu'au 626 rectifié, car, monsieur Barbier, le non-respect du contrat justifie la sanction. Même avis aux amendements n°179 et 230 rectifié, qui reviennent au texte de l'Assemblée nationale, ce que la commission ne souhaite pas, ainsi qu'aux 784 rectifié *bis* et 181.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je fais crédit à chacun de sa sincérité. Le diagnostic est partagé : nous connaissons des problèmes de démographie médicale dans de nombreuses régions, et les choses ne vont pas s'arranger.

M. François Autain. – C'est vrai !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Le relèvement du *numerus clausus* mettra dix ans à produire ses effets.

Ce diagnostic fonde cependant deux visions totalement différentes. Certains pensent que les mesures incitatives déjà en vigueur n'ont pas été efficaces. Il faut se demander pourquoi !

M. François Autain. – Voilà !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je vous dirai aussi pourquoi ce que je propose va l'être...

Nous n'avions pas de diagnostic territorial précis et qualitatif, nous l'aurons. On ne peut pas se contenter de dire que la région Paca a plus de médecins que le Nord-Pas-de-Calais -je caricature à peine. Ensuite, nous n'avions pas assis notre politique sur la valorisation de la médecine générale, celle qui maille vraiment le territoire.

M. Gilbert Barbier. – Les spécialistes aussi !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Ce sera le cas. Enfin, les mesures étaient prises en ordre dispersé par l'assurance maladie, l'État, les collectivités territoriales. Treize aides différentes, 200 modalités de mise en œuvre ! La plupart de jeunes médecins ne les connaissaient pas. Nous allons demain faire de l'ARS le diagnosticien territorial et un guichet unique bien identifié pour l'attribution des aides. Ce sera plus rationnel et plus cohérent.

Nous ne sommes pas dans le même schéma qu'auparavant, ce qui fait qu'on ne peut arguer des échecs précédents pour critiquer le nouveau dispositif. Je suis de ceux et celles qui pensent que les mesures coercitives ne seront pas efficaces...

M. François Autain. – Comment le savez-vous ? On ne les a pas essayées !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – ...parce que la demande de soins est en train de changer, parce que les médecins ont aujourd'hui un plus large choix de leurs modes d'exercice, avec le développement du salariat, parce que la concurrence va jouer davantage qu'avant.

Ce sera notamment le cas en Europe. Même sur notre territoire, des zones aujourd'hui sur-denses risquent à terme de se retrouver moins bien dotées, d'autant que la tentation de l'exercice salarié, qui permet de mieux concilier vie familiale et vie professionnelle, va de pair avec la féminisation du métier... Vu cette concurrence, des mesures coercitives seraient contreproductives. Je vous propose des procédures permettant de naviguer entre ces deux écueils.

Défavorable à l'amendement n°474. Exiger une autorisation préalable de l'ARS serait une mesure coercitive...

M. François Autain. – Horreur !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – ...qui ferait fuir les généralistes des zones sous-denses.

En abolissant les Sros au profit d'un état des lieux de la démographie médicale, les amendements n°857 rectifié et 858 rectifié nous priveraient du principal outil qui rendra ces mesures efficaces : avis défavorable.

L'amendement n°183 rectifié est aussi coercitif : il est impossible de priver les patients de remboursement !

Les amendements n°2 rectifié *ter* et 477 portent sur le contrat santé-solidarité. Des zones sous-denses peuvent côtoyer des zones sur-denses, monsieur Autain : si Nice est riche en médecins, ce n'est pas le cas de l'arrière-pays, et certains quartiers de Lille sont sur-dotés ! Cette proximité permettra à des médecins libéraux d'exercer dans un cabinet secondaire, en Ehpad ou encore de participer à la permanence des soins. J'ai la conviction que ce paquet de mesures sera efficace. Monsieur Autain, si vous aviez tort, laissez une chance à ces mesures !

M. François Autain. – Et si j'ai raison ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Nous ferons le contrat santé-solidarité, de manière intelligente. Je suis pour une démarche reposant sur le volontariat. On doit pouvoir s'exonérer du contrat par une redevance modérée : défavorable à l'amendement n°180 rectifié

Défavorable à l'amendement n°480, qui interdit le conventionnement.

Si l'on supprime la pénalité pour non-respect, il n'y a plus de contrat : défavorable à l'amendement n°626 rectifié.

Je reprends l'amendement n°230 de M. Beaumont, car je suis très attachée à l'obligation de signer le contrat. Le rapporteur de l'Assemblée nationale a fait un travail de qualité. Favorable à l'amendement n°179, ainsi qu'à l'amendement n°784 rectifié.

M. Gilbert Barbier. – C'est pourtant coercitif...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Le contrat pourra être proposé par le directeur général de l'ARS si les mesures incitatives se révélaient insuffisantes.

Les contraintes -modérées- pèseront sur les médecins qui s'installent mais aussi sur leurs aînés : pas question d'en faire une mesure anti-jeune ! C'est au nom de ce principe de solidarité intergénérationnelle que les jeunes médecins ont donné leur accord à ce contrat. Ce dispositif ne sera mis en œuvre que dans les territoires où, sur la base d'une large concertation, il apparaît nécessaire de rééquilibrer l'offre de soins. Défavorable à l'amendement n°859. Si l'on supprime son caractère obligatoire, la mesure n'a plus de sens !

Enfin, défavorable à l'amendement n°181 : dans un état de droit, chacun doit savoir à quelle peine maximale il s'expose, et la sanction doit être proportionnée.

En somme, deux visions s'affrontent. Le Gouvernement vous propose une position équilibrée, et surtout efficace. (*M. François Autain s'exclame*) Je ne crois pas au laisser aller, à l'absence de toute mesure volontariste : la bonne volonté ne suffira pas. Je ne crois pas plus aux mesures coercitives. Cet article permet d'aller les uns vers les autres.

Prochaine séance, aujourd'hui, vendredi 29 mai 2009 à 9 h 30.

La séance est levée à minuit vingt-cinq.

Le Directeur du service du compte rendu analytique :

René-André Fabre

ORDRE DU JOUR

du vendredi 29 mai 2009

Séance publique

A 9 HEURES 30 ET A 15 HEURES

- Suite du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (n° 290, 2008-2009).

Rapport de M. Alain Milon, fait au nom de la commission des affaires sociales (n° 380, 2008-2009).

Texte de la commission (n° 381, 2008-2009).