

**VENDREDI 1ER JUILLET 2011**

**Réforme de l'hôpital (*Deuxième lecture – Suite*)**

## SOMMAIRE

|   |           |
|---|-----------|
| <b>OUVERTURE DE LA SESSION EXTRAORDINAIRE.....</b>          | <b>1</b>  |
| <b>RÉFORME DE L'HÔPITAL (Deuxième lecture – Suite).....</b> | <b>1</b>  |
| <b><i>Discussion générale (Suite)</i></b>                   | <b>1</b>  |
| <b><i>Discussion des articles</i></b>                       | <b>2</b>  |
| Article premier   | 2         |
| Article 2   | 4         |
| Article 3   | 5         |
| Article 3 bis AA  | 6         |
| Article 3 bis A   | 7         |
| Article 4 bis   | 7         |
| Article 5   | 7         |
| Article 6   | 8         |
| Article 7 bis   | 9         |
| Article 7 ter A (Supprimé)                                  | 9         |
| Article 9 B   | 11        |
| Article 9   | 11        |
| Article 9 bis A   | 11        |
| Article 9 bis BA  | 12        |
| Article 9 bis   | 12        |
| Article 9 sexies (Supprimé)                                 | 12        |
| Article 9 septies (supprimé)                                | 13        |
| Article 11 bis  | 13        |
| Article 14 ter (Supprimé)                                   | 14        |
| Article 16  | 14        |
| <b>CMP (NOMINATIONS).....</b>                               | <b>15</b> |
| <b>CMP (CANDIDATURES).....</b>                              | <b>15</b> |
| <b>RÉFORME DE L'HÔPITAL (Deuxième lecture – suite).....</b> | <b>15</b> |
| <b><i>Discussion des articles (Suite)</i></b>               | <b>15</b> |
| Article 16 (Suite)  | 15        |
| Article 16 bis A  | 18        |
| Article 17 ter  | 18        |
| Article 18  | 19        |
| Articles additionnels                                       | 19        |
| Article 20  | 21        |
| Article 20 quinquies  | 21        |
| Article additionnel   | 22        |
| Article 20 sexies   | 22        |
| Article 20 decies   | 22        |
| Article 22 (Supprimé)                                       | 24        |
| Article 22 bis  | 25        |
| Article 23 (Supprimé)                                       | 25        |
| Article 24  | 25        |
| Article 25  | 26        |
| Article 26  | 27        |
| Article 28  | 27        |
| Article 30  | 27        |
| Article 31  | 27        |
| <b><i>Interventions sur l'ensemble</i></b>                  | <b>28</b> |
| <b>CMP (Nominations).....</b>                               | <b>28</b> |

## SÉANCE du vendredi 1<sup>er</sup> juillet 2011

1<sup>ère</sup> séance de la session extraordinaire 2010-2011

PRÉSIDENTE DE M. ROGER ROMANI,  
VICE-PRÉSIDENT

*La séance est ouverte à minuit une.*

### Ouverture de la session extraordinaire

**M. le président.** – Je déclare ouverte la session extraordinaire convoquée par le président de la République, et sa première séance.

### Réforme de l'hôpital (Deuxième lecture – Suite)

**M. le président.** – Nous reprenons la discussion en deuxième lecture de la proposition de loi, modifiée par l'Assemblée nationale, modifiant certaines dispositions de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

#### Discussion générale (Suite)

**Mme Catherine Morin-Desailly.** – Nous sommes passés, comme l'a dit le rapporteur de la proposition de loi Fourcade à une loi fourre-tout. Qu'ont à voir le dépistage de la surdité, la modulation des tarifs pour les mutuelles ou encore la responsabilité civile professionnelle avec l'hôpital ? Nous attendions que la commission des affaires sociales demande la modification de l'intitulé de la proposition de loi. Nous ne désespérons pas...

Nous sommes pour la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (Sisa) et le retrait de la pénalité liée au contrat de solidarité : il faut faire confiance aux médecins.

En revanche, pourquoi supprimer la pénalité liée à l'obligation de déclaration d'absence ? Elle est légitime, puisque dérivant du cadre contractuel.

Quelques mots des grands sujets introduits par les députés. La réforme de la biologie médicale n'est pas aboutie : nous la repoussons. En revanche, nous approuvons l'article 24, issu de la proposition de loi Lefrand, sur l'indemnisation des victimes et la responsabilité civile professionnelle. Ces mesures étaient attendues depuis longtemps.

Comme le rapporteur, je refuse les articles 22 et 22 bis : les mutuelles ne doivent pas avoir le droit de

remodeler à leur guise l'offre de soins, non plus d'ailleurs que la prévoyance et l'assurance !  
(*Applaudissements à droite*)

**M. Jean-Pierre Fourcade.** – Deux mots pour expliquer ma perplexité et dissiper un malentendu.

Mon but était de lutter contre les déserts médicaux par la création d'une structure collective, la Sisa ; adoucir les dispositions coercitives de la loi HPST et, enfin, simplifier les formalités dans le secteur médico-social.

Le Parlement a pinaillé, comme d'habitude ; mais l'essentiel est atteint.

Le problème, c'est le reste ! Comme le rapporteur, je considère que nombre de dispositions n'ont pas leur place dans ce texte, sauf peut-être le dispositif sur la responsabilité professionnelle.

Ensuite, permettez-moi de dissiper un malentendu : je présenterai le rapport de suivi de la loi HPST dans quelques jours. Les deux n'ont rien à voir ! Mon rapport porte sur la gouvernance de l'hôpital, sur la coopération entre établissements et entre public et privé, sur le fonctionnement des ARS et la formation. Le délai de deux ans, imposé par la loi, a été respecté.

Restent de nombreux problèmes.

Le texte tourne autour de la biologie médicale ou encore des mutuelles et des réseaux de soins... Preuve que le Parlement s'intéresse à l'offre de soins ? Certains collègues ne parlent que des dépassements d'honoraires : il se trouve que ceux-ci sont plus importants dans le secteur public !

**M. Jacky Le Menn.** – Nous le déplorons !

**M. Jean-Pierre Fourcade.** – Ayons une vision globale !

En attendant, votons ce texte qui améliorera la prise en charge des patients ; car c'est bien lui, le patient, qui doit être au cœur de nos préoccupations !  
(*Applaudissements sur les bancs UMP*)

**M. Yves Daudigny.** – Il était plus pressé de répondre aux urgences posées par le corps médical que de satisfaire les besoins des patients. Par ce texte, vous supprimez les seules mesures coercitives de la loi HPST. Votre apparence de fermeté n'aura pas résisté bien longtemps. Chacun appréciera ce manque de respect pour le vote du Parlement... Au reste, ce texte modeste est jugé si important par le ministre qu'il en fait dépendre la mise en œuvre de la réforme de 2009.

**M. Xavier Bertrand, ministre du travail, de l'emploi et de la santé.** – C'est, en effet, un texte important !

**M. Yves Daudigny.** – Ce texte souffre d'un manque de préparation et de vision d'ensemble. (*M. Xavier Bertrand, ministre, le réfute*) Une réforme globale nécessite de jouer sur tous les paramètres : *numerus clausus*, modes d'exercice, et régulation.

Cette dernière existe pour les instituteurs, les militaires et les infirmiers libéraux. Pourquoi pas pour les médecins ? D'après l'Insee, l'effet des mesures incitatives est proche de zéro alors que les besoins, eux, se font de plus en plus sentir.

Les renoncements aux soins sont en augmentation : ils entraînent parfois des surcoûts considérables. Une politique de santé publique est celle qui réussit à réduire les inégalités face à la santé ! On ne peut que constater l'échec du Gouvernement.

Ce texte comporte quelques bonnes dispositions. Nous proposerons des amendements pour faire encore mieux. (*Applaudissements à gauche*)

**M. Xavier Bertrand, ministre.** – Tout cela promet un beau débat sur les articles.

**M. Jean-Louis Lorrain.** – Ce texte vise à rendre plus opérationnelle la loi HPST, dont l'objectif fut d'améliorer le parcours de soins pour réduire les inégalités. J'en remercie M. Fourcade.

D'après une étude, 88 % des Français sont satisfaits de leur système de santé mais 60 % inquiets de son avenir.

Ce texte apporte un statut juridique aux maisons de santé. Pour ce qui est de la médecine libérale, les mesures coercitives étaient illusoires. On ne peut pas légiférer contre les médecins ! C'est un constat de bon sens, non une affirmation corporatiste ! Il y a une crise des vocations. Les jeunes médecins veulent concilier vies professionnelle et familiale ; les maisons de santé répondent à cette nouvelle attente. Le contrat Santé-solidarité, aménagé, fondé sur le volontariat, est intéressant.

L'Assemblée nationale a introduit des ajouts dans l'esprit du texte. Les dispositions sur la responsabilité des professionnels sont essentielles pour lutter contre la désertification. Responsabiliser les médecins, c'est améliorer l'offre de soins. Les « trous de garantie » sont bien connus.

Nous attendons le rapport de suivi de M. Fourcade. Il faut répondre au double défi, financier et démographique, de notre système de santé, qui est l'un des plus performants du monde. (*Applaudissements sur les bancs UMP*)

**M. Xavier Bertrand, ministre.** – Monsieur Le Menn, c'est à l'État et aux collectivités de lutter contre les déserts médicaux. Les dépassements d'honoraires seraient moindres si l'on avait rehaussé les honoraires... Il faut réfléchir au secteur optionnel.

Sur l'article 22 je retiens la position d'ouverture du rapporteur. Aux biologistes nous apporterons une réponse claire et rassurante.

Monsieur Marsin, nous avons pris des mesures incitatives -et j'assume cette logique- pour garantir l'accès aux soins. Le plan Santé outre-mer y participe.

Monsieur Fischer, la proposition de loi ne répond pas à une demande du Gouvernement mais à celles des professionnels de santé et des patients. Il faut faire confiance aux professionnels qui, chaque jour, font leur devoir. Certains propos sur les médecins me choquent ! Nous ne voulons pas la disparition des petits laboratoires mais assurer la qualité des prestations.

Madame Morin-Desailly, un accord semble se dégager sur la biologie médicale. L'article 24 apportera des garanties aux professionnels et aux patients.

Monsieur Fourcade, votre rapport apportera un complément utile à la loi HPST. Il faut avoir une vision globale. Votre proposition de loi comble un vide juridique en dotant de la personnalité morale les maisons de santé.

Monsieur Lorrain, je crois à l'incitation, comme vous, pas à la coercition.

Monsieur Daudigny, le rapport du Conseil de l'Ordre montre que pour la première fois, davantage de médecins s'installent à la campagne. Ne cherchez pas à faire peur aux Français. La Picardie souffre d'être située entre le Nord-Pas-de-Calais et l'Île-de-France. Depuis 2005, je n'ai cessé de remonter le *numerus clausus* : le malthusianisme pratiqué par la gauche et la droite a eu des effets désastreux.

Mais je constate que dans le programme du PS, votre ordonnance pour la santé serait ruineuse ! (*Applaudissements à droite*)

*La séance est suspendue à minuit et demi.*

\*

\* \*

PRÉSIDENCE DE MME CATHERINE TASCA,  
VICE-PRÉSIDENTE

SECRÉTAIRE : M. JEAN-PIERRE GODEFROY.

*La séance reprend à 9 h 30.*

*Le procès-verbal de la séance du jeudi 30 juin 2011, constitué par le compte rendu analytique, est adopté sous les réserves d'usage.*

**Mme la présidente.** – Je vous rappelle qu'en deuxième lecture sont irrecevables les amendements remettant en cause les votes conformes.

Discussion des articles

### **Article premier**

**Mme la présidente.** – Amendement n°24 rectifié, présenté par MM. Barbier, Milhau et Vall,

Mme Laborde, M. Marsin, Mme Escoffier et M. Mézard.

Alinéa 6

Après les mots :

personnes physiques

insérer les mots :

et des personnes morales

**M. Daniel Marsin.** – Les Sisa créées par l'article premier ne peuvent être constituées qu'entre personnes physiques. L'absence de mention des personnes morales posera problème, en particulier pour les milliers de médecins qui ont fait le choix d'exercer en société civile professionnelle (SCP) ou en société d'exercice libéral (SEL), en particulier en SEL à associé unique. Certes, ces derniers pourront également être associés d'une Sisa mais seulement à titre individuel, ce qui laisse supposer pour eux une complexité administrative, comptable et fiscale.

**M. Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales.** – L'Assemblée nationale, comme le Sénat, a écarté cette possibilité mais elle a admis que les associés d'une SCP ou d'une SEL puissent y être associés individuellement.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État auprès du ministre du travail, de l'emploi et de la santé, chargée de la santé.** – Même avis défavorable.

*L'amendement n°24 rectifié est retiré, ainsi que les amendements n°25 rectifié et 26 rectifié.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°37, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

I. - Alinéa 11

Après les mots :

d'activités

insérer les mots :

de prévention,

II. – Alinéa 12

Supprimer cet alinéa.

**M. Jacky Le Menn.** – Nous voulons ajouter la prévention aux activités dévolues aux Sisa. Ces activités sont en outre assez définies pour qu'il ne soit pas nécessaire de renvoyer à un décret en Conseil d'État.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La prévention n'est pas expressément mentionnée mais elle a vocation à faire partie de l'éducation thérapeutique. Le décret pourra justement le préciser.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Même avis défavorable. Il n'est pas prévu de rémunération spécifique pour la prévention, laquelle est intégrée à la pratique médicale.

**M. Guy Fischer.** – Nous voterons cet amendement. Oui, la prévention est intégrée, chacun peut en faire l'expérience. Mais dans de grands quartiers populaires comme les Minguettes -que vous connaissez bien, madame la ministre- il est impératif de mettre en œuvre une vraie politique de prévention. Ce sont les plus pauvres qui subissent les effets de son absence. L'accès aux spécialistes leur est de plus en plus difficile.

Nous espérons que le problème sera abordé dans la grande loi de santé publique. On ne peut se satisfaire de la situation actuelle.

*L'amendement n°37 n'est pas adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°38, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Alinéa 15

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

en Conseil d'État

**M. Daniel Marsin.** – Il est défendu.

*L'amendement n°38, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°105, présenté par le Gouvernement.

Après l'alinéa 26

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

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

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Il faut écarter la présomption de compérage.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Sagesse.

*L'amendement n°105 est adopté.*

**M. Jean-Pierre Fourcade.** – Je me félicite du débat sur cet article premier, qui sera utile pour lutter contre la désertification médicale. Quant à la prévention, c'est au niveau des Unions régionales des professionnels de santé (URPS), monsieur Fischer, qu'on peut mener les actions les plus efficaces.

**M. Guy Fischer.** – Il y a encore beaucoup à faire.

**M. Jean-Pierre Fourcade.** – Ce n'est pas pour faire plaisir aux médecins que j'ai introduit cet article premier.

*L'article premier, modifié, est adopté.*

## Article 2

**Mme la présidente.** – Amendement n°87, présenté par M. Fischer et les membres du groupe CRC-SPG.

Alinéa 2

Après les mots :

auxiliaires médicaux

insérer les mots :

, médico-sociaux

**M. Guy Fischer.** – Les maisons de santé peuvent être un mode d'exercice intéressant pour les professionnels de santé. Encore faut-il que leur développement ne se fasse pas sans contrepartie : elles doivent respecter le tarif opposable et pratiquer le tiers payant.

Ces maisons doivent en outre servir pleinement aux personnes qui y sont soignées. La pluridisciplinarité doit être une chance pour tous. Je vise en particulier le domaine social et médico-social. C'est l'objet de cet amendement, dans l'esprit des recommandations de l'Urcam de Franche-Comté et de la Fédération des maisons de santé. Dans les quartiers populaires, l'accès aux soins en serait facilité.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Une maison de santé regroupe principalement des médecins et du personnel médical. Cet amendement créerait du flou.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – M. Fischer souhaite que les professionnels médico-sociaux puissent intervenir dans les maisons de santé. Cela peut se faire dans le cadre de la Sisa, si ces personnels en sont salariés. L'amendement est satisfait. Si vous n'en êtes pas convaincu, l'avis sera défavorable.

**Mme Annie David.** – La nouvelle rédaction supprime la possibilité d'intervention du personnel médico-social. Elle nous apparaît comme un recul.

*L'amendement n°87 n'est pas adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°114, présenté par le Gouvernement.

I. - Alinéa 5

Rétablir le II dans la rédaction suivante :

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

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

« 1° d'une part, du recueil de son consentement exprès, par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée.

Ce consentement est valable tant qu'il n'a pas été retiré selon les mêmes formes ;

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

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

II. – Alinéa 7

Rétablir le IV dans la rédaction suivante :

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

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Cet amendement rétablit la rédaction issue de la première lecture. Les maisons de santé ne sont pas de simples cabinets de groupes. Les professionnels qui y interviennent doivent donc pouvoir accéder à toute l'information concernant un patient. L'amendement est protecteur des droits de celui-ci.

**Mme la présidente.** – Amendement n°27 rectifié, présenté par M. Barbier, Mmes Escoffier et Laborde et MM. Marsin, Mézard, Milhau, Tropeano et Vall.

Alinéa 5

Rétablir le II dans la rédaction suivante :

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

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

**M. Daniel Marsin.** – Les maisons de santé doivent respecter le principe du libre choix des patients. Le secret médical doit faire l'objet des mêmes règles partout, dans les cabinets de ville, dans les établissements de santé comme dans les maisons et centres de santé.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La commission puis le Sénat ont considéré qu'il n'y avait aucune raison pour que le partage de l'information se fasse dans des conditions différentes dans les maisons de santé. Le secret médical appartient au patient ; les règles en vigueur sont suffisantes pour permettre, avec l'accord de celui-ci, les échanges entre professionnels

Je comprends mal la référence à l'adhésion du patient au projet de santé, qui ne peut concerner que les professionnels. Le partage de l'information ne doit

avoir lieu que s'il est nécessaire et que le patient le souhaite explicitement.

L'argument de la charge de travail n'est pas sérieux. L'informatique donne le moyen d'un tri par niveaux d'accès.

Les professionnels exerçant en maisons de santé devront être attentifs à éviter tout reproche en matière de compérage et à respecter le libre choix du patient. Défavorable à l'amendement du Gouvernement.

L'amendement n°27 rectifié s'approche davantage de celui de la commission mais nous ne pouvons le suivre entièrement. *Quid* en cas d'hospitalisation ? Dans les situations d'urgence ?

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Défavorable à l'amendement n°27 rectifié, qui contre le nôtre.

On ne peut assimiler l'exercice libéral du médecin de ville avec celui, en équipes, de la maison de santé.

**M. Jacky Le Menn.** – Je suis sur la même longueur d'onde que le rapporteur. Le secret médical est un bloc, il appartient totalement au patient. Dès qu'il est partagé, il devient celui de Polichinelle... Il faut le bétonner !

**M. Jean-Pierre Fourcade.** – Je suis navré pour le Gouvernement mais la commission a raison. Prévoir des règles particulières dans les maisons de santé entraverait leur démarrage.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Le droit du patient doit primer, certes, mais en quoi est-il bafoué ici ? On lui demande son consentement, qu'il peut retirer à tout moment ; il peut choisir l'information dont il accepte qu'elle soit partagée. Nos structures hospitalières ont bien des dossiers médicaux accessibles aux professionnels. Faut-il croire que le droit du patient y est bafoué ? À vous suivre, où serait l'innovation des maisons de santé ? Leur valeur ajoutée est justement la fluidité de l'information.

*L'amendement n°114 n'est pas adopté,  
non plus que l'amendement n°27 rectifié.*

*L'article 2 est adopté.*

### Article 3

**Mme la présidente.** – Amendement n°88, présenté par M. Fischer et les membres du groupe CRC-SPG.

Alinéa 4

Supprimer cet alinéa.

**Mme Annie David.** – La proposition de loi supprime l'avant-dernier alinéa de l'article L. 1434-8 du code de la santé publique, qui instaure un contrat santé solidarité. Nous ne croyons guère à son efficacité dans la lutte contre les déserts médicaux, le Gouvernement non plus manifestement qui n'a pas publié les décrets d'application avant de le supprimer aujourd'hui.

*Le Figaro* écrit que M. Sarkozy s'est lancé dans une opération de rabiboilage avec les médecins. C'est bien le cas. La coercition ne serait pas efficace ? Mais l'a-t-on jamais expérimentée ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La commission a jugé, dès la première lecture, qu'il était préférable de renvoyer à un contrat-type négocié avec l'Uncam -qui pourra éventuellement prévoir des sanctions.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Même avis défavorable, ce contrat santé solidarité ne recueillant pas l'adhésion des médecins. Le Gouvernement croit plus à l'incitation qu'à la coercition, celle-ci entrant en contradiction avec le principe de libre installation.

**Mme Annie David.** – En juillet 2009, dans la loi HPST, vous étiez favorable à cette même coercition. C'était bien la seule de ce texte, d'ailleurs, et bien faible encore. Sans action forte, on n'aura bientôt plus de médecins de premier recours dans de nombreux territoires. Comme le Gouvernement a refusé de publier les décrets d'application, on ne sait pas si le dispositif est efficace.

**M. Guy Fischer.** – Il est clair que le président de la République veut avant tout faire plaisir aux médecins libéraux ; il est en campagne électorale. Comme il veut satisfaire les paysans et les petits patrons.

Accéder à un spécialiste est, dans les quartiers défavorisés, de plus en plus problématique. Mais le congrès des médecins libéraux de Nice doit entendre un message complaisant, quitte à ce que les inégalités continuent de se creuser.

**M. Jacky Le Menn.** – Le débat avait eu lieu il y a deux ans et un consensus s'était dégagé sur les dispositions sans doute insuffisantes mais assez positives pour que nous les votions. Pour l'incitation, nous avons déjà donné -sans résultat. Comme je l'ai dit en discussion générale, dans 61 % des cantons la mortalité prématurée augmente et le risque de mourir peut varier du simple au double en quelques kilomètres, à cause des délais d'intervention de la médecine de premier recours. Face aux déserts médicaux, il faut bien contraindre un peu -la pénalité reste modeste. Les deux tiers des citoyens souhaitent qu'on lutte contre la désertification. Pour l'intérêt général, il faut parfois écorner les corporatismes.

Mme Bachelot n'avait pas été invitée au précédent congrès de la CSMF ; son successeur l'a été, sans doute parce que le *lobbying* actif de certains aura été efficace...

**M. Jean-Pierre Fourcade.** – Le combat oppose les principes et la réalité. Parler de corporatismes...

**M. Jacky Le Menn.** – C'est la réalité !

**M. Jean-Pierre Fourcade.** – S'il n'y a pas de médecins libéraux, il n'y a pas d'offre de soins. Le système ne marche pas. Le contrat santé solidarité n'est pas supprimé, monsieur Fischer, il est remis dans un cadre contractuel. Des apports constructifs

sont faits à la lutte contre la désertification. Sortons de l'idéologie !

**M. Jacky Le Menn.** – Revoilà l'idéologie !

*L'amendement n°88 n'est pas adopté.*

*L'article 3 est adopté.*

### **Article 3 bis AA**

**Mme la présidente.** – Amendement n°39, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Supprimer cet article.

**M. Jacky Le Menn.** – Cet article rend non opposable le Sros ambulatoire. À quoi peut bien servir un schéma purement indicatif ? On remet en cause les quelques apports de la loi HPST. Dans nos circonscriptions, vous savez bien que la désertification médicale est une réalité, à la campagne comme dans les quartiers...

**M. Guy Fischer.** – Populaires !

**M. Jacky Le Menn.** – L'égalité d'accès aux soins -qu'on relise le préambule de la Constitution- ne doit pas être un mythe. Le Sros doit avoir une portée obligatoire et contraignante : là où les citoyens ont besoin de médecins, et où ceux-ci sont absents, on doit pouvoir imposer l'installation.

**Mme la présidente.** – Amendement identique n°77 rectifié, présenté par M. Collin, Mmes Escoffier et Laborde et MM. Marsin, Mézard, Tropeano et Vall.

**M. Daniel Marsin.** – Cela fait quinze ans que l'on parle de mieux coordonner l'offre de soins. Dans les campagnes, la permanence des soins fait défaut, les files d'attente s'allongent, certaines spécialités disparaissent. Et je ne parle pas de problèmes de transport, des déremboursements, des dépassements d'honoraires !

L'article supprime la pénalité attachée au Sros. Quel est l'intérêt des ARS, dans ces conditions ?

**Mme la présidente.** – Amendement identique n°89, présenté par M. Fischer et les membres du groupe CRC-SPG.

**M. Guy Fischer.** – Cet article, qui résulte d'un amendement d'un député de la majorité, apporte une précision importante : afin de rassurer les médecins libéraux, les Sros ne seront pas opposables.

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

**M. Guy Fischer.** – Toutes les contraintes ont disparu. Sur le site internet d'un syndicat de médecins libéraux, on peut lire « La semaine dernière, nous avons fait inscrire dans la loi Fourcade le principe de la non-opposabilité des Sros ambulatoires afin de protéger la liberté d'installation ». Pour Olivier Auguste, qui officie au *Figaro de l'économie*, « Nicolas Sarkozy

s'est lancé dans une opération de rabibochage avec les médecins et répète sa conviction que " la coercition ne marche pas " ».

La coercition ne marche pas, mais l'incitation non plus ! Elle représente pourtant de 26 à 27 000 euros annuels par médecin...

Certains pays, loin d'être dirigistes, ont déjà pris des mesures limitant la liberté d'installation : Belgique, Allemagne, etc. Nos concitoyens ont droit d'accéder aux soins !

**M. Jacky Le Menn.** – Très bien !

**M. Alain Milon, rapporteur.** – L'article ne fait qu'explicitier le caractère non opposable du Sros ambulatoire, prévu par la loi HPST. Avis défavorable aux trois amendements identiques.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Même avis. Seules la concertation, l'incitation et la coopération sont efficaces.

**Mme Annie David.** – Très souvent, nous proposons des précisions, et vous nous répondez qu'elles sont inutiles : là, ce n'est plus le cas ! Je vous le rappellerai la prochaine fois.

*Les amendements identiques n°s 39, 77 rectifié et 89 ne sont pas adoptés.*

**M. Guy Fischer.** – La matinée commence mal !

**Mme la présidente.** – Amendement n°117, présenté par le Gouvernement.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - Le directeur général de l'agence régionale de santé peut, sans attendre la publication du premier schéma régional mentionné à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, arrêter les zones mentionnées au cinquième alinéa du même article, pour la mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé, en se fondant sur les dispositions prévues au même alinéa et en suivant la procédure prévue à l'article L. 1434-3 du code de la santé publique.

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

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Il faut prendre une disposition transitoire pour une adoption sans retard du zonage nécessaire pour la mise en œuvre de mesures destinées à améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire.

L'Uncam et les syndicats représentatifs des infirmiers viennent de conclure un accord visant à conforter et pérenniser les mesures mises en œuvre depuis 2009, qui prévoit des aides incitatives dans les zones sous-dotées et la régulation des conventionnements dans les zones sur-dotées.

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

C'est pourquoi je propose que les ARS puissent arrêter les zonages sans attendre l'adoption des Sros. Les premiers Sros intégreront les zonages définis en application du présent article.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Il s'agit d'assurer au plus tôt une meilleure répartition de l'offre de soins sur le territoire. Mais il faut davantage de souplesse au moment de l'adoption définitive du Sros. Avis favorable au premier alinéa, défavorable au deuxième alinéa.

**M. Jean-Pierre Fourcade.** – L'amendement illustre l'écart entre principes et réalité. Il est tout à fait raisonnable. Refuser le deuxième alinéa serait une erreur : il faut afficher la volonté d'un zonage précis.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Le zonage est le fruit d'une concertation ; il doit être intégré dans les Sros, sous réserve de modifications marginales.

*L'amendement n°117 est adopté.*

*L'article 3 bis AA, modifié, est adopté, ainsi que les articles 3 bis AB et 3 bis AC.*

*L'article 3 bis AD demeure supprimé.*

### **Article 3 bis A**

**Mme la présidente.** – Amendement n°28 rectifié, présenté par MM. Barbier et Marsin, Mme Escoffier et M. Milhau.

Alinéas 7 et 8

Rédiger ainsi ces alinéas :

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

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

**M. Daniel Marsin.** – L'article 3 bis A instaure une présomption de non-salariat pour les intervenants libéraux dans les Ehpad dans le seul but de protéger les gestionnaires d'établissement sans tenir compte des modalités d'exercice. L'Ordre des médecins s'est prononcé à plusieurs reprises sur les difficultés de prise en charge des personnes âgées que suscite un environnement juridique de plus en plus hostile au libre choix des résidents et à la pratique libérale au sein d'établissements qui constituent le domicile des résidents. Très peu de médecins ont signé le contrat-type établi par l'administration et les médecins libéraux se désengagent des Ehpad.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Le décret de décembre 2010 décourage beaucoup de médecins de suivre leurs patients en Ehpad et l'article n'y remédie pas. Mais l'amendement n'est pas satisfaisant. Retrait ou rejet.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – L'instauration de ce contrat-type est le résultat d'un groupe de travail comprenant des médecins. Il s'agit de définir de bonnes pratiques au service des personnes âgées. La liberté de choix n'est pas en cause mais le médecin choisi devra signer le contrat avec l'établissement, pour une bonne coordination des soins. Avis très défavorable.

*L'amendement n°28 rectifié n'est pas adopté.*

*L'article 3 bis A est adopté, ainsi que les articles 3 ter et 4.*

### **Article 4 bis**

**Mme la présidente.** – Amendement n°90, présenté par M. Fischer et les membres du groupe CRC-SPG.

Alinéa 2

Remplacer les mots :

et L. 162-32-1

par les mots :

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

**Mme Annie David.** – La transmission électronique des feuilles de soins doit être obligatoire dans les maisons de santé. Cela réduit fortement les coûts. La logique veut que tous les professionnels de santé soient soumis à cette obligation, quel que soit leur mode d'exercice.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Ce ne sont pas les maisons, mais les professionnels qui transmettent. L'amendement est satisfait : retrait ou rejet.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Retrait.

**Mme Annie David.** – Les moyens matériels font défaut dans les maisons de santé. Les médecins devront-ils faire ces télétransmissions de retour dans leur cabinet ?

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – La maison de santé est le lieu d'exercice du professionnel, qui y dispose, comme dans son cabinet, d'un matériel de télétransmission.

*L'amendement n°90 est retiré.*

**M. Guy Fischer.** – Constatez que nous ne sommes pas bornés ! (*Sourires*)

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Je ne l'ai jamais pensé !

*L'article 4 bis est adopté.*

*L'article 5 A demeure supprimé.*

### **Article 5**

**Mme la présidente.** – Amendement n°91, présenté par M. Fischer et les membres du groupe CRC-SPG.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

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

**M. Guy Fischer.** – Les aides publiques doivent être réservées aux structures ou personnes respectant les tarifs opposables. Nous avons le souci des finances publiques. En échange des engagements qu'ils prennent, les médecins touchent une rémunération à la performance, ce qui ne nous satisfait pas. M. Van Roekeghem déplore souvent la dérive des dépassements.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – L'amendement est sans objet : cette disposition a été supprimée par l'ordonnance de coordination de la loi HPST. Retrait.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Défavorable. Il faut valoriser les bonnes pratiques par le biais du contrat, sans pour autant remettre en cause le choix du secteur. Ce sont deux logiques différentes.

**M. Guy Fischer.** – Bingo ! Le beurre et l'argent du beurre !

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Mais non, ce sont des choix différents.

**Mme Annie David.** – Le rapporteur nous dit que la disposition a été supprimée par l'ordonnance, mais cet article l'a réintroduite au cours de la navette ! Comment s'y retrouver ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Nous l'avons réintroduite, mais l'Assemblée nationale l'a supprimée à nouveau.

*L'amendement n°91 n'est pas adopté.*

*L'article n°5 est adopté.*

## Article 6

**Mme la présidente.** – Amendement n°23 rectifié, présenté par Mmes Procaccia et Deroche et MM. J. Gautier, Cambon, de Montgolfier et J.P. Fournier.

Alinéa 2, deuxième phrase

Rédiger ainsi cette phrase :

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

**Mme Catherine Deroche.** – Il faut revenir au texte voté en première lecture.

**Mme la présidente.** – Amendement identique n°95 rectifié *ter*, présenté par M. Vasselle, Mmes Desmarescaux et Debré, M. Lorrain, Mmes Bout, Deroche et Hermange et MM. Lardeux et Pinton.

**Mme Marie-Thérèse Hermange.** – C'est le même amendement.

**Mme la présidente.** – Amendement n°29 rectifié, présenté par M. Barbier, Mme Escoffier et MM. Marsin, Mézard et Milhau.

Alinéa 2, deuxième phrase

Remplacer les mots :

d'achat

par les mots :

de vente

**M. Daniel Marsin.** – Cette obligation ne prend pas en compte la situation des chirurgiens-dentistes qui emploient des prothésistes et elle peut inciter les praticiens à contourner la règle en négociant avec leurs fournisseurs des marges arrière ou en fournissant le matériel à un prix de convenance.

**Mme la présidente.** – Amendement n°43, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Alinéa 2, deuxième phrase

Après le mot :

proposé

rédiger ainsi la fin de cette phrase :

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

**M. Jacky Le Menn.** – L'article impose aux dentistes d'informer leurs patients du prix d'achat de chaque élément des appareillages et du prix de toutes les prestations associées. Le patient doit savoir combien il devra déboursier. L'amendement propose donc que le patient soit aussi informé du tarif de responsabilité correspondant.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La commission demande le vote par priorité sur l'amendement n°29 rectifié.

Malgré les pressions importantes qu'elle subit, la commission reste fidèle à sa position. Sur ce point, la loi HPST est contraire à une directive communautaire. Par deux fois, en 1999 et en 2009, le Parlement a fait connaître sa volonté, que le Gouvernement n'a pas appliquée. Ce que nous proposons aujourd'hui ne sera sans doute pas appliqué non plus. Ce serait regrettable, car la situation des soins dentaires n'est pas satisfaisante. C'est là que l'évitement de soins est le plus important, c'est là que prospère le tourisme dentaire. Les chirurgiens-dentistes ne veulent pas être considérés comme des vendeurs de prothèses : c'est

compréhensible, mais pourquoi alors approuver le texte de l'Assemblée nationale, qui les traite comme tels ?

L'amendement n°29 rectifié ne remet pas en cause une simplification rédactionnelle : nous souhaitons son adoption.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Avis défavorable à l'amendement n°29 rectifié, favorable aux amendements n°23 rectifié et 95 rectifié *ter*, plus complets. Avis défavorable à l'amendement n°43. J'accepte la priorité.

*La priorité est de droit.*

*L'amendement n°29 rectifié est adopté.*

*Les amendements n°23 rectifié et 95 rectifié *ter* deviennent sans objet.*

*L'amendement n°43 n'est pas adopté.*

*L'article 6, modifié, est adopté, ainsi que l'article 6 bis.*

*L'article 6 *ter* demeure supprimé.*

#### **Article 7 bis**

**Mme la présidente.** – Amendement n°116, présenté par le Gouvernement.

I. – Alinéa 7

Rétablir le III dans la rédaction suivante :

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

II. – Alinéa 8

Rétablir le IV dans la rédaction suivante :

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

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Nous souhaitons reporter de deux ans la date limite de certification des comptes des hôpitaux en prévoyant qu'elle intervienne au plus tard sur les comptes de 2016 au lieu des comptes de 2014. Il s'agit d'une date butoir ne faisant pas obstacle à une certification des comptes sur un exercice antérieur.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Les établissements ont eu quatre ans pour se préparer à l'échéance de 2014. Nous ne sommes qu'en 2011 ; reporter l'échéance dès aujourd'hui serait un signal très négatif. Avis défavorable à ce qui ressemble à un atermolement.

**M. Jean-Pierre Fourcade.** – M. le rapporteur s'accroche un peu trop aux principes et méconnaît les réalités du terrain. La Cour des comptes elle-même

n'est pas en mesure de certifier les comptes, non plus que les experts-comptables. Deux ans, c'est peut-être trop, mais un report d'un an serait une bonne solution.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Lors de l'examen de la loi HPST, c'est la commission qui a autorisé les experts-comptables à certifier les comptes, pour décharger la Cour des comptes ! Encore une fois, nous ne sommes qu'en 2011. Si nous votons l'amendement, on nous demandera un nouveau report en 2016 !

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Il faut trouver un compromis. Je me range à l'avis de M. Fourcade et propose la date de 2015.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Sagesse, à la rigueur... Mais le délai de 2015 ne sera pas tenu.

*L'amendement n°116 rectifié est adopté.*

*L'article 7 bis, modifié, est adopté.*

#### **Article 7 *ter* A (Supprimé)**

**Mme la présidente.** – Amendement n°44 rectifié, présenté par M. Daudigny et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

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

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

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

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

**Mme Raymonde Le Texier.** – Nous voulons rétablir l'obligation pour le Gouvernement de transmettre un rapport sur les efforts engagés par les ARS en matière de recomposition de l'offre hospitalière.

Il faut savoir dans quelles régions les coopérations sont les plus efficaces et lesquelles ont besoin d'aide.

En outre, nous proposons de relancer la dynamique de coopération hospitalière entre établissements publics et privés, en clarifiant le régime juridique des groupements de coopération sanitaire. La responsabilité incombe au détenteur de l'autorisation.

**Mme la présidente.** – Amendement n°16 rectifié, présenté par M. Revet, Mme Rozier, M. Darniche, Mme Desmarescaux, MM. Lorrain et Beaumont et Mmes Deroche, Bruguière, Hermange et Giudicelli.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

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

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

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

**Mme Catherine Deroche.** – Il faut clarifier le rôle et la place des GCS de moyens, afin de rétablir une dynamique de coopération entre établissements de santé publics et privés.

**Mme la présidente.** – Amendement n°81 rectifié, présenté par M. Collin, Mmes Escoffier et Laborde et MM. Marsin et Tropeano.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

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

**M. Daniel Marsin.** – Il s'agit de rétablir le rapport sur la recomposition de l'offre hospitalière.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – L'amendement n°44 rectifié tente une synthèse entre le GCS de moyens et le GCS établissement : cela ne me paraît pas clarifier les choses. Retrait ou rejet.

Même avis sur l'amendement n°16 rectifié. Un nouveau rapport est inutile, d'autant qu'avec l'observatoire, on a mieux qu'un rapport. Avis défavorable à l'amendement n°81 rectifié.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Défavorable aux trois amendements.

*L'amendement n°44 rectifié n'est pas adopté.*

*L'amendement n°16 rectifié est adopté et l'article 7 ter A rétabli.*

*L'amendement n°81 rectifié devient sans objet.*

**M. Guy Fischer.** – Je voulais intervenir sur l'amendement n°81 rectifié.

**Mme la présidente.** – Soit.

**M. Guy Fischer.** – Même si l'amendement n°81 rectifié est devenu sans objet, nous persistons à penser qu'un rapport est nécessaire. La recomposition de l'offre hospitalière concerne toutes les collectivités et tous les citoyens. Le Gouvernement n'a en tête que fermetures et privatisations. Les GPS sont souvent des structures hybrides, qui égarent les patients.

Selon une étude de Dexia, le nombre d'établissements MCO (Médecine, chirurgie, obstétrique) est passé entre 1995 et 2005 de 2 067 à 1 522. Cette étude révèle également que ces restructurations vont maintenant toucher principalement le secteur public.

C'est en tout cas l'analyse d'Emmanuel Vigneron, professeur de géographie et d'aménagement. Selon lui, « les restructurations sont désordonnées, sans vision d'ensemble au niveau national. Il manque une stratégie claire ». Pour nous les choses sont claires : la seule stratégie à l'œuvre est celle de la RGPP !

Il aurait été bon qu'un rapport nous donne une information précise : combien de lits va-t-on fermer ? Je dis « 20 000 » ; le Gouvernement prétend que ce sera moins. Mais encore ? La vie quotidienne des Français est en cause. Dans l'agglomération lyonnaise on voit fleurir les établissements privés.

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

**M. Guy Fischer.** – C'est un aveu ! La droite ne veut voir que les établissements privés. (*Protestations à droite*) Allons, Mme Dini entend le ton de mon propos !

**M. Jean-Pierre Fourcade.** – On a envoyé 300 circulaires aux ARS, elles ont sept statuts de personnel différents. L'heure n'est pas aux rapports mais au travail effectif.

Je demande donc que l'on vote contre l'article 7 ter A.

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

**M. Jean-Pierre Fourcade.** – Je le déplore.

*Les articles 7 ter et 7 quater demeurent supprimés.*

*L'article 9 A est adopté.*

## Article 9 B

**Mme la présidente.** – Amendement n°46, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

... - Lors de la transformation d'un syndicat interhospitalier en groupement d'intérêt public ou en groupement de coopération sanitaire, en application du III de l'article 23 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, les personnels fonctionnaires qui exerçaient au sein d'un SIH à la date de ladite transformation, pourront, à titre dérogatoire, être maintenus dans leur statut au sein de la nouvelle structure.

**M. Jacky Le Menn.** – Cet amendement corrige une anomalie qui empêche les fonctionnaires en poste au sein d'un syndicat interhospitalier de conserver leur statut lors de la transformation, prévue par la loi HPST, de ce SIH en GIP ou en groupement de coopération sanitaire-.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Cet amendement a déjà été présenté à deux reprises, pour régler la situation de ces fonctionnaires. Tout le monde a reconnu qu'il s'agissait d'un vrai sujet. Le Gouvernement à chaque fois nous a renvoyé à plus tard : peut-il cette fois nous éclairer ?

L'avis est favorable, comme les fois précédentes.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Une disposition en ce sens est prévue, pour le texte sur l'amélioration de l'emploi dans la fonction publique.

*L'amendement n°46 n'est pas adopté.*

*L'article 9 B est adopté.*

## Article 9

**Mme la présidente.** – Amendement n°93, présenté par M. Fischer et les membres du groupe CRC-SPG.

Supprimer cet article.

**Mme Annie David.** – Nous sommes opposés à la notion de fondations hospitalières. Et vous voulez les déréguler encore davantage ! Le contrôle de la fondation par le directeur de l'ARS ne sécurise absolument pas l'usage des moyens financiers par les hôpitaux publics. Le rapporteur lui-même était réservé.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Il est vrai qu'en première lecture le Sénat a supprimé cet article, que l'Assemblée nationale a rétabli.

Nous avons, pendant la navette, élaboré une rédaction de compromis, équilibrée, qui encadre bien les fondations hospitalières.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Même avis défavorable.

Les fondations hospitalières doivent promouvoir et favoriser la recherche, en facilitant le transfert de crédits précis vers la recherche publique, en contrôlant mieux les associations en la matière, en proposant une gouvernance adaptée.

**M. Jean-Pierre Fourcade.** – Je remercie le rapporteur de s'être rallié à cet article. Viennent d'être créés trois instituts hospitalo-universitaires qui doivent porter notre recherche à un niveau d'excellence mondiale. Pourquoi se priver d'un outil qui existe dans la plupart des pays européens et aux États-Unis ?

La mobilisation des capitaux publics atteint 850 millions. Ce n'est pas rien !

**Mme Annie David.** – Je ne souhaite pas supprimer ces fondations ! C'est le réaménagement prévu dans cet article que nous contestons : loin de clarifier les choses, il va créer du flou. On veut des décrets là où il y avait décision du conseil d'administration ! Je veux bien qu'on nous traite de mille noms, mais qu'au moins on écoute ce que nous disons. J'entends tout à fait les arguments de M. Fourcade ; reste que c'est d'argent public qu'il s'agit, et nous aurions souhaité que son usage soit mieux précisé.

*L'amendement n°93 n'est pas adopté.*

*L'article 9 est adopté.*

## Article 9 bis A

**Mme la présidente.** – Amendement n°47, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Compléter cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

Après le 8° de l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 9°) de publier annuellement un bilan national et comparatif par région, quantitatif et qualitatif, de la prévalence des actes et interventions chirurgicales réalisés par les établissements de santé. La caisse nationale exerce, au titre des attributions énoncées ci-dessus, un pouvoir de contrôle sur les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et primaires d'assurance maladie. »

**M. Jacky Le Menn.** – Cette disposition doit être complétée, en ajoutant la réalisation d'un état comparatif annuel intra et interrégional des actes et interventions réalisés.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Cet amendement ferait réaliser deux fois le même travail, par l'ARS et la Cnam. Nous avons prévu une synthèse nationale.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Même avis défavorable.

**M. Guy Fischer.** – Cet amendement a le grand mérite de poser la question de la T2A dont nous

dénonçons, avec constance, la nocivité. À ce compte, on pousse certains établissements à réaliser des actes qui n'ont rien d'indispensables.

D'un autre côté, le rapport ainsi prévu pourrait être utilisé d'une manière que nous serions loin d'approuver. Les dépenses hospitalières croissent moins que celles de ville...

J'ai évoqué une lettre de la Fédération hospitalière sur les normes de calcul utilisées pour la T2A.

*L'amendement n°47 n'est pas adopté.*

*L'article 9 bis A est adopté.*

**M. Guy Fischer.** – Sans qu'il soit répondu à nos questions...

### **Article 9 bis BA**

**Mme la présidente.** – Amendement n°48, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Alinéa 2, seconde phrase

Remplacer les mots :

peut également

les mots :

est tenu de

**Mme Raymonde Le Texier.** – Nous voulons rendre obligatoire la publication par la Cnam, sur son site internet, des honoraires et tarifs des professionnels exerçant dans un établissement de santé.

Les renoncements aux soins pour des raisons économiques sont en constante progression, c'est pourquoi il faut améliorer l'information des usagers sur les tarifs pratiqués par les professionnels de santé.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Le 22 juin, le directeur général de la Cnam nous a annoncé que la prochaine version du site, mise en ligne courant juillet, satisfera en pratique notre souhait. L'adoption de cet amendement risquerait de créer de la confusion.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Même avis défavorable.

**Mme Annie David.** – Les médecins des établissements de santé privés sont nombreux à pratiquer des dépassements d'honoraires, sans que leurs tarifs soient affichés. Nous voterons pour la transparence.

*L'amendement n°48 n'est pas adopté.*

*L'article 9 bis BA est adopté,  
ainsi que l'article 9 bis B.*

### **Article 9 bis**

**Mme la présidente.** – Amendement n°113, présenté par le Gouvernement.

Supprimer cet article.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Des dispositions plus complètes sont appelées à figurer dans le projet de loi relatif au médicament, dans la logique du rapport Autain-Hermange. Un *Sunshine Act* à la française répondra au souci des parlementaires de faire toute la transparence sur la perception d'avantages directs ou indirects provenant d'entreprises intervenant dans le champ de produits et prestations remboursables, de préciser les avantages ayant pour origine des conventions portant notamment sur des activités de recherche.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Sagesse.

*L'amendement n°113 est adopté  
et l'article 9 bis est supprimé.*

*L'article 9 ter demeure supprimé.*

*L'article 9 quater est adopté.*

*L'article 9 quinques demeure supprimé.*

### **Article 9 sexies (Supprimé)**

**Mme la présidente.** – Amendement n°49, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Après la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Afin de bien déterminer l'amélioration du service médical rendu, l'inscription sur la liste est subordonnée à la réalisation d'essais cliniques versus des stratégies thérapeutiques pour la ou les mêmes pathologies. »

**M. Jacky Le Menn.** – L'ASMR détermine le niveau de prix du médicament, mais aussi son admission au remboursement, ce qui ne saurait résulter de la seule comparaison avec un placebo. Il faudrait prendre aussi en compte des essais comparatifs.

**Mme la présidente.** – Amendement identique n°94 rectifié, présenté par M. Fischer et les membres du groupe CRC-SPG.

**M. Guy Fischer.** – Il faut limiter la mise sur le marché et, *a fortiori*, le remboursement de médicaments nouveaux qui n'apportent rien. Va-t-on continuer à subventionner les laboratoires pharmaceutiques quand l'AMR tend vers zéro ? Les laboratoires sortent des prétendues innovations thérapeutiques juste au moment où un médicament va tomber dans le domaine public. De tels médicaments soignent surtout les laboratoires...

Les pharmaciens présents dans cet hémicycle ne me contrediront pas.

**M. Gérard Dériot.** – Je ne dis rien !

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Cette mesure relèvera plutôt du projet de loi d'amélioration du système sanitaire, cet automne. Le rapport Autain-Hermange va d'ailleurs plus loin.

**M. Guy Fischer.** – C'est vrai.

**M. Xavier Bertrand, ministre.** – Les scientifiques se prononceront ; le ministre ne pourra s'opposer que par un avis motivé. Il s'agira d'assurer la qualité des médicaments, non de réguler les dépenses : la question ne relève pas du PLFSS.

Dans le cas du Multaq et du Cordarone : a-t-on bien vérifié que la dangerosité et l'applicabilité seront exactement identiques pour tous les patients ?

Il faut aussi que l'on fasse appel à l'avis des experts sur le terrain.

*L'amendement n°49 est retiré.*

**M. Guy Fischer.** – Le propos du ministre participe à notre réflexion globale. Nous avons posé une question, vous avez répondu. Nous retirons l'amendement.

*L'amendement n°94 rectifié est retiré.*

*L'article 9 sexies demeure supprimé.*

### **Article 9 septies (supprimé)**

**Mme la présidente.** – Amendement n°50, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

L'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La Haute Autorité de santé tient à jour, dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État, une liste des médicaments classés selon le niveau d'amélioration du service médical rendu pour chacune de leurs indications. »

**M. Jacky Le Menn.** – Cet article traduit la préconisation n°7 du rapport de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, sur la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Là aussi, cela relève plutôt du projet de loi sur la sécurité sanitaire.

*L'amendement n°50 est retiré.*

*L'article 9 septies demeure supprimé.*

*L'article 10 est adopté.*

### **Article 11 bis**

**Mme la présidente.** – Amendement n°36 rectifié, présenté par M. Barbier, Mme Escoffier et MM. Mézard, Milhau et Marsin.

Alinéa 2

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Art. L. 3232-5. – Ne peut utiliser le titre de nutritionniste qu'un médecin qualifié compétent ou détenteur d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires ou un médecin dont la compétence dans les problématiques de nutrition est validée par une commission auprès du Conseil National de l'Ordre des Médecins dont la composition et le fonctionnement sont fixés par décret. »

**M. Daniel Marsin.** – Conformément à l'article 79 du code de déontologie, il appartient au conseil national de l'Ordre des médecins d'autoriser les titres que les médecins peuvent mentionner.

Peuvent faire état de compétences en nutrition les médecins inscrits au tableau de l'Ordre titulaires du diplôme d'études spécialisées complémentaires de médecine du groupe I en nutrition, qui n'ouvre pas à une qualification de spécialiste. La discipline s'exerce dans le cadre de la spécialité. Le DESC du groupe I de nutrition a été mis en place par l'arrêté du 26 juillet 1983.

Le peuvent également les médecins inscrits au tableau de l'Ordre titulaires de la qualification de compétent en diabéto-nutrition, la compétence était ouverte non seulement aux médecins généralistes, mais aussi aux spécialistes en médecine interne, gastroentérologie et hépatologie.

L'article 11 bis initial de la proposition de loi exclut une grande partie de médecins spécialistes et de généralistes ayant la qualification de compétent en nutrition. Depuis la réforme des études médicales et la création de l'internat qualifiant, les médecins spécialistes issus de ce régime disposent d'une modalité de changement de qualification.

Les commissions de qualification ordinales pourraient faire valoir une formation et une expérience particulières. Composées d'universitaires, de praticiens et des représentants du syndicat de la discipline, ces commissions sont particulièrement à même d'en juger.

**Mme la présidente.** – Amendement n°104, présenté par le Gouvernement.

Alinéa 2

Remplacer les mots :

hospitalo-universitaire ayant été nommé en nutrition, un médecin détenteur d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de nutrition ou un médecin généraliste ou un médecin d'une autre spécialité dont la compétence dans les problématiques de nutrition est validée par une commission dont la composition ou le fonctionnement sont fixés par décret

par les mots :

titulaire de diplômes ou titres relatifs à la nutrition

**M. Xavier Bertrand, ministre.** – Il est important d'encadrer les conditions dans lesquelles les médecins peuvent utiliser le titre de nutritionniste ; toutefois il n'y a pas lieu de créer une spécialité nouvelle.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – L'amendement n°36 rectifié n'améliore pas l'état de fait actuel. Retrait.

L'amendement du Gouvernement renvoie au pouvoir réglementaire et manque de précision. Sagesse.

**M. Xavier Bertrand, ministre.** –

Retrait de l'amendement n°36 rectifié.

*L'amendement n°36 rectifié est retiré.*

*L'amendement n°104 est adopté.*

*L'article 11 bis, modifié, est adopté.*

*L'article 11 ter est adopté.*

*L'article 12 demeure supprimé,  
ainsi que l'article 12 bis.*

*L'article 14 B est adopté,  
ainsi que les articles 14 C et 14 bis.*

#### **Article 14 ter (Supprimé)**

**Mme la présidente.** – Amendement n°111, présenté par le Gouvernement.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

L'article L. 1434-3 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 1434-3. – Le projet régional de santé fait l'objet, avant son adoption, d'une publication sous forme électronique. La conférence régionale de la santé et de l'autonomie, le représentant de l'État dans la région et les collectivités territoriales disposent de deux mois, à compter de la publication de l'avis de consultation sur le projet régional de santé au recueil des actes administratifs de la préfecture de région, pour transmettre leur avis à l'agence régionale de santé. »

**M. Xavier Bertrand, ministre.** – C'est clair.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Cette disposition avait été retirée à deux mois des élections sénatoriales...

Le rapport Fourcade devrait nous parvenir le 12 juillet. Il serait intéressant d'en tenir compte. Il n'y a pas urgence pour les PRS...

Défavorable.

**M. Jean-Pierre Fourcade.** – Le problème politique qui se pose est celui de la consultation des collectivités territoriales. L'amendement du Gouvernement est un progrès. Je ne souhaite pas qu'on attende. Votons-le !

*L'amendement n°111 est adopté  
et l'article 14 ter est rétabli.*

*L'article 15 est adopté.*

#### **Article 16**

**Mme la présidente.** – Amendement n°51, présenté par M. Daudigny et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Avant l'alinéa 1

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... - Après l'article L. 312-8 du même code, il est inséré un article L. 312-8-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 312-8-1. – Les évaluations mentionnées à l'article L. 312-8 peuvent être communes à plusieurs établissements et services gérés par le même organisme gestionnaire, lorsque ces établissements et services sont complémentaires dans le cadre de la prise en charge des usagers ou lorsqu'ils relèvent du même contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens en application des articles L. 313-11 à L. 313-12-2. Les recommandations, voire les injonctions, résultant de ces évaluations sont faites à chacun des établissements et services relevant d'une même évaluation commune. ».

**Mme Raymonde Le Texier.** – L'évaluation externe devra être réalisée dans 34 000 établissements et services. Le coût unitaire en est de 10 000 euros. On doit pouvoir simplifier les procédures, non pour procéder à une moyenne mais à un examen commun de services complémentaires gérés par un même organisme.

**Mme la présidente.** – Amendement n°52, présenté par M. Daudigny et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Avant l'alinéa 1

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... - Au premier alinéa de l'article L. 313-1 du même code, les mots : « Sauf pour les établissements et services mentionnés au 4° de l'article L. 312-1 » sont supprimés.

**Mme Raymonde Le Texier.** – Les services publics et associatifs exclusivement habilités « justice » relèvent de calendrier d'évaluation externe du droit commun et donc de celui d'autorisation auquel il est lié.

L'équité d'accueil de tous les enfants est en cours. L'obligation d'évaluation externe doit être la même pour tous les acteurs de la protection de l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Un amendement similaire à l'amendement n°51 a été rejeté par le Sénat dans le cadre du PLFSS. Ou bien il est inutile, ou bien il est dangereux. Le ministre avait évoqué une circulaire qui pourrait vous donner satisfaction.

Défavorable à l'amendement n°51, sagesse sur l'amendement n°52.

**M. Xavier Bertrand**, *ministre*. Défavorable, ainsi qu'à l'amendement n°52.

*L'amendement n°51 n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°52.*

### **CMP (Nominations)**

**Mme la présidente.** – M. le Président a reçu de M. le Premier ministre la demande de constitution d'une commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi organique relatif au fonctionnement des institutions de la Polynésie française.

La liste des candidats établie par la commission des lois a été affichée conformément à l'article 12 du Règlement. Je n'ai reçu aucune opposition.

En conséquence, cette liste est ratifiée et je proclame représentants du Sénat à cette commission mixte paritaire : titulaires : MM. Jean-Jacques Hyst, Christian Cointat, Jean-Pierre Vial, Bernard Frimat, Richard Tuheiava, Yves Détraigne, Mme Nicole Borvo Cohen-Seat ; suppléants : M. Laurent Béteille, Mme Anne-Marie Escoffier, MM. Dominique de Legge, Jean-Claude Peyronnet, Simon Sutour, Mme Catherine Troendle, M. François Zocchetto.

*La séance est suspendue à midi et demi.*

\*  
\*       \*

*La séance reprend à 14 h 30.*

### **CMP (Candidatures)**

**Mme la présidente.** – La commission des affaires sociales m'a fait connaître qu'elle a procédé à la désignation des candidats qu'elle présente à la commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion de la proposition de loi pour le développement de l'alternance et la sécurisation des parcours professionnels. Cette liste a été affichée ; la nomination des membres de cette CMP aura lieu conformément à l'article 12 du Règlement.

## **Réforme de l'hôpital (Deuxième lecture – Suite)**

Discussion des articles (Suite)

### **Article 16 (Suite)**

**Mme la présidente.** – Amendement n°53, présenté par M. Daudigny et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après l'alinéa 2

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... - Après le deuxième alinéa du même l'article, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les services de prévention spécialisée et ceux mettant en œuvre des mesures d'investigation préalables aux mesures d'assistance éducative visés respectivement au 1° et au 4° du I de l'article L. 312-1 qui, à la date de promulgation de la présente loi, sont titulaires soit d'une habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, soit une habilitation visée à l'article L. 313-10 sont réputés être titulaires de l'autorisation de création visée au présent article. »

**Mme Raymonde Le Texier.** – L'ordonnance du 1<sup>er</sup> décembre 2005 a intégré les équipes de prévention spécialisée et les services mettant en œuvre des mesures d'investigation préalables aux mesures d'assistance éducative à la liste des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Cette intégration aurait dû amener les autorités administratives à délivrer des autorisations aux services existants antérieurement au 2 décembre 2005, ou à ceux se créant à compter de cette date. Or certaines d'entre elles refusent d'entrer dans la logique d'autorisation, d'autres arguent d'un manque de moyens pour traiter les dossiers. Cette situation expose les services à une sanction pénale. Notre amendement clarifie la situation.

**M. Alain Milon**, *rapporteur*. – La commission a émis un avis de sagesse, dans l'attente de l'avis du Gouvernement.

**Mme Nora Berra**, *secrétaire d'État*. – Depuis 2005, ces services doivent obtenir une autorisation. Or certains n'ont pas fait la démarche nécessaire. Une telle régularisation de masse créerait un précédent, et son effet n'a pas été mesuré. Défavorable.

*L'amendement n°53 n'est pas adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°98, présenté par M. Fischer et les membres du groupe CRC-SPG.

Après l'alinéa 2

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

... – À la deuxième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des

familles, après les mots : « d'extension inférieure à un seuil », sont insérés les mots : « ou de transformation ».

**M. Guy Fischer.** – Les représentants des départements connaissent la difficulté de transformer les établissements et services médico-sociaux existants. Ces transformations sont subordonnées au résultat positif d'un appel à projet pour qu'un nouvel agrément puisse se substituer au précédent, ce qui ralentit la procédure et peut aller jusqu'au blocage.

L'ADF a engagé un recours hiérarchique contre le décret du 26 juillet relatif aux appels à projet. Le Gouvernement a pris une circulaire -qui ne règle pas toutes les situations, notamment celle des structures pour jeunes handicapés. Notre amendement permet aux projets actuellement gelés d'aboutir rapidement.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La proposition de loi exonère de la procédure d'appel à projet la transformation d'établissements sans modification de la catégorie de prise en charge. Il n'est pas souhaitable d'aller au-delà. Défavorable.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Défavorable.

*L'amendement n°98 n'est pas adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°54, présenté par M. Daudigny et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Alinéa 3

Rédiger ainsi le II de cet article :

II. - La deuxième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 313-1-1 du même code est complétée par les mots : « ou de transformation ».

**Mme Raymonde Le Texier.** – Je persiste et je signe, avec cet amendement de cohérence et de bon sens. L'article 16 manque son objectif. La procédure d'appel à projet freine les opérations de modernisation nécessaires pour l'agrément des établissements existants.

La circulaire du 28 décembre 2010 ne règle pas complètement la question et crée même une insécurité juridique. Elle exclut par exemple la transformation de places dans des structures relevant de l'amendement « Creton » en places de MAS ou de FAM -transformation pourtant légitime. En revanche, les centres de ressources relevant tous du 11° de l'article L. 312-1 pourraient se transformer sans appels à projets alors que leurs modes de fonctionnement et leurs missions sont très différents.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Je salue la prouesse de nos collègues socialistes, qui ont déposé le même amendement que le groupe CRC, mais dans des termes différents... Défavorable.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Défavorable.

*L'amendement n°54 n'est pas adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°55, présenté par M. Daudigny et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Compléter cet article par trois paragraphes ainsi rédigés :

... - Après l'article L. 313-6 du même code, il est inséré un article L. 313-6-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 313-6-1. - Sans préjudice des articles L. 7231-1 et L. 7232-1 du code du travail, pour pouvoir prendre en charge des bénéficiaires de l'aide sociale, des allocataires de l'allocation personnalisée d'autonomie ou des bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap, les services d'aide, d'accompagnement et de maintien à domicile non médicalisés doivent obtenir une autorisation du président du conseil général de leur département d'implantation dans les conditions précisées au présent chapitre. »

... - L'article L. 314-1 du même code est complété par un X ainsi rédigé :

« X. - Selon des règles et des modalités fixées par décret, les services d'aide, d'accompagnement et de maintien à domicile mentionnés à l'article L. 313-6-1 sont tarifés par le président du conseil général sous la forme d'un forfait globalisé dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 313-12-3.

« Ce contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens constitue un acte de mandatement au sens de la directive n° 2006/123/CE du Parlement européen et du Conseil du 12 décembre 2006 et il est conclu entre le président du conseil général du département d'implantation du service et l'organisme gestionnaire du service ou la personne morale mentionnée à l'article L. 313-12-1. »

... - Après l'article L. 313-12-2 du même code, il est inséré un article L. 313-12-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 313-12-3. - I. - Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au X de l'article L. 314-1 précise notamment :

« 1° Le nombre annuel d'heures d'interventions directes au domicile des personnes prises en charge, lequel prend en compte les facteurs sociaux et environnementaux et pour les services d'aide à domicile relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 dans la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-3 ;

« 2° Le plafonnement des heures autres que celles mentionnées au 1° ;

« 3° Les objectifs de qualification des personnels prenant en compte les conditions techniques de fonctionnement des services d'aide à domicile définies par décret pris en application du II de l'article L. 312-1, et, le classement pour les services d'aide à domicile relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 dans la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-3 ;

« 4° Les missions d'intérêt général, notamment en matière de prévention de la maltraitance, de prévention de la précarité énergétique, d'éducation et de prévention en matière de santé, de prévention des accidents domestiques, à assurer en lien avec les organismes compétents sur leur territoire d'intervention ;

« 5° La participation en tant qu'opérateur du schéma régional de prévention prévu aux articles L. 1434-5 et L. 1434-6 du code de la santé publique et par conventionnement avec les organismes de protection sociale complémentaire et les fonds d'action sociale facultative des caisses de sécurité sociale aux actions d'aide au retour et au maintien à domicile à la suite d'une hospitalisation.

« II. – Le forfait globalisé mentionné au X du l'article L. 314-1 est évalué au regard des objectifs fixés en application du I du présent article.

« III. – Un arrêté ministériel définit et plafonne les coûts de structure. »

**M. Jacky Le Menn.** – Le groupe de travail constitué par l'ADF et les fédérations gestionnaires de services d'aide à domicile prestataires a vu ses propositions validées à l'unanimité. Notre amendement reprend le volet législatif. Le rapport Ratte, comme celui du Cese, soulignent qu'il s'agit de la seule proposition crédible. Il y a chaque année 22 000 chutes à domicile de personnes âgées, entraînant 700 décès chaque année. On en parle bien moins que des morts de la canicule de 2003... Il faut que les ARS intègrent ces services aux actions de prévention. Nombre de ces accidents sont évitables.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Cet amendement a déjà été présenté lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale. La commission avait préféré attendre les textes sur la dépendance, dont nous connaissons les orientations bientôt. Retrait, sinon rejet.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Cet amendement revient à défavoriser une partie de ce secteur agréé. J'avais moi-même lancé une étude sur plusieurs modèles d'allocation de ressources. Le chantier a été lancé. Les diverses propositions devront être examinées et faire l'objet d'une concertation avec les caisses de sécurité sociale fin 2011, pour une réforme prévue en 2012. Défavorable.

**M. Guy Fischer.** – L'aide à domicile est au cœur des préoccupations des conseils généraux. Ce secteur représente un gisement d'emplois important. Attention au transfert de charges au détriment des familles !

*L'amendement n°55 n'est pas adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°56, présenté par M. Daudigny et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - La première phrase du premier alinéa de l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles est complétée par les mots : « , et sous réserve de leur compatibilité avec les enveloppes limitatives de crédits mentionnées à l'article L. 313-8 et aux articles L. 314-3 à L. 314-5 ».

**M. Jacky Le Menn.** – La masse salariale dans le secteur médico-social n'est pas maîtrisée dans le secteur associatif ; le coût des accords est sous-évalué, mais leur agrément oblige les autorités de tarification à les financer. Nous clarifions les incidences du coût des conventions collectives dans le secteur médico-social. Il faut mieux articuler les dispositions relatives à l'opposabilité des incidences financières des conventions collectives et celles relatives à l'opposabilité des enveloppes limitatives de crédits.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Nous en avons déjà débattu lors du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Le Sénat avait prévu un rapport -annulé par le Conseil constitutionnel. Que compte faire le Gouvernement pour clarifier les conditions d'agrément des conventions collectives ? Sagesse.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Les charges de personnel des établissements sociaux et médico-sociaux représentent entre 75 % et 80 % de leur budget. Leur augmentation est supportée par les usagers et l'assurance maladie. Les conventions collectives et accords de retraite applicables doivent, pour être opposables, avoir été agréés par le ministère des affaires sociales, après avis de la commission nationale d'agrément dans laquelle sont représentés tous les acteurs.

Le code de l'action sociale et des familles encadre l'évolution de la masse salariale en fonction de plusieurs paramètres. Au total, la soutenabilité des accords est étroitement contrôlée ; l'amendement est satisfait. Avis défavorable.

*L'amendement n°56 n'est pas adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°57, présenté par M. Daudigny et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – L'article L. 315-2 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'article L. 313-1-1 ne s'applique pas aux établissements et services non personnalisés des départements et aux établissements publics départementaux lorsqu'ils sont créés sur leur ressort territorial et qu'ils sont financés par le budget départemental. »

**M. Jacky Le Menn.** – Puisque les départements ne peuvent être à la fois promoteurs et décideurs, il convient d'exonérer de la procédure d'appel à projets les ESMS gérés en régie ou en budgets annexes. Cette dérogation a été accordée pour les

établissements et services gérés pour la protection judiciaire de la jeunesse ; elle doit être étendue aux départements, sans quoi le secteur associatif aurait le monopole de la gestion d'établissements et services dans le domaine de la protection de l'enfance -à un coût plus élevé.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Attendons le retour d'expérience. Cet amendement a déjà été écarté en première lecture : défavorable.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Même avis.

*L'amendement n°57 n'est pas adopté.*

**M. Jacky Le Menn.** – On a opposé l'article 40 à un amendement sur cet article qui sécurisait le développement des actions d'accompagnement prévues par la loi HPST -les textes réglementaires afférents n'ayant pas été publiés.

Les premiers bilans des programmes d'éducation thérapeutique montrent que ceux promus en ambulatoire ou portés par des associations de patients sont peu nombreux -et pour cause. Il faut prévoir un régime spécifique, en retenant une acception large de la notion d'accompagnement.

Notre amendement s'inspirait du mécanisme créé en 2004 pour les centres d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogue. L'irrecevabilité me contraint à ne faire qu'évoquer cette question. J'espère que nous pourrons travailler rapidement à la mise en place effective des actions d'accompagnement.

*L'article n°16 est adopté.*

### **Article 16 bis A**

**Mme la présidente.** – Amendement n°109, présenté par le Gouvernement.

Rédiger ainsi cet article :

L'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 19° Pour les frais de transport liés aux soins ou traitements dans les centres mentionnés au 3° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'annexe 32 du décret n° 63-146 du 18 février 1963 pris en charge dans les conditions prévues au 2° de l'article L. 321-1 et à l'article L. 322-5. »

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Cet article étend la prise en charge par l'assurance maladie des frais de transport des enfants et adolescents se rendant dans les centres d'action médico-sociale précoce et les centres médico-psycho-pédagogiques pour des soins ou traitements. Cette prise en charge doit s'organiser dans les conditions de droit commun, c'est-à-dire en fonction du besoin médical de la personne et non pas d'un droit automatique liée à une catégorie d'assurés.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Les familles sont confrontées à ce réel problème. Avis favorable.

**M. Guy Fischer.** – Très bien.

**Mme Bernadette Dupont.** – C'est une bonne mesure. Aujourd'hui, ce sont des bénévoles qui assurent le transport de ces enfants, avec leur propre véhicule.

*L'amendement n°109 est adopté et devient l'article 16 bis A.*

*L'article 17 demeure supprimé.*

*L'article 17 bis est adopté.*

### **Article 17 ter**

**Mme la présidente.** – Amendement n°103, présenté par Mme Hermange, M. Retailleau, Mmes Rozier et B. Dupont et M. Darniche.

Supprimer cet article.

**Mme Bernadette Dupont.** – Cet article autorise les sages-femmes à pratiquer des IVG par voie médicamenteuse ; il s'attaque aux conséquences d'un problème sans agir sur ses causes, le manque d'éducation à la contraception.

Cette mesure est loin de faire l'unanimité chez les professionnelles concernées, qui estiment cela contraire à leur métier. Le problème n'est pas la difficulté d'accès à l'IVG...

**Mme Annie David.** – Si !

**Mme Bernadette Dupont.** – ...mais la persistance d'un nombre d'avortements trop élevé.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a déjà étendu cette possibilité aux centres de planification, disposition qui est entrée en vigueur il y a seulement vingt-et-un jours. Ne brûlons pas les étapes. C'est une question de méthode. Il ne faudrait envisager l'expérimentation qu'après consultation et évaluation de l'application de l'extension de compétence donnée aux centres de planification familiale et aux centres de santé.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – L'article 17 ter reprend une mesure adoptée dans la loi HPST, annulée par le Conseil constitutionnel au motif que l'expérimentation n'était pas limitée dans la durée. La commission a prévu un encadrement par un gynécologue-obstétricien. Cette expérimentation est très utile : défavorable.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Sagesse. *(Marques d'indignation à gauche)*

**Mme Bernadette Dupont.** – Où figure cet encadrement ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Dans cet article même.

**Mme Catherine Dumas.** – Je soutiens pour ma part cet article et voterai contre sa suppression. (« Très bien ! » à gauche)

**Mme Muguette Dini, présidente de la commission des affaires sociales.** – Personne n'est favorable à l'IVG, mais cette mesure est aussi un moyen de faire de la prévention. Il est utile pour ces jeunes filles de rencontrer une sage-femme. (« Très bien ! » à gauche)

*L'amendement n° 103 n'est pas adopté.*

*L'article 17 ter est adopté.*

## Article 18

**Mme la présidente.** – Amendement n°15 rectifié bis, présenté par MM. Leclerc, Beaumont, Bernard-Reymond, P. Blanc, Doublet, Dulait, Grignon, Laménie, Laurent, Lorrain et Pinton, Mme Sittler et MM. Villiers et Cléach.

Alinéa 2

Rétablir le II dans la rédaction suivante :

II. – Après le troisième alinéa de l'article L. 5125-16 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Toute opération de restructuration du réseau officinal, réalisée au sein d'une même commune, par un ou plusieurs pharmaciens ou sociétés de pharmaciens par voie d'acquisition de fonds, de clientèle ou d'actifs d'une ou plusieurs officines, doit faire l'objet d'un accord préalable du directeur général de l'agence régionale de santé. La cessation définitive d'activité de l'officine ou des officines ne doit pas avoir pour effet de compromettre l'approvisionnement nécessaire en médicaments de la population résidente de la commune ou du quartier concerné et est constatée dans les conditions prévues à l'article L. 5125-7. »

**M. Francis Grignon.** – Lorsqu'il existe au sein d'une même commune un nombre d'officines excédentaires aux règles de quotas, il est souhaitable de permettre à un ou plusieurs titulaires d'officines dans la même commune de racheter une officine en surnombre, sans qu'il s'agisse pour autant d'un regroupement d'officines.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Cette opération, qui devrait faire l'objet d'un accord préalable du directeur général de l'ARS, présenterait des avantages. Sagesse.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Défavorable. L'impact fiscal de la mesure serait important et l'Igas est très circonspecte.

**M. Guy Fischer.** – Nous voterons contre cet amendement. On sent une volonté de protéger la profession... La France est riche d'officines et au premier rang européen pour la consommation de médicaments -ce qui a des conséquences financières. Il faudra un jour avoir le courage d'aborder de front le problème, qui est aussi celui de la concentration.

*L'amendement n°15 rectifié bis n'est pas adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°34 rectifié, présenté par MM. Barbier, Marsin et Milhau et Mme Escoffier.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - Le 4° de l'article 5 de la loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé et aux sociétés de participations financières de professions libérales est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les sociétés de participations financières dans les professions de santé ne peuvent être composées que de membres exerçant la profession concernée au sein des sociétés d'exercice libéral ; »

**M. Daniel Marsin.** – La participation aux sociétés de participations financières de professions libérales (SPFPL) de tiers investisseur pourrait menacer l'indépendance et la déontologie des professions de santé concernées. L'Assemblée nationale a interdit cette faculté dans les SPFPL de biologie médicale. Nous en tirons les mêmes conséquences pour les autres professions de santé.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Cet amendement traduit l'inquiétude des professions de santé devant la création de SPFPL. La commission ne peut être favorable à l'amendement, mais souhaite que le débat ait lieu. Défavorable.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Défavorable. La limitation de la détention du capital dans les SPFPL garantit suffisamment l'indépendance des biologistes médicaux.

*L'amendement n°34 rectifié n'est pas adopté.*

*L'article 18 est adopté.*

## Articles additionnels

**Mme la présidente.** – Amendement n°7 rectifié, présenté par MM. Leclerc, Beaumont, Bernard-Reymond, P. Blanc, Chauveau et Cléach, Mme Deroche, MM. Doublet et Dulait, Mme G. Gautier, M. Grignon, Mme Hummel, MM. Laménie, Laurent et Lorrain, Mme Malovry, M. Pinton, Mme Procaccia et M. Villiers.

Après l'article 18, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article. L. 162-16-1-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-16-1-1. - Des accords conventionnels interprofessionnels intéressant les pharmaciens titulaires d'officine et une ou plusieurs autres professions de santé, relatifs aux pathologies ou aux traitements, peuvent être conclus pour une durée au plus égale à 5 ans entre l'Union nationale des caisses d'assurance

maladie et les organisations représentatives signataires des conventions nationales de chacune de ces professions, après avis des conseils de l'ordre concernés sur leurs dispositions relatives à la déontologie.

« Ces accords peuvent déterminer les objectifs et les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de dispositifs visant à favoriser une meilleure organisation et coordination des professionnels de santé, notamment par la création de réseaux de santé, la promotion du développement professionnel continu ainsi que de dispositifs visant à améliorer la qualité des soins. »

**M. Francis Grignon.** – Les pharmaciens titulaires d'officine ne sont pas intégrés au dispositif autorisant la conclusion avec l'Uncam d'accords conventionnels interprofessionnels relatifs aux pathologies ou aux traitements. Il convient de remédier à cette lacune au regard des nouvelles missions qui leur sont attribuées par la loi HPST et des coopérations qui peuvent en découler. Monsieur Fischer, le nombre de pharmacies est limité par quota et personne ne peut nier le rôle de conseil du pharmacien.

**Mme la présidente.** – Sous-amendement n°119 à l'amendement n° 7 rectifié de M. Leclerc, présenté par le Gouvernement.

Amendement n° 7 rectifié

Compléter cet amendement par deux alinéas ainsi rédigés :

« Ces accords, lors de leur conclusion ou de leur tacite reconduction, n'entrent en vigueur qu'après approbation par arrêté des ministres chargé de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget.

« Cet arrêté peut, lorsque l'accord comporte des clauses non conformes aux lois et règlements en vigueur, exclure ces clauses de l'approbation. »

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Ces accords conventionnels ne doivent entrer en vigueur qu'après approbation par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget ; cet arrêté peut, lorsque l'accord comporte des clauses non conformes aux lois et règlements en vigueur, exclure ces clauses de l'approbation.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Le lien de l'amendement n°7 rectifié avec l'article 18 n'est pas direct. Le rapport de l'Igas permettra d'en définir les conditions d'application. Favorable à l'amendement dès lors qu'il est sous-amendé par le Gouvernement.

**Mme Annie David.** – En commission, nous avons émis un avis de sagesse ! La commission n'a pas examiné le sous-amendement du Gouvernement.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Nous avons émis un avis de sagesse sous réserve des modifications qu'apporte précisément le sous-amendement du Gouvernement. Donc avis favorable.

*Le sous-amendement n°119 est adopté.*

*L'amendement n°7 rectifié, sous-amendé, est adopté et devient un article additionnel.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°99, présenté par M. Fischer et les membres du groupe CRC-SPG.

Après l'article 18

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

« Le 1° de l'article 5 de la loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé et aux sociétés de participations financières de professions libérales est complété par les mots : « sous réserve, s'agissant des personnes morales exerçant une profession de santé, du caractère civil de leur objet social et de la détention majoritaire du capital et des droits de vote par des membres et anciens membres de la profession de santé correspondant à l'objet social, ainsi que leurs ayants droit ; ».

**Mme Annie David.** – Cet article redonne tout son sens à l'article 5 de la loi de 1990, et nous met en conformité avec le droit communautaire.

La jurisprudence de la Cour de Luxembourg est très claire, et la loi de 1990 a été dévoyée de son objectif initial. Nous rétablissons l'effectivité des dispositions de cette loi. Il y va aussi de l'indépendance des professions médicales par rapport aux grands groupes pharmaceutiques.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – On tourne toujours autour de la question de l'application des SEL... Cet amendement traduit le souci qui vient d'être évoqué. Techniquement, il ne peut pas être adopté mais nous attendons des précisions du Gouvernement.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Cet amendement va au-delà de l'article 6 de la loi de 1990. Ce n'est pas justifié, les garanties existantes suffisent. Défavorable.

**Mme Annie David.** – Nous prêchons dans le vide...

Voici que le groupe communiste défend les professions libérales. (*Sourires*)

**M. Guy Fischer.** – On aura tout vu ! Comme quoi, il ne faut jamais désespérer ! (*Rires*)

**Mme Annie David.** – M. Grignon nous explique comment fonctionne une pharmacie. Merci bien, nous avons quelque idée de la réalité : nous ne portons pas d'ocillères !

La loi de 1990 n'est pas appliquée, c'est pourquoi nous défendons cet amendement. Les laboratoires de proximité répondent à une demande, comme les pharmacies.

Peut-être reverra-t-on ces questions à l'occasion du grand texte de santé publique -qui devrait aussi prendre en compte la santé mentale.

*L'amendement n°99 n'est pas adopté.*

*L'article 18 bis est adopté.*

## Article 20

**Mme la présidente.** – Amendement n°59 rectifié bis, présenté par M. Daudigny et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après l'alinéa 32

Insérer trois alinéas ainsi rédigés :

...° À l'article L. 351-1, les mots : « le représentant de l'État dans le département, le directeur général de l'agence régionale de santé et le président du conseil général, séparément ou conjointement, ainsi que par le président du conseil régional et, le cas échéant, par les ministres compétents » sont remplacés par les mots : « les autorités compétentes » ;

...° À l'article L. 351-3, après les mots : « le représentant de l'État dans le département » sont insérés les mots : « ou la région ».

... - Le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale est compétent pour connaître des recours dirigés contre les décisions prises, au titre des exercices 2010 et 2011, par le représentant de l'État dans la région en application de l'article L. 314-1 du code de l'action sociale et des familles.

**Mme Raymonde Le Texier.** – Il faut prévoir les mesures de coordination rendues nécessaires par l'article 18 de l'ordonnance de coordination avec la loi HPST, qui ont transféré du préfet du département au préfet de région les compétences tarifaires concernant les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada), les services mettant en œuvre des mesures judiciaires de protection des majeurs ou d'aide à la gestion du budget familial.

Notre amendement répare une omission, pour éviter toute incertitude juridique.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Ces coordinations sont utiles. Favorable.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Favorable.

*L'amendement n°59 rectifié bis est adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°118, présenté par M. Milon, au nom de la commission.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

IV. - L'article L. 4124-11 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au quatrième alinéa du I, après les mots : « en cas », sont insérés les mots : « d'insuffisance professionnelle, » ;

2° Au II, après les mots : « en cas », sont insérés les mots : « d'insuffisance professionnelle, ».

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Cet amendement est de coordination.

*L'amendement n°118, accepté par le Gouvernement, est adopté.*

*L'article 20, modifié, est adopté, ainsi que l'article 20 bis.*

*L'article 20 ter demeure supprimé.*

*L'article 20 quater est adopté.*

## Article 20 quinquies

**Mme la présidente.** – Amendement n°107, présenté par le Gouvernement.

Après l'alinéa 1

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Avant la dernière phrase du second alinéa de l'article L. 1223-1, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Chaque établissement de transfusion sanguine peut disposer d'un laboratoire comportant plusieurs sites, localisés sur plus de trois territoires de santé par dérogation aux dispositions de l'article L. 6222-5, dans la limite de son champ géographique d'activité déterminé en application de l'article L. 1223-2. »

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – L'Établissement français du sang doit pouvoir disposer d'un seul laboratoire multisite par établissement de transfusion sanguine, par dérogation à l'article L. 6222-5 du code de la santé publique qui prévoit que les sites d'un laboratoire de biologie médicale sont localisés au maximum sur trois territoires de santé infrarégionaux limitrophes.

Les établissements de l'EFS, seul opérateur de santé publique présent sur tout le territoire national, sont en général implantés sur plus de trois territoires de santé, et parfois sur deux régions, dans le respect des schémas d'organisation de la transfusion sanguine. Cette organisation doit améliorer l'efficacité économique et optimiser les ressources humaines, tout en assurant le plus haut niveau de qualité.

La limitation à trois territoires de santé pénalise l'EFS, dont la dérogation proposée vise à optimiser le fonctionnement, sans remettre en cause les exigences de qualité et l'accréditation définies par l'ordonnance de biologie.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Amendement très utile pour l'EFS.

*L'amendement n°107 est adopté.*

*L'amendement n°13 rectifié est retiré.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°60, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les conditions pour lesquelles la phase pré-analytique d'un examen de biologie médicale ne peut être réalisée dans un laboratoire de biologie médicale ou dans un établissement de santé sont définies par décret en Conseil d'État.

**M. Jacky Le Menn.** – Environ 5 % des prélèvements sanguins seraient réalisés en cabinet, notamment en zone rurale. Cette possibilité doit persister mais être encadrée afin de ne pas donner lieu à un détournement de l'esprit de la réforme de la biologie médicale, notamment par des groupements financiers souhaitant se soustraire, dans un but purement lucratif, aux différentes obligations légales relevant des laboratoires de biologie médicale.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Nous partageons tous votre hostilité à ces « usines à pré-analytique ». Mais comment tout prévoir dans le décret ? La rédaction de la commission est sans doute plus efficiente... Retrait ?

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Même avis.

**M. Guy Fischer.** – Nos collègues socialistes rejoignent notre analyse. L'avenir de la biologie médicale est en jeu. Sa force tient à son maillage territorial. Les grands groupes voudraient limiter ce maillage, dans le seul but d'accroître les dividendes versés aux actionnaires. C'est la fermeture annoncée de centaines de laboratoires médicaux. Nous tirons la sonnette d'alarme !

La présence obligatoire d'un biologiste en phase pré-analytique n'est pas un luxe, c'est une sécurité à laquelle nous sommes attachés.

Nous voterons l'amendement n°60.

*L'amendement n°60 n'est pas adopté.*

*L'article 20 quinquies, modifié, est adopté.*

### Article additionnel

**Mme la présidente.** – Amendement n°92, présenté par M. Fischer et les membres du groupe CRC-SPG.

Après l'article 20 quinquies

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

I. – L'article L. 4311-15 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À la première phrase du sixième alinéa, après le mot : « exercer », sont insérés les mots : « à titre libéral » ;

2° Les septième et huitième alinéas sont supprimés.

II. – Le premier alinéa de l'article L. 4312-1 est complété par les mots : « , ceux relevant du secteur public et ceux qui sont salariés du secteur privé ».

III. – À l'article L. 4414-2, les mots : « des sixième et septième alinéas » sont remplacés par les mots : « du septième alinéa ».

**M. Guy Fischer.** – Nous voulons supprimer l'obligation faite aux infirmiers exerçant à titre salarié d'adhérer à l'ordre des infirmiers. La situation est scandaleuse. Les infirmiers libéraux -qui sont peut-être 15 000- ont voulu créer leur ordre et l'imposer aux 300 ou 400 000 infirmiers salariés dans les hôpitaux.

Le Gouvernement est très attentif aux exigences des libéraux...

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Le lien direct avec l'article 20 quinquies, affirmé dans l'objet avec une fraîche candeur, n'est pas évident. (*Sourires*) Cet amendement reprend une proposition de loi... En outre, nous sommes en deuxième lecture. Défavorable.

**Mme Muguet Dini, présidente de la commission des affaires sociales.** – Il aurait dû être déclaré irrecevable.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Défavorable.

**M. Guy Fischer.** – Nous voulons saisir l'occasion du débat pour clamer notre indignation. Je sais bien que cet amendement est un cavalier...

**M. Jean-Pierre Fourcade.** – C'est bien de le reconnaître.

**M. Jacky Le Menn.** – Je confirme les estimations formulées par M. Fischer. On ne voit pas ce que l'inscription à l'ordre peut apporter aux infirmiers salariés. Nous soutenons cet amendement -certes un peu hors jeu.

*L'amendement n°92 n'est pas adopté.*

### Article 20 sexies

*L'amendement n°6 n'est pas défendu.*

*L'article 20 sexies est adopté.*

*L'article 20 septies demeure supprimé, ainsi que les articles 20 octies et 20 nonies.*

### Article 20 decies

*Les amendements n°s 11 rectifié et 14 rectifié sont retirés.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°120, présenté par M. Milon, au nom de la commission.

Alinéas 3 et 4

Remplacer la référence :

L. 6211-2

par la référence :

L. 6211-12

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Nous corrigeons une erreur matérielle.

*L'amendement n°120, accepté par le Gouvernement, est adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°35 rectifié, présenté par M. Barbier, Mmes Escoffier et Laborde et MM. Marsin, Mézard, Milhau et Tropeano.

Après l'alinéa 4

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° L'article L. 6211-9 est abrogé ;

**M. Daniel Marsin.** – La réforme impose au biologiste médical de faire le tri dans la prescription du médecin prescripteur pour éliminer, de sa propre initiative, les examens non conformes à des référentiels de bonne pratique. Cette mesure est impossible à mettre en œuvre si on se réfère à un objectif de cinquante à cent dossiers par jour et par biologiste : il faudrait à celui-ci entre deux et cinq heures pour s'entretenir avec chaque patient et étudier son dossier. Supprimer des examens prescrits représente un risque pour la santé du patient. Le biologiste médical ne peut être responsable à la place du médecin prescripteur.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Un des objectifs de la réforme est précisément de faire en sorte que le biologiste médical participe au diagnostic. Tirons parti des compétences ! Défavorable.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Même avis défavorable.

*L'amendement n°35 rectifié n'est pas adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°18 rectifié, présenté par MM. Trucy et Grignon.

Après l'alinéa 5

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° La seconde phrase de l'article L. 6212-4 est supprimée.

**M. Francis Grignon.** – Le personnel du ministère de la défense ou du ministère de l'intérieur peut ne pas relever des règles nationales relatives à la biologie médicale, lorsqu'elles interviennent dans le cadre d'opérations extérieures.

L'article renvoie à un décret en Conseil d'État la détermination, à l'avance et de façon générale, des exigences particulières à appliquer à l'occasion des opérations réalisées à l'étranger. Il n'est pas envisageable d'encadrer de façon préalable une activité appelée à être réalisée dans des situations aussi différentes et imprévisibles.

Un tel encadrement doit se faire au cas par cas.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Cela semble de bon sens... Sagesse, en attendant l'avis du Gouvernement.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Favorable.

*L'amendement n°18 rectifié est adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°61, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après l'alinéa 12

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° Après l'article L. 6213-12, il est inséré un article L. 6213-13 ainsi rédigé :

« Art. L. 6213-13. – Tous les biologistes médicaux sont tenus de précéder ou de faire suivre ce titre professionnel de celui de la profession au titre de laquelle ils ont été admis à exercer la biologie médicale. »

**M. Jacky Le Menn.** – L'ordonnance du 13 janvier 2010 a ouvert la biologie médicale à des médecins, des pharmaciens et à d'autres professionnels. Tous ces professionnels sont dénommés biologistes médicaux et apparaissent sous ce titre au grand public. Eu égard aux différences de formation de ces différents professionnels et à la nécessaire information du public, il apparaît justifié qu'ils soient tenus d'indiquer leur profession de base.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Un biologiste médical doit être un docteur en médecine ou en pharmacie, ayant passé ensuite un DES en quatre ans. L'amendement n'est donc pas justifié.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Défavorable.

*L'amendement n°61 n'est pas adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°62, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Après l'alinéa 16

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° L'article L. 6222-6 est ainsi rédigé :

« Art. L. 6222-6. – Sur chacun des sites, un biologiste du laboratoire doit être en mesure de répondre aux besoins du site et, le cas échéant, d'intervenir dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité des patients. Pour assurer le respect de cette obligation, le laboratoire doit comporter un nombre de biologistes au moins égal au nombre de sites qu'il a créés. Le biologiste assumant la responsabilité du site doit être identifiable à tout moment. »

**M. Jacky Le Menn.** – L'exercice de biologie dépasse très largement la présence physique lors de l'accueil des patients, les analyses pouvant s'étendre sur des périodes bien plus longues que l'horaire d'ouverture au public.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Les règles actuelles suffisent. Avis défavorable.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Même avis défavorable.

*L'amendement n°62 n'est pas adopté.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°108, présenté par le Gouvernement.

Alinéa 53

Supprimer cet alinéa.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Les actes médicaux sont couverts exhaustivement par la nomenclature des actes de biologie médicale. Autoriser la cotation d'autres actes ouvrirait la possibilité que ces médecins cotent des actes pour lesquels ils ne sont pas qualifiés, ce qui nuirait à la sécurité des soins. Surtout, les biologistes médecins, qui peuvent avoir une activité mixte, pourraient s'autoprescrire ou faire du compérage en adressant systématiquement des patients venant faire un examen de biologie à un médecin, éventuellement contre contrepartie pécuniaire. Ce serait contradictoire avec les règles de déontologie.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – C'est notre rédaction que vous supprimez ! Nous ne pouvons être favorables à cet amendement. Sagesse.

*L'amendement n°108 est adopté.*

*L'amendement n°83 rectifié n'est pas défendu.*

*L'article 20 decies, modifié, est adopté.*

*L'amendement n°12 rectifié est retiré.*

*L'article 21 demeure supprimé.*

## **Article 22 (Supprimé)**

**Mme la présidente.** – Amendement n°22 rectifié, présenté par Mme Giudicelli, M. Grignon, Mme Procaccia et M. Nègre.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

L'article L. 112-1 du code de la mutualité est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les mutuelles ou unions peuvent toutefois instaurer des différences dans le niveau des prestations lorsque l'assuré choisit de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé membre d'un réseau de soins ou avec lequel les mutuelles, unions ou fédérations ont conclu un contrat comportant des obligations en matière d'offre de soins. »

**M. Francis Grignon.** – Quel que soit l'organisme assureur gestionnaire, l'intérêt premier des réseaux de soins est qu'ils participent de la régulation des dépenses de santé tout en améliorant l'accès aux soins et le niveau de remboursement des assurés. Leur développement est particulièrement utile pour des prestations de santé où l'on constate aujourd'hui un fort renoncement compte tenu des dépassements d'honoraires.

Les patients restent libres de fréquenter un praticien non membre d'un réseau au même titre qu'ils pourraient choisir de ne pas s'inscrire dans la logique du parcours de soins pour l'assurance maladie de base. Au demeurant, la charte prévue à l'article 22 bis devrait permettre de réguler ces réseaux en associant les professionnels de santé.

Cet article résout un problème juridique dans le code de la mutualité qui n'existe pas dans le code des assurances. L'arrêt de la Cour de cassation n'interdit nullement la mise en place de réseaux par les mutuelles, il en amoindrit la portée.

Cet article résout l'égalité dans la concurrence entre organismes complémentaires santé, possibilité offerte aux autres familles d'assureurs, ce qui leur a permis déjà de développer de tels réseaux au bénéfice de leurs souscripteurs

L'Autorité de la concurrence a confirmé la validité des réseaux de soins au regard du droit de la concurrence. Cet article ne constitue pas un cavalier car les réseaux de soins sont au cœur de l'organisation de l'accès aux soins sur le territoire.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – La commission est hostile au rétablissement de cet article 22, un cavalier qui est tout sauf anodin. Il faudrait disposer de plus d'informations sur la nature et le fonctionnement des réseaux. La responsabilité de la qualité des soins relève encore des pouvoirs publics ! Resterait à éclaircir l'organisation du système.

Offrir un meilleur remboursement de soins délivrés par un professionnel conventionné ne relève pas de celui-ci mais des relations du patient avec sa mutuelle. On ne peut encourager la concurrence sur ce terrain. La commission n'a aucune raison d'être favorable au rétablissement de cet article. J'ai lu la presse, notamment *Le Figaro* : je refuse de paraître céder à quelque pression que ce soit.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Le Gouvernement est favorable à cet amendement : ces réseaux participent à la modération des dépenses. On constate un renoncement aux soins, dû aux dépassements d'honoraires...

**M. Guy Fischer.** – Vous le reconnaissez enfin !

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Le patient reste libre de fréquenter un praticien non membre d'un réseau.

**M. Francis Grignon.** – Je retire l'amendement. (*La stupeur le dispute à l'incrédulité, avant de céder la place à l'hilarité*)

*L'amendement n°22 rectifié est retiré.*

**M. Guy Fischer.** – J'allais le voter !

*L'article 22 demeure supprimé.*

## Article 22 bis

*L'amendement n°20 n'est pas défendu.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°63 rectifié, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Rédiger ainsi cet article :

Les principes auxquels doit obéir tout conventionnement souscrit entre les professionnels de santé, les établissements de santé ou les services de santé et une mutuelle, une entreprise régie par le code des assurances, une institution de prévoyance ou leur gestionnaire de réseaux, sont fixés dans le cadre des négociations tripartites entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et les représentants des professionnels de santé concernés, visés par les différentes dispositions conventionnelles prévues par le code de la sécurité sociale.

L'Autorité de la concurrence, ainsi que les commissions paritaires de suivi de l'accord, de la convention ou de l'avenant prévus aux articles L. 162-1-13, L. 162-12-17, L. 162-12-18, L. 162-12-20, L. 162-14-1, L. 162-16-1, L. 162-32-1, L. 165-6 et L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale, remettent tous les trois ans aux commissions des affaires sociales du Parlement un rapport relatif aux réseaux de soins agréés.

**M. Jacky Le Menn.** – L'esprit de négociation a disparu du texte. Notre amendement le ramène. En outre, le rapport ne doit pas venir de la seule Autorité de la concurrence : ce n'est pas la seule dimension du problème.

*L'amendement n°21 rectifié est retiré.*

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Les Ocam se réfèrent au prix catalogue faute d'autre information. La commission préfère en rester à sa rédaction.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – L'amendement risque de fragiliser les réseaux existants. Défavorable.

*L'amendement n°63 rectifié n'est pas adopté.*

*L'article 22 bis est adopté.*

## Article 23 (Supprimé)

**Mme la présidente.** – Amendement n°106, présenté par le Gouvernement.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Le titre I<sup>er</sup> du livre IV du code de la mutualité est ainsi modifié :

1° Le second alinéa de l'article L. 411-2 est ainsi rédigé :

« Le Conseil supérieur de la mutualité est composé en majorité de représentants des mutuelles, unions et

fédérations désignés par les fédérations les plus représentatives du secteur. » ;

2° Au a de l'article L. 411-3, les mots : « d'élection » sont remplacés par les mots : « de désignation » ;

3° Le chapitre II est abrogé.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – La loi HPST a fait disparaître les Drass auxquelles étaient rattachés les comités régionaux de coordination de la mutualité, qui désignaient les membres du Conseil supérieur de la mutualité (CSM). Dans ce contexte, seule la structure nationale du CSM conserve une pertinence. Cela bloque le processus de renouvellement du Conseil.

Cette réforme du CSM est un gage de simplification et d'économie car l'organisation d'élections était un processus administrativement très lourd et relativement coûteux. Enfin, étant donné le statut ultra représentatif de la FNMF, une désignation des membres du CSM sur le fondement d'une enquête de représentativité constitue le substitut le plus adéquat à une élection.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Cet article était un cavalier. Son rétablissement n'a fait l'objet d'aucun débat. Défavorable.

*L'amendement n°106 n'est pas adopté.*

*L'article 23 demeure supprimé.*

## Article 24

*L'amendement n°9 rectifié est retiré.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°100, présenté par M. Fischer et les membres du groupe CRC-SPG.

Alinéas 4 à 19

Supprimer ces alinéas.

**Mme Annie David.** – Ces dispositions ont été adoptées il y a quinze mois par l'Assemblée nationale dans une proposition de loi qui n'a pas encore été inscrite à l'ordre du jour du Sénat. Voilà donc un cavalier chargé de court-circuiter le travail parlementaire. Une vision globale des questions posées est indispensable pour prendre en compte aussi les accidents de la circulation.

*L'amendement n°68 rectifié n'est pas défendu.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°75 rectifié, présenté par M. A. Dupont, Mmes Hermange, B. Dupont et Deroche et M. Cantegrit.

Alinéa 6

Compléter cet alinéa par les mots :

après consultation de la commission ad hoc visée au 2 du III de l'article 24 de la loi n° du modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009

portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

**Mme Bernadette Dupont.** – La nomenclature recensant les différents chefs de préjudices indemnifiables, et qui s'appliquera dans tous les domaines du dommage corporel, doit être établie en concertation étroite avec tous les acteurs du dommage corporel.

Ce texte a été adopté à l'unanimité le 16 février 2010 par l'Assemblée nationale en première lecture de la proposition de loi de M. Guy Lefrand visant à améliorer l'indemnisation des victimes de dommages corporels à la suite d'un accident de la circulation.

**Mme la présidente.** – Amendement n°74 rectifié, présenté par M. A. Dupont, Mmes Hermange, B. Dupont et Deroche et M. Cantegrit.

Alinéa 10

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Les préjudices futurs de victimes d'accident, quel que soit leur mode de liquidation, ainsi que les prestations futures à la charge des organismes mentionnés à l'article 29 sont calculées, conventionnellement comme judiciairement, suivant une table de conversion fixée par décret sous le contrôle des ministères de la justice et des finances, basée sur un taux d'intérêt officiel, et actualisée tous les trois ans suivant les dernières évaluations statistiques de l'espérance de vie publiées par l'Institut national de la statistique et des études économiques. » ;

**Mme Bernadette Dupont.** – En première instance, la durée moyenne d'une procédure est de dix-huit mois. En appel, elle double. Le taux d'intérêt qui sert de base au calcul ne devrait être révisé qu'une fois tous les trois ans.

*L'amendement n°69 rectifié n'est pas défendu, non plus que les amendements n°73 rectifié, 72 rectifié, 71 rectifié et 70 rectifié.*

**M. Alain Milon, rapporteur.** – L'amendement n°100 va très loin : il supprime l'article. Les arguments de ses auteurs sont recevables mais il serait dommage de retarder l'entrée en vigueur de dispositions attendues par les associations de victimes et qui ne posent pas problème. Retrait, sinon rejet.

Sur l'amendement n°75 rectifié, défavorable. La nomenclature existante ne doit pas être remise en cause, mais mieux utilisée.

L'amendement n°74 rectifié apporte une précision inutile, voire ambiguë. Défavorable.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Défavorable aux trois amendements.

**Mme Annie David.** – Nous sommes sensibles aux arguments du rapporteur, mais il est urgent de mettre à l'ordre du jour la proposition de loi Lefrand, adoptée à l'unanimité à l'Assemblée nationale, dont certaines

dispositions concernent tout particulièrement les victimes, lesquelles sont un peu oubliées. Les associations d'accidentés nous ont sollicités. Nous retirons l'amendement, sachant que la proposition de loi Lefrand est très attendue.

*L'amendement n°100 est retiré.*

**Mme Bernadette Dupont.** – Comme Mme David, j'insiste sur la nécessité que le Sénat examine la proposition de loi Lefrand.

Une révision trop fréquente peut léser les victimes.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Ou l'inverse !

*L'amendement n°75 rectifié est retiré.*

*L'amendement n°74 rectifié n'est pas adopté.*

*L'amendement n°66 rectifié n'est pas défendu, non plus que l'amendement n°67 rectifié bis.*

*L'article 24 est adopté.*

*L'amendement n°10 rectifié est retiré.*

*L'article 24 bis est adopté.*

## Article 25

*L'amendement n°84 n'est pas défendu.*

**Mme la présidente.** – Amendement n°101, présenté par M. Fischer et les membres du groupe CRC-SPG.

Supprimer cet article.

**M. Guy Fischer.** – Cet article 25, inséré par l'Assemblée nationale, est sans véritable lien avec la loi HPST.

C'est une partie de la proposition de loi Boutron et Chossy, adoptée le 30 novembre dernier.

Les groupes de l'opposition s'étaient tous abstenus. Le Gouvernement n'a d'ailleurs pas cru bon d'inscrire cette proposition de loi à l'ordre du jour du Sénat : cela en dit long sur sa motivation en la matière ! Ces méthodes sont critiquables.

Le dépistage précoce de la surdité est loin de faire l'unanimité. Cette mesure doit faire l'objet d'un véritable débat.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Supprimer cet article serait une véritable perte pour la santé publique. Défavorable.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Défavorable. Ce qui importe, c'est de dépister la surdité chez les enfants.

Preuve de ma motivation, je ne veux pas attendre !

**Mme Muguette Dini, présidente de la commission des affaires sociales.** – Bravo !

**Mme Bernadette Dupont.** – Je m'abstiens.

*L'amendement n°101 n'est pas adopté.*

*L'amendement n°85 n'est pas défendu.*

*L'article 25 est adopté.*

## Article 26

**Mme la présidente.** – Amendement n°65 rectifié, présenté par M. Grignon, Mme Sittler, M. Reichardt et Mme Troendle.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Le premier alinéa de l'article L. 761-3 du code rural et de la pêche maritime est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« Le régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle s'applique aux membres des professions agricoles et forestières relevant des assurances sociales agricoles mentionnés ci-après :

« - salariés d'une entreprise ayant son siège social dans le département du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, quel que soit leur lieu de travail en France métropolitaine et salariés travaillant dans l'un de ces trois départements pour une entreprise ayant son siège hors de ces départements ;

« - personnes visées aux 4° à 11° du II de l'article L. 325-1 du code de la sécurité sociale. »

**M. Francis Grignon.** – L'article 26 prévoit de ne rattacher au régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire d'Alsace-Moselle que les salariés qui travaillent dans les trois départements concernés, ainsi que les salariés appartenant à un établissement implanté en Alsace ou en Moselle mais exerçant leur activité de façon itinérante dans d'autres départements. En conséquence, les salariés d'une entreprise ayant son siège social dans l'un de ces départements, mais dont le lieu d'activité se situe hors de cette circonscription, ne seraient plus rattachés au régime local.

Ces nouvelles dispositions ne permettraient donc plus aux caisses de MSA de maintenir les règles d'affiliation. Ainsi la simplification que représente cet amendement pour les Urssaf se traduit par une complexification de l'affiliation pour les salariés agricoles.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Il faut prendre en compte les spécificités du régime agricole local. Favorable.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Favorable.

*L'amendement n°65 rectifié est adopté.*

*L'article 26, modifié, est adopté, ainsi que l'article 27.*

## Article 28

**Mme la présidente.** – Amendement n°86 rectifié, présenté par Mme Giudicelli, M. Grignon, Mme Hermange et M. Nègre.

Supprimer cet article.

**M. Francis Grignon.** – Cet article traite des structures d'appui, comme les observatoires du médicament. Le récent rapport de l'Igas sur la pharmacovigilance s'interroge pour sa part sur les relations entre les centres régionaux de pharmacovigilance, et les ARS.

Il est sans doute prématuré d'adopter cette disposition dans ce texte : elle relève plutôt du projet de loi médicaments, en cours de préparation.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – En effet, cela semble pertinent. Favorable.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Favorable.

*L'amendement n°86 rectifié est adopté.*

*L'article 28 est supprimé.*

*L'article 29 est adopté.*

## Article 30

**Mme la présidente.** – Amendement n°64, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Rédiger ainsi cet article :

Le deuxième alinéa de l'article L. 6143-3-1 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« La procédure de mise sous administration provisoire ne peut être engagée par le directeur de l'agence au motif d'un manquement grave portant atteinte à la sécurité des patients qu'après avis détaillé de la Haute Autorité de Santé quant au manquement mis en cause. »

**M. Jacky Le Menn.** – Cet amendement prévoit la saisine obligatoire par le directeur général de l'ARS de la Haute autorité de santé, préalablement à l'engagement d'une procédure de mise sous administration provisoire, pour manquement grave portant atteinte à la sécurité des patients.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Défavorable.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Même avis.

*L'amendement n°64 n'est pas adopté.*

*L'article 30 est adopté.*

## Article 31

**Mme la présidente.** – Amendement n°102, présenté par M. Fischer et les membres du groupe CRC-SPG.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Les centres de santé conventionnés bénéficient comme les professionnels de santé libéraux de la prise en charge des pertes de ressources et frais divers induits par leur participation à des programmes de développement professionnel.

**Mme Annie David.** – Nous sommes très attachés aux centres de santé, qui offrent une prise en charge globale et permettent l'accès aux soins des plus vulnérables. Pourtant, on ne cesse de leur porter atteinte depuis la loi HPST. Un projet de décret les écarterait ainsi du dispositif de développement professionnel continu : c'est une perte sèche pour les centres de santé, qui contrevient en outre aux engagements pris par Mme Bachelot. Vous ne pouvez ainsi fragiliser une alternative à la pratique libérale.

**M. Alain Milon, rapporteur.** – L'« organisme gestionnaire du développement professionnel continu » indemnise les centres de santé au même titre que les médecins libéraux : cela résulte de l'article 59 de la loi HPST ; l'amendement est donc satisfait.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – L'amendement est en effet satisfait.

**Mme Annie David.** – Ce sont les centres de santé qui nous ont alertés. Je n'ai pas vérifié les textes, je vous fais donc confiance...

**M. Alain Milon, rapporteur.** – Je précise la référence, page 122 de mon rapport.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** – Je confirme que les centres de santé sont bien concernés. Je pourrai vous apporter une réponse plus détaillée.

**M. Guy Fischer.** – Par écrit !

*L'amendement n°102 est retiré.*

*L'article 31 est adopté,  
ainsi que les articles 32, 33 et 34.*

#### Interventions sur l'ensemble

**M. Guy Fischer.** – Nous avons débattu longuement de ce texte, qui a connue une « inflation créative ». Cette proposition de loi gouvernementale était censée lever des contraintes pesant sur les médecins libéraux et l'exercice libéral de la médecine : il fallait la voter de toute urgence ! Nous aurions souhaité que les intérêts des patients soient davantage pris en compte. La loi HPST participe au démantèlement du service public hospitalier et à sa privatisation. Les grands groupes, comme la Compagnie générale de santé, à capitaux italiens, fleurissent dans toutes les grandes agglomérations. À Paris, elle rachète tous les centres de santé qui ferment ! (*Mme Nicole Borvo Cohen-Seat le confirme*)

Nous étions prêts à voter l'article 22, pour donner un signal à la MNF. L'intérêt des patients doit primer.

Nous voterons contre cette proposition de loi, qui continue la casse du service public hospitalier.

**M. Jacky Le Menn.** – Nos approches divergent, on l'a vu. C'est entre nous un divorce à l'amiable. La désertification médicale est un vrai problème. La

population demande d'avoir accès aux soins de proximité, à des tarifs abordables.

Loi Fourcade ou loi fourre-tout ? C'est la rubrique-à-brac, comme l'a dit M. Milon. Les préoccupations d'origine ont été noyées sous une masse d'articles supplémentaires... Ce n'est pas sérieux ! Mais il fallait tout boucler avant le 13 juillet... Pourquoi ne pas avoir attendu le renouvellement de septembre ? Les cimetières sont pleins de gens « indispensables » !

Dans ce contexte, nous ne pouvons qu'être contre.

**M. Jean-Pierre Fourcade.** – Ce texte crée de nouveaux outils pour organiser l'offre de soins, et améliore la médecine de premier recours. L'offre de soins ne peut se concevoir sans l'apport des médecins libéraux. Elle est organisée au plan régional. Le patient est au cœur de nos préoccupations.

Le texte a été enrichi dans de nombreux domaines, à commencer par la responsabilité civile des professionnels de santé.

La loi HPST s'applique, de manière différente selon les régions. J'ai ressenti chez M. Le Menn et M. Fischer une nostalgie de la centralisation du système de santé.

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** – Facile !

**M. Jean-Pierre Fourcade.** – Je me réjouis de la mesure votée concernant l'Alsace-Moselle...

**M. Guy Fischer.** – L'Alsacien que je suis est d'accord.

**M. Jean-Pierre Fourcade.** – Je remercie la présidence, la commission et son rapporteur. Nous sommes ou serons tous des patients ! En espérant que l'Assemblée nationale modérera son zèle, je compte que ce texte sera rapidement et définitivement adopté.

**M. Yves Daudigny.** – Cette proposition de loi ne visait qu'à satisfaire les exigences du corps médical. Mais elle s'est laissée déborder...

Madame le ministre, vous avez l'habitude de mépriser nos propositions, si tant est que vous les écoutiez. Nous vous proposons pourtant un autre projet, reposant sur la régulation et non sur la coercition.

Ce que vous avez refusé de faire, nous le mettrons en œuvre !

*La proposition de loi, modifiée, est adoptée.*

#### CMP (Nominations)

**Mme la présidente.** – Il va être procédé à la nomination de sept membres titulaires et de sept membres suppléants de la commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion de la proposition de loi pour le

développement de l'alternance et la sécurisation des parcours professionnels.

La liste des candidats établie par la commission des affaires sociales a été affichée conformément à l'article 12 du Règlement. Je n'ai reçu aucune opposition.

En conséquence, cette liste est ratifiée et je proclame représentants : titulaires : Mmes Muguet Dini, Sylvie Desmarescaux, Catherine Procaccia, M. Jean-Claude Carle, Mmes Gisèle Printz, Patricia Schillinger, M. Guy Fischer ; suppléants : Mmes Annie David, Isabelle Debré, Christiane Demontès, Catherine Deroche, François Férat, MM. Alain Gournac, Ronan Kerdraon.

*Prochaine séance, lundi 4 juillet 2011, à 14 h 30.*

*La séance est levée à 17 15.*

**René-André Fabre,**

*Directeur*

*Direction des comptes rendus analytiques*

## ORDRE DU JOUR

**du lundi 4 juillet 2011**

### Séance publique

**À 14 HEURES 30, LE SOIR ET,  
ÉVENTUELLEMENT, LA NUIT,  
JUSQU'À 1 HEURE MAXIMUM**

1. Conclusions de la commission mixte paritaire sur le projet de loi sur la participation des citoyens au fonctionnement de la justice pénale et le jugement des mineurs.

Rapport de M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour le Sénat (n° 682, 2010-2011).

Texte de la commission (n° 683, 2010-2011).

2. Conclusions de la commission mixte paritaire la proposition de loi de libéralisation des ventes volontaires de meubles aux enchères publiques.

Rapport de M. Jean-Jacques Hyst, rapporteur pour le Sénat (n° 680, 2010-2011).

Texte de la commission (n° 681, 2010-2011).

3. Projet de loi fixant le nombre des conseillers territoriaux de chaque département et de chaque région (Procédure accélérée) (n° 689, 2010-2011).

Rapport de M. Jean-Patrick Courtois, fait au nom de la commission des lois (n° 698, 2010-2011).

Texte de la commission (n° 697, 2010-2011).