

N° 380

# SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2008-2009

---

---

Annexe au procès-verbal de la séance du 6 mai 2009

## RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE APRÈS DÉCLARATION D'URGENCE, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires,*

Par M. Alain MILON,

Sénateur

Tome II : Travaux de la commission

---

(1) Cette commission est composée de : M. Nicolas About, président ; Mme Isabelle Debré, M. Gilbert Barbier, Mme Annie David, M. Gérard Dériot, Mmes Annie Jarraud-Vergnolle, Raymonde Le Texier, Catherine Procaccia, M. Jean-Marie Vanlerenberghe, vice-présidents ; MM. François Autain, Paul Blanc, Mme Muguette Dini, M. Jean-Marc Juillard, Mmes Gisèle Printz, Patricia Schillinger, secrétaires ; Mmes Jacqueline Alquier, Brigitte Bout, M. Jean Boyer, Mme Claire-Lise Champion, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Mme Jacqueline Chevé, M. Yves Daudigny, Mme Christiane Demontès, M. Jean Desessard, Mmes Sylvie Desmarescaux, Bernadette Dupont, M. Guy Fischer, Mme Samia Ghali, MM. Bruno Gilles, Jacques Gillot, Mme Colette Giudicelli, MM. Jean-Pierre Godefroy, Alain Gournac, Mmes Sylvie Goy-Chavent, Françoise Henneron, Marie-Thérèse Hermange, Gélita Hoarau, M. Claude Jeannerot, Mme Christiane Kammermann, MM. Marc Laménie, Serge Larcher, André Lardeux, Dominique Leclerc, Jacky Le Menn, Jean-François Mayet, Alain Milon, Mmes Isabelle Pasquet, Anne-Marie Payet, M. Louis Pinton, Mmes Janine Rozier, Michèle San Vicente-Baudrin, MM. René Teulade, Alain Vasselle, François Vendasi, René Vestri.

Voir le(s) numéro(s) :

Assemblée nationale (13<sup>ème</sup> législ.) : 1210, 1435, 1441 et T.A. 245

Sénat : 290 et 381 (2008-2009)



## SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
<b>TRAVAUX DE LA COMMISSION</b> .....	5
<b>I. AUDITION DES MINISTRES</b> .....	5
<b>II. AUDITIONS</b> .....	26
• <b>Table ronde</b> ( <i>mercredi 14 janvier 2009</i> ) .....	26
• <b>Audition de Laurent DEGOS, président, et François ROMANEIX, directeur de la Haute Autorité de santé (HAS)</b> ( <i>mercredi 21 janvier 2009</i> ) .....	34
• <b>Audition de Gérard VINCENT, délégué général de la fédération hospitalière de France (FHF)</b> ( <i>mercredi 28 janvier 2009</i> ) .....	38
• <b>Audition de Jean-Loup DUROUSSET, président de la fédération de l'hospitalisation privée (FHP)</b> ( <i>mercredi 28 janvier 2009</i> ) .....	42
• <b>Audition d'Antoine DUBOUT, président de la fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (Fehap)</b> ( <i>mercredi 28 janvier 2009</i> ) .....	46
• <b>Audition de Jean-Marie BERTRAND, secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales</b> ( <i>mercredi 11 février 2009</i> ) .....	48
• <b>Table ronde</b> ( <i>mercredi 1<sup>er</sup> avril 2009</i> ) .....	55
<b>EXAMEN DES AMENDEMENTS ET ADOPTION DU TEXTE DE LA COMMISSION</b> .....	67
<b>I. MERCREDI 29 AVRIL 2009</b> .....	67
<b>II. JEUDI 30 AVRIL 2009</b> .....	109
<b>III. LUNDI 4 MAI 2009</b> .....	140
<b>IV. MARDI 5 MAI 2009</b> .....	206
<b>LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LA COMMISSION</b> .....	265
<b>LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR</b> .....	267



## TRAVAUX DE LA COMMISSION

### I. AUDITION DES MINISTRES

Réunie le **mercredi 8 avril 2009**, sous la présidence de **Nicolas About, président**, la commission a procédé à l'**audition de Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports**, et **Valérie Létard, secrétaire d'Etat chargée de la solidarité**, sur le **projet de loi n° 290 (2008-2009)**, adopté par l'Assemblée nationale, portant **réforme de l'hôpital et relatif aux patients**, à la **santé** et aux **territoires** dont **Alain Milon** est le **rapporteur**.

**Nicolas About, président**, a proposé qu'après l'exposé liminaire de la ministre, le débat s'organise en trois temps, afin d'en faciliter le suivi : d'abord, les questions relatives à l'hôpital et aux agences régionales de santé (ARS) traitées aux titres I et IV du texte ; ensuite, les questions de santé publique et d'organisation des soins figurant aux titres II et III ; enfin, le volet médico-social, qui peut faire l'objet d'une discussion spécifique.

**Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports**, a tout d'abord souligné que le projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) est marqué par le souci de moderniser le système de santé tout en renforçant ses principes solidaires. Ce texte, élaboré à l'issue d'une longue concertation, à laquelle ont été associés les parlementaires, au cours des états généraux de l'organisation de la santé notamment, prend appui sur l'expertise et les compétences des acteurs de terrain, élus locaux, professionnels de santé, représentants des usagers.

Le projet de loi est né de plusieurs constats :

- les difficultés rencontrées par les usagers, perdus dans des parcours de soins trop cloisonnés, qui pâtissent de la complexité du système de santé et souffrent d'inégalités territoriales et sociales d'accès aux soins ;

- le souhait, exprimé par l'ensemble des professionnels de santé, que soient mis en œuvre de nouveaux modes d'organisation et d'exercice, plus cohérents et plus efficaces ;

- la multiplication des progrès techniques, qui rendent encore plus cruciales les questions de sécurité et d'organisation des soins ;

*- enfin, la nécessité de mettre en œuvre une approche territorialisée des besoins et de l'offre de santé pour apporter des réponses plus efficaces, dans le respect du pilotage national.*

*Le premier objectif du projet de loi est la réaffirmation des missions de service public des établissements de santé : la permanence des soins, l'accueil des urgences, la formation, la recherche, l'accueil des personnes en situation de précarité. Le renforcement de ces missions passe par la modernisation des hôpitaux autour d'un projet médical impliquant de poursuivre la politique de recomposition conduite par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH).*

*Sans qu'il soit question de « carte hospitalière » ou de fermeture d'hôpitaux, il est indispensable que certains établissements convertissent ou fassent évoluer une partie de leurs services pour garantir à tous la qualité et la sécurité des soins. La modernisation des hôpitaux implique également une meilleure répartition des ressources financières et l'attribution au chef d'établissement et au président de la commission médicale d'établissement (CME) des moyens d'exercer pleinement leurs responsabilités. Qualité des soins et bonne gestion administrative et financière ne sont pas antithétiques et le projet de loi renforce le projet médical d'établissement en plaçant le président de la CME dans une position déterminante au sein de l'exécutif hospitalier.*

***Roselyne Bachelot-Narquin, ministre,** a toutefois noté que la visibilité du binôme constitué par le directeur d'hôpital et le président de la CME peut être encore renforcée dans le projet de loi, à condition que le directeur dispose des moyens de sortir d'une éventuelle situation de blocage. Quant aux personnels soignants, leur rôle dans les établissements de santé, aux côtés des personnels médicaux, est lui aussi pleinement reconnu, le président de la commission des soins infirmiers devenant par exemple membre de droit du directoire.*

*Elle a ensuite évoqué les communautés hospitalières de territoire (CHT) pour souligner que les hôpitaux doivent mieux coopérer les uns avec les autres et mutualiser leurs moyens humains et financiers, les CHT constituant un instrument indispensable pour mieux répondre aux besoins de la population sur un territoire donné, dans une logique de gradation des soins et de complémentarités. A cet égard, l'objectif n'est pas de vider certains hôpitaux de leur substance pour en remplir d'autres, mais de favoriser les alliances entre hôpitaux de taille moyenne, la taille critique s'établissant autour de quatre cents à cinq cents lits en médecine-chirurgie-obstétrique.*

*Une action déterminée est nécessaire pour mieux articuler l'hôpital avec la médecine de ville et avec le secteur médico-social, en donnant aux professionnels les outils pour mieux communiquer et ainsi mieux orienter leurs patients et mieux prendre en charge leur suivi.*

*Rappelant qu'une mission sur la recherche et l'enseignement dans les CHU a été confiée par le Président de la République au professeur Marescaux, **Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a estimé que ses premières propositions s'inscrivent parfaitement dans les grandes orientations de la réforme et permettent de conforter efficacement la place et le rôle de la recherche biomédicale et de l'enseignement, dès lors qu'elles visent à adapter la gouvernance des centres hospitalo-universitaires à leur fonction d'enseignement et de recherche et à mieux tenir compte de leur nécessaire articulation avec l'université. Il est indispensable de transcrire les conclusions des travaux du professeur Marescaux dans le schéma de gouvernance de l'hôpital, par exemple en désignant à côté du président de la CME, premier vice-président du directoire, deux autres vice-présidents, l'un chargé de la recherche et l'autre de l'enseignement. Elle s'est déclarée par avance favorable aux éventuels amendements qui reprendraient ces propositions.*

*En ce qui concerne l'accès aux soins, il faut combattre avec force les discriminations financières qui y font obstacle, tant pour la médecine de ville que pour les établissements de santé. Pour améliorer la situation en ce domaine, le projet de loi prévoit l'augmentation de l'aide à la complémentaire santé (ACS) pour les personnes les plus âgées et l'interdiction des refus de soins. A cet égard, les critiques formulées contre la pratique du « testing » prévue par le texte pour établir la preuve qu'un professionnel mis en cause pratique effectivement le refus de soins sont injustifiées. Ce n'est pas le « testing » qui jette l'opprobre sur le corps médical, mais bien le refus de transparence, qui permet à quelques moutons noirs de ternir l'image d'une profession ancrée dans l'éthique et la déontologie.*

*Enfin, l'amendement adopté par l'Assemblée nationale pour répondre aux problèmes financiers d'accès aux soins dans les établissements de santé privés constitue une réponse qui mérite d'être améliorée.*

*A propos de l'égal accès aux soins sur tout le territoire, un faisceau de mesures concrètes et opérationnelles, de la formation à la programmation de l'offre de soins, doit être mis en place pour lutter contre les « déserts médicaux », dans le respect de la liberté d'installation. A cet égard, l'article 15 du projet de loi modifie substantiellement l'organisation des études de médecine en prévoyant que la répartition des étudiants dans les régions se fera en fonction des besoins constatés de la population et de l'état de l'offre de soins en ville et à l'hôpital.*

*La création du schéma d'aménagement de l'offre de soins de premiers recours doit par ailleurs permettre de mieux répartir l'offre de soins sur tout le territoire. Un corps de praticiens de service public de toutes spécialités sera également constitué. Ces professionnels iront exercer dans les zones les moins dotées, en échange d'une allocation perçue dans le cadre de leurs études.*

*Les coopérations entre médecins et avec les autres professionnels de santé doivent être favorisées, au sein des maisons de santé notamment. Le projet de loi reconnaît officiellement les pôles de santé, définis comme la réunion de cabinets, de maisons de santé et de toute autre structure de soins présente sur le territoire. Ces pôles pourront déployer des projets de santé communs et faciliter les coopérations et l'implantation d'une offre de soins de qualité sur le territoire.*

*Les dispositions du titre II du projet de loi ont vocation à être complétées, pour les professions paramédicales, par l'intégration des formations au processus européen LMD. La reconnaissance universitaire, en valorisant les carrières, mais aussi en les diversifiant et en les spécialisant, grâce à l'accès aux masters notamment, doit ainsi répondre à un double enjeu : renforcer l'attractivité des professions paramédicales et mieux répondre aux besoins de santé.*

***Roselyne Bachelot-Narquin, ministre,** a ensuite souligné la nécessité de décliner les politiques de santé dans chaque région, pour garantir, partout et toujours, une même qualité et une même sécurité des soins. Cette mission relèvera des ARS qui reposeront sur une gouvernance équilibrée et un renforcement de la démocratie sanitaire : leur conseil de surveillance associera des représentants de l'Etat, des membres de l'assurance maladie, ainsi que des représentants des collectivités territoriales, des représentants des patients, des personnes âgées et des personnes handicapées.*

*Les ARS, qui renforceront l'ancrage et le pilotage territorial des politiques de santé, se substitueront à sept organismes différents. Elles investiront l'ensemble du champ de la santé et de l'autonomie, permettant de lever les cloisonnements, c'est-à-dire de donner toute leur cohérence aux politiques de santé. Ainsi, en luttant contre les déserts médicaux, en associant étroitement les acteurs régionaux, la loi HPST sera une loi d'aménagement du territoire, ce qui n'exclut pas un renforcement du pilotage national et de la cohérence d'ensemble du système.*

*Pour leur part, les dispositions du projet de loi relatives à la prévention prennent en compte le fait que les maladies chroniques sont en augmentation continue, tandis que l'amélioration des soins permet un allongement de l'espérance de vie des malades.*

*Deux facteurs de risque des maladies chroniques ont été clairement identifiés : le tabac et l'alcool, qui frappent en particulier les jeunes. C'est la raison pour laquelle le projet de loi tend à interdire la vente de boissons alcoolisées aux mineurs, quels que soient le lieu et la catégorie d'alcool. Cependant les dégustations, de même que les foires et les fêtes dans lesquelles on peut déguster des boissons alcoolisées à titre gratuit ou contre une somme forfaitaire, ne sont pas concernées. L'interdiction de la vente et de la distribution de cigarettes dont le goût sucré ou acidulé attire particulièrement un public jeune doit par ailleurs renforcer l'efficacité de la lutte contre le*



*tabagisme. De même, les dispositifs de la prévention ont été étendus à la lutte contre l'obésité et le surpoids ou au renforcement du suivi gynécologique.*

*La politique du Gouvernement en matière de lutte contre les addictions ne se limite pas aux mesures d'interdiction, mais repose sur un juste équilibre entre prévention, interdiction et prise en charge, le but essentiel étant de convaincre chacun d'adopter par lui-même des habitudes bénéfiques pour sa santé. Les actions de l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et, dès 2010, celles des ARS doivent contribuer fortement à cet objectif.*

*La ministre a par ailleurs insisté sur l'importance des programmes d'éducation thérapeutique, inscrits par le projet de loi dans le code de la santé publique pour donner au patient les moyens d'être acteur de sa prise en charge. De nombreux programmes existent d'ores et déjà sur le terrain, dont il conviendra de s'inspirer tout en les structurant et en assurant leur développement dans des conditions de qualité et de proximité.*

*Enfin, dans le cadre de la protection des personnes présentant une souffrance psychique, le projet de loi prévoit de rendre opérationnel le dispositif d'encadrement du titre de psychothérapeute, tout en préservant un haut niveau de qualité d'accès à la formation.*

*En définitive, ce projet de loi vise à replacer le patient au cœur du système et à faire reposer l'édifice sur l'engagement responsable des professionnels.*

***Alain Milon, rapporteur,** a tout d'abord indiqué que le projet de loi, qui comptait trente-trois articles dans sa version initiale, en comporte désormais cent deux après son examen par l'Assemblée nationale. Il proposera d'ailleurs à la commission d'alléger un peu le dispositif pour privilégier l'essentiel.*

*Ce texte traite de questions fondamentales pour la population : l'égal accès de tous, et sur tout le territoire, à des soins de qualité, la sécurité sanitaire, la prévention, l'éducation thérapeutique, le développement des moyens d'accueil et d'accompagnement médico-social, l'organisation de parcours de soins cohérents, l'excellence de l'hôpital public, la permanence des soins. Le souci du bon usage et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé est également essentiel, les usagers sachant très bien que l'emballlement des dépenses de santé, qui n'est pas une garantie de qualité des soins, pourrait mettre en péril l'ensemble du système de santé et d'assurance maladie.*

*Abordant les titres I et IV du projet de loi, respectivement relatifs à la modernisation des établissements de santé et à l'organisation territoriale du système de santé, le rapporteur a observé que le texte propose une nouvelle définition, matérielle et non plus organique, du service public, fondée sur l'accomplissement de missions et non plus sur le statut des établissements. Cette évolution bousculera très certainement des habitudes mais la*

*contractualisation qui encadrera l'exercice des missions de service public et la garantie d'accès aux soins aux tarifs du secteur 1 doivent éviter toute mise en cause du bon fonctionnement du service public.*

*A propos de la gouvernance de l'hôpital public, et tout en souscrivant à l'objectif d'amélioration de la gestion, on peut se demander si cette nouvelle réforme, qui vient après quelques autres, ne donnera pas au directeur trop de pouvoirs pour qu'il puisse les exercer efficacement. Comme l'a judicieusement observé la commission Larcher, le directeur aura besoin, pour mener une politique, de s'appuyer sur toutes les compétences, et notamment celles des médecins, dont beaucoup se sont impliqués dans la gestion des établissements et qui craignent d'être mis à l'écart. L'organisation proposée, qui écarte largement les médecins des décisions et s'appuie sur un conseil de surveillance qui ne peut pas surveiller et un directoire qui ne dirige pas, ne garantit pas un fonctionnement très efficace de la communauté hospitalière et mériterait d'être rééquilibrée.*

*En matière de coopération entre établissements, la communauté hospitalière de territoire que propose le projet de loi ne correspond pas tout à fait au partenariat volontaire que proposait le rapport Larcher sur le modèle des communautés de communes, ni même aux alliances de raison que beaucoup d'établissements seraient sans doute disposés à contracter pour maintenir un maillage satisfaisant du territoire. La coopération pourra-t-elle être imposée et s'agira-t-il alors encore d'une coopération ? Les dispositions concernant les groupements de coopération sanitaire, qui ont vocation à associer des partenaires publics et privés, ne paraissent par ailleurs pas suffisamment abouties, la transformation de ces groupements en établissements de santé posant des problèmes juridiques et pratiques non résolus par le projet de loi.*

*S'arrêtant sur la création des ARS, **Alain Milon, rapporteur**, s'est déclaré en plein accord avec l'objectif consistant à décloisonner au niveau régional les compétences relevant des différents aspects de la politique de santé et à déconcentrer le pilotage au niveau des régions et des territoires. Cependant, le rôle des ARS doit être clarifié car le projet de loi les charge de définir des « politiques régionales de santé », alors que la politique de la santé est, et doit rester, une politique nationale. Il doit être clair que les ARS constituent un échelon déconcentré de la politique de santé, même si cet échelon est organisé sous une forme un peu inhabituelle et qu'elles agiront, comme avant elles les ARH, au nom de l'Etat et sous l'autorité des ministres responsables. Certes, les compétences et le rôle des ARS en feront des instruments remarquables de prévention du risque assurantiel de santé, mais la politique de gestion du risque ne peut être définie et menée qu'au niveau national.*

*Il s'est enfin déclaré peu convaincu par la conversion en « conseil de pilotage » du comité de coordination des ARS et par les autres modifications apportées par l'Assemblée nationale aux articles relatifs à cette coordination.*

**Bernard Cazeau** a observé que le Gouvernement, comme ses prédécesseurs, ne parvient pas à équilibrer les comptes de l'assurance maladie. Il s'est demandé dans quelle mesure ce projet de loi, exclusivement axé sur la gouvernance du système de santé et en aucun cas sur les aspects financiers, permettra un quelconque progrès en matière d'équilibre des comptes.

**François Autain** a estimé que ce projet de loi marque la disparition du service public hospitalier. Il s'est interrogé sur l'intérêt d'introduire dans le texte des dispositions sur les CHU alors même que le rapport Marescaux n'a pas été rendu public, relevant qu'à l'inverse rien n'est prévu sur la psychiatrie bien qu'un rapport ait été rendu public il y a longtemps déjà. Il a souhaité savoir si la réforme de la gouvernance du système de santé aurait un quelconque effet sur la maîtrise des déficits. Enfin, à propos de la coopération entre établissements, il a rappelé que des outils existent déjà et que rien ne permet d'espérer que ce qui a déjà échoué réussira dans l'avenir.

**Claude Jeannerot** s'est à son tour interrogé sur la contribution du projet de loi à la maîtrise des déficits des comptes sociaux. Il a exprimé la crainte que le partage des missions de service public entre l'ensemble des établissements de santé ne conduise les établissements privés à ne prendre en charge que les missions les plus lucratives. Il a en outre estimé que le nouveau système de gouvernance marque un recul sur le plan de la démocratie sociale et sanitaire, les acteurs médicaux et politiques voyant leur place amenuisée au profit du pouvoir administratif. Il s'est enfin demandé comment, dans le contexte de la création des ARS, les départements allaient pouvoir exercer leurs responsabilités sociales et médico-sociales.

**Dominique Leclerc** a souhaité savoir par quels moyens le Gouvernement souhaite voir introduites dans le projet de loi, jusqu'à présent muet sur ce point, des dispositions relatives aux CHU.

**Alain Vasselle**, après s'être déclaré en plein accord avec les observations du rapporteur, s'est interrogé sur le fonctionnement des ARS. Quelle est la portée de la disposition prévoyant que les ARS contribueront au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) ? Comment les ARS vont-elles gérer les crédits du fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) aujourd'hui gérés par l'assurance maladie ? Le montant des crédits attribués à ce fonds devra-t-il être déterminé en loi de financement de la sécurité sociale comme c'est le cas pour le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (Fmespp) et le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqcs) ? Les contributions versées par les organismes d'assurance maladie aux ARS auront-elles pour objet de couvrir les dépenses de fonctionnement des ARS ou pourront-elles également être affectées au financement des politiques développées par les agences ? L'attribution simultanée aux ARS de fonctions assimilables à celles de l'Etat gestionnaire et de fonctions de régulation des dépenses est-elle pertinente, alors que les pays européens qui ont tenté cette expérience ont tous fait machine arrière ?

*Enfin, il a souhaité avoir davantage d'information sur les outils qui seront mis en œuvre pour assurer la coordination entre les soins de ville et l'hôpital.*

***Bruno Gilles** a relevé que les acteurs locaux ont le sentiment que les dispositions relatives à la gouvernance de l'hôpital donnent trop de pouvoirs au directeur et mettent les médecins « sur la touche ». A propos du conseil de surveillance, il a demandé, pour le premier collège, quel sera le rôle du maire qui présidait jusqu'à présent le conseil d'administration et a regretté que les médecins soient sous-représentés dans le deuxième collège, tandis que les personnes désignées par les ARS dominent le troisième collège. Il serait à son sens préférable que le président du conseil de surveillance soit choisi au sein du premier collège et non parmi l'ensemble des membres des premier et troisième collèges.*

***Jacky Le Menn** s'est interrogé sur les moyens mis en œuvre pour maîtriser les coûts de l'hôpital public. Il a estimé que l'amélioration de la gouvernance ne passe pas seulement par le renforcement du binôme constitué par le directeur et le président de la CME, mais par une coopération plus importante avec tout le corps médical et le personnel soignant. Il a fait part de l'inquiétude ressentie par les acteurs de terrain face au rôle réduit du conseil de surveillance. Il a enfin estimé difficile de confier simultanément aux ARS des rôles de gestion et une mission de régulation.*

*Faisant état d'un projet de réforme des secours d'urgence qui exclurait les ambulanciers du dispositif dans lequel ils sont actuellement intégrés avec les Samu et les pompiers, **Jean-Pierre Godefroy** a fait part des graves inconvénients qu'aurait une telle mise à l'écart et a souhaité disposer de précisions. Il a en outre demandé la raison de la limitation drastique du rôle des maires au sein des conseils de surveillance.*

***Gilbert Barbier** a fait part de ses réserves sur le dispositif consistant à confier au directeur d'hôpital le soin d'arrêter le projet médical d'établissement sur simple avis de la CME, estimant qu'un avis conforme serait préférable. Par ailleurs, la nécessaire coopération entre établissements hospitaliers privés et publics n'est, à son avis, pas suffisamment prise en compte.*

*En réponse aux orateurs, **Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports**, a tout d'abord rappelé que deux types de lois organisent le système de santé : les lois d'organisation, appelées à s'inscrire dans la durée, même si elles sont modifiées ou complétées, et les lois de financement. La loi HPST est une loi d'organisation de la santé destinée à améliorer la qualité des soins, qui n'a pas vocation à accueillir des dispositions spécifiquement financières.*

*A propos de la répartition des rôles des différents acteurs compétents en matière d'organisation des soins et de gestion du risque, le dispositif national reposant sur l'assurance maladie et l'administration sanitaire ne sera pas modifié par le projet de loi. Celui-ci tend en revanche à lier la gerbe*

*de la gestion du risque et de l'organisation des soins au niveau régional, qui est le plus pertinent pour adapter les politiques nationales. Au niveau local, les différents acteurs, qu'il s'agisse des caisses d'assurance maladie ou du préfet de département en matière de veille de sécurité sanitaire, conservent toutes leurs prérogatives. Le préfet aura ainsi un droit de tirage sur les capacités d'expertise des ARS, tandis que les organismes d'assurance maladie concluront des contrats avec les ARS. La création des ARS n'est donc pas une déconcentration des services de l'Etat mais la mise en œuvre d'un lien entre l'organisation sanitaire et l'assurance maladie, qui sera partie constitutive des ARS.*

*Les dispositions du projet de loi sur la gestion du risque sont fondées sur trois impératifs : la nécessité d'élargir le champ de la gestion du risque à l'hôpital et dans le secteur médico-social, la nécessité de mettre en cohérence la gestion du risque avec les autres composantes des politiques de santé, la nécessité du partenariat avec l'assurance maladie. A propos de la permanence des soins, le système actuel, précisément parce qu'il est caractérisé par la séparation de l'organisation des soins et de la gestion du risque, coûte très cher à l'assurance maladie sans être pleinement efficace.*

*Evoquant la gouvernance de l'hôpital, **Roselyne Bachelot-Narquin** a souhaité lever les craintes exprimées sur l'affaiblissement du rôle des médecins en rappelant que le projet médical, qui vise à organiser la qualité des soins au sein de l'établissement, ne se confond pas avec le projet thérapeutique qui reste naturellement l'apanage du corps médical. Le projet de loi vise à organiser et renforcer un pouvoir médical, qui n'est aujourd'hui trop souvent que le pouvoir de quelques-uns, grâce au directoire, au sein duquel médecins et soignants seront majoritaires, et au président de la CME, en charge de la préparation du projet médical de l'établissement que le directeur mettra en œuvre. Par ailleurs, les pôles dirigés par des médecins voient leurs moyens d'organisation et de délégation renforcés.*

*En ce qui concerne le conseil de surveillance, ses attributions sont recentrées sur une double compétence : la définition des orientations stratégiques de l'établissement et le contrôle de l'ensemble de son fonctionnement. Ce rôle de contrôle a été renforcé par un amendement de l'Assemblée nationale lui permettant de se prononcer sur la politique d'amélioration de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que sur les moyens d'accueil et de prise en charge des usagers. Le conseil de surveillance doit exercer la plénitude de son rôle de surveillance.*

***Nicolas About, président**, a fait valoir que le conseil de surveillance ne pourra jouer un tel rôle que s'il dispose d'autres informations et outils que ceux qui lui sont fournis par le directeur.*

***Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a ensuite observé que le maire ne sera pas écarté du nouveau système, dès lors qu'il continuera à pouvoir accéder à la présidence du conseil de surveillance, son élection par les*

*membres du conseil lui donnant une légitimité plus grande qu'un statut de président de droit. Les attributions conférées au directeur n'ont en aucun cas pour objectif d'affaiblir le pouvoir médical mais visent à faire en sorte que des décisions puissent toujours être prises, afin d'éviter les blocages qui font obstacle à la modernisation de l'établissement. En lien avec le directoire, le directeur se voit confier la pleine responsabilité de la gestion de l'établissement, mais exercera l'ensemble de ses attributions en étroite collaboration avec les médecins, notamment avec le vice-président du directoire.*

*Répondant à Dominique Leclerc, la ministre a indiqué que toutes les dispositions du projet de loi sur la gouvernance de l'hôpital s'appliqueront aux CHU et que le Gouvernement s'en remettra aux amendements des sénateurs pour la reprise éventuelle des propositions du rapport Marescaux. A propos des missions de service public, elle a souligné que le partage de ces missions entre établissements publics et établissements privés ne permettra en aucun cas à ces derniers de choisir les missions qu'ils souhaitent exercer. La décision de confier des missions de service public à l'hospitalisation privée reviendra aux ARS et s'accompagnera de l'obligation de respecter des règles éthiques.*

*Il est nécessaire de déconcentrer le système de santé français, qui reste l'un des plus centralisés au monde car il repose sur un schéma régalien très marqué : les pouvoirs du ministre de la santé en matière d'organisation du système de soins sont exorbitants, voire totaux. C'est l'échelon national qui, dans ce domaine, prédomine. Aussi est-il indispensable d'enclencher un processus de déconcentration et d'œuvrer pour une véritable démocratie sanitaire. La nouvelle gouvernance instaurée par les ARS constitue, à ce titre, un puissant levier d'action. Les professionnels de santé, les représentants des associations et des usagers, ainsi que les collectivités territoriales seront appelés à discuter du système de santé. Ils participeront à l'exercice de planification de l'offre de soins à l'échelon régional, ainsi qu'à la gestion du risque. Jamais l'ensemble de ces acteurs n'a été aussi étroitement associé à la politique de santé. Ce travail de déconcentration et d'association, rendu possible par la création des ARS, signe l'émergence d'une démocratie sanitaire en France. En ce sens, le projet de loi constitue une véritable avancée.*

***Nicolas About, président,** a rappelé à la ministre qu'une question lui a été posée sur les ambulanciers et les secours d'urgence.*

***Jean-Pierre Godefroy** a confirmé sa demande sur les raisons de l'exclusion des ambulanciers des conventions quadripartites sur les secours d'urgence.*

***Roselyne Bachelot-Narquin, ministre,** a indiqué que, sur ce point, des négociations sont en cours avec le ministère de l'intérieur mais elle a assuré que les ambulanciers ne seront pas exclus des conventions sur les secours d'urgence.*

*Puis Nicolas About, président, a donné la parole au rapporteur sur les titres II et III du texte.*

*Avant d'aborder ce deuxième volet du débat, Alain Milon, rapporteur, s'est dit en accord avec les propos de la ministre sur la démocratie sanitaire : même si des améliorations méritent de lui être apportées, ce projet de loi est en effet un texte de démocratie sanitaire. Un travail approfondi de consultation et d'auditions a été mené depuis des mois, aussi bien au ministère que dans les deux assemblées. L'ensemble des acteurs concernés par le sujet a donc été entendu.*

*Les titres II et III comportent de très nombreuses mesures, surtout après le vote de l'Assemblée nationale, parmi lesquelles certains points méritent d'être évoqués.*

*D'abord, celui de la démographie médicale car, jusqu'à présent, l'accent avait toujours été mis sur les mesures à caractère incitatif. D'ailleurs, le texte en prévoit de nouvelles avec, notamment, la création du contrat d'engagement de service public, c'est-à-dire le versement aux étudiants d'une allocation mensuelle pendant toute la durée de leurs études en échange d'un engagement à exercer dans une zone sous-dotée. A ce sujet, on peut se demander si le chiffre de deux cents bourses, évoqué par la ministre à l'Assemblée nationale, est bien à la hauteur des enjeux. De leur côté, les députés ont créé un contrat santé solidarité destiné à faire participer les médecins des zones « sur-denses » aux soins à prodiguer dans les zones déficitaires. Mais, contrairement aux propositions émises en ce sens par certains représentants des médecins, ils ont rendu ce contrat obligatoire pour les médecins. Cette mesure était-elle bien réaliste et ne serait-il pas préférable de la rendre facultative, étant donné les difficultés de mise en œuvre qu'elle pourrait rencontrer ?*

*Le rapporteur s'est ensuite intéressé à la question des ordres professionnels. Deux amendements ont été ajoutés à l'Assemblée nationale, l'un pour les professions médicales, l'autre pour les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les pédicures-podologues. Les mesures proposées sont, dans l'ensemble, bienvenues car elles portent sur des dispositions qui n'avaient pas été revues depuis longtemps, mais il est singulier que l'échelon de proximité - l'échelon départemental - ait été supprimé pour le seul ordre des masseurs-kinésithérapeutes.*

*Sur la question de la discrimination et spécialement celle qui touche les titulaires de la CMU et de la CMU complémentaire, l'Assemblée nationale a refusé que ce soit au médecin de prouver que son comportement n'a pas été discriminatoire : les plaignants devront donc faire la preuve de ce qu'ils allèguent, ce qui est le droit commun. Demeure cependant la possibilité de pratiquer le « testing » : un membre d'association pourra alors se présenter comme un patient ayant un profil susceptible de discrimination puis porter plainte contre les pratiques discriminatoires dont il ferait l'objet. Cette mesure est-elle à même de lutter efficacement contre les discriminations ?*

*Enfin, concernant la réforme des laboratoires de biologie médicale, l'enjeu est de médicaliser et de préserver l'indépendance de cette profession et ce, sous la pression du droit communautaire. Il serait utile que la commission sache où en est l'élaboration du texte de l'ordonnance sur cette question.*

*S'agissant du titre III et plus précisément de l'éducation thérapeutique, **Alain Milon, rapporteur**, a rappelé que le texte prévoit trois niveaux d'intervention : les programmes d'éducation thérapeutique, les actions d'accompagnement, qui relèvent notamment des associations, et les programmes d'apprentissage qui peuvent être engagés par les laboratoires pharmaceutiques dans des conditions strictement encadrées. Concernant les programmes d'éducation thérapeutique, il est dit que ceux-ci devront être conformes à un cahier des charges national. Or ce choix rompt avec la pratique suivie jusqu'à présent, celle de l'élaboration des programmes sous le contrôle de la Haute Autorité de santé. Pour quelles raisons celle-ci n'est-elle pas mentionnée dans le texte et qui jouera le rôle d'homologation, de suivi et d'évaluation au niveau national ?*

*Enfin, sur les dispositions relatives à la vente d'alcool, le texte transmis par l'Assemblée nationale a organisé un équilibre d'ensemble qui doit être préservé.*

***Catherine Procaccia** a d'abord fait valoir les inquiétudes que suscite la question de l'accès direct aux gynécologues ou aux ophtalmologues, sans passer par le médecin traitant. Il a été dit que cette mesure relèverait du décret. Sachant qu'un décret peut facilement être modifié, ne vaudrait-il pas mieux l'inscrire dans la loi ? Elle a ensuite demandé la raison pour laquelle les bénéficiaires de la CMU ne sont pas concernés par le parcours de soins et l'obligation de déclarer un médecin traitant.*

*Sur cette question, **Alain Vasselle** a rappelé que, lors de l'examen du dernier projet de loi de financement de la sécurité sociale, il avait déposé et fait adopter un amendement rendant obligatoire le passage par le médecin traitant pour les bénéficiaires de la CMU. Cette mesure devrait donc être en vigueur.*

***Nicolas About, président**, a confirmé que l'intégration des titulaires de la CMU dans le parcours de soins est bien actée dans la loi.*

*S'agissant du projet de loi proprement dit, **Alain Vasselle** a tout d'abord demandé des précisions sur le financement des mesures destinées à faciliter l'installation des médecins sur le territoire : quelle sera notamment la contribution respective des collectivités territoriales et des ARS ? Il a ensuite souhaité savoir comment la liberté d'installation des médecins serait conciliée avec l'obligation de signer un contrat santé solidarité car le caractère contraignant de cette mesure entre, à son sens, en contradiction avec le principe de liberté d'installation. Sur la permanence des soins, il a fait remarquer qu'un article du code de la santé publique, supprimé en 2002, prévoyait l'obligation pour les médecins d'organiser cette permanence. Ne serait-il pas aujourd'hui opportun de le rétablir ? Enfin, sur les dispositions*



*relatives à l'alcool, il a rappelé que l'Assemblée nationale avait initialement prévu d'interdire la vente d'alcool aux stations services entre vingt heures et huit heures du matin, mais que la ministre a souhaité avancer cette interdiction à dix-huit heures. Or, entre dix-huit heures et vingt heures, les commerces de proximité qui vendent de l'alcool sont, le plus souvent, encore ouverts. Comment, dès lors, remédier à cette discrimination dans le traitement des distributeurs d'alcool ?*

***Jean-Pierre Godefroy** s'est d'abord étonné de la suppression de l'échelon départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes : celui-ci lui semble en effet plus adapté que l'échelon régional. Il a ensuite évoqué la question des bénéficiaires de la CMU. Le refus de l'Assemblée nationale d'obliger les médecins à prouver que leur comportement n'a pas été discriminatoire est regrettable. Aussi est-il indispensable de revenir à cette obligation prévue par le texte initial. Par ailleurs, les sanctions à l'encontre des médecins qui n'acceptent pas de recevoir les titulaires de la CMU ne sont pas assez dures. Il a également approuvé l'intervention d'Alain Vasselle sur la vente d'alcool dans les stations services : il serait préférable que l'interdiction commence à vingt heures et non à dix-huit heures. En outre, une distinction mériterait d'être faite entre les stations d'autoroute et les stations semi rurales ou rurales. Ces dernières, servant aussi de commerces de proximité, devraient pouvoir vendre de l'alcool jusqu'à vingt heures. En revanche, il semblerait normal que la vente d'alcool sur les aires d'autoroute soit complètement interdite. Enfin, la question de la vente d'alcool dans les épiceries ouvertes la nuit mériterait d'être posée. En effet, une fois les magasins traditionnels fermés, le ravitaillement en alcool se fait le plus souvent par ces épiceries. Peut-être conviendrait-il de leur interdire la vente d'alcool à partir d'une certaine heure ?*

***François Autain** a estimé que l'objectif d'égal accès aux soins devrait faire partie intégrante de l'organisation du système de soins. Or, les dépassements d'honoraires pratiqués par certains médecins constituent un obstacle à la poursuite de cet objectif : près de 40 % des Français renoncent à se soigner à cause de ces dépassements. Sur ce sujet, où en sont les négociations conventionnelles ? Par ailleurs, le contrat santé solidarité est, à son sens, une mesure non seulement irréalisable, mais aussi inefficace, surtout si elle n'est pas rendue obligatoire. Aujourd'hui, force est de constater qu'en France, la permanence des soins n'est pas assurée et que l'on ne peut pas compter sur le volontariat des médecins pour la mettre en œuvre. Il faut donc des mesures plus contraignantes si l'on veut garantir l'accès de tous aux soins. Il est temps de choisir entre la liberté d'installation des médecins et la sécurité des patients. Jusqu'à présent, la première l'a emporté sur la seconde et le projet de loi ne modifie en rien cette tendance.*

***Yves Daudigny** a bien noté l'appréciation de la ministre qualifiant ce texte de loi d'aménagement du territoire. S'agissant de la désertification médicale, il a rappelé que les territoires, ruraux en particulier, sont confrontés à deux phénomènes. D'une part, la diminution inéluctable du*

*nombre de médecins, d'autre part, l'aspiration des jeunes médecins à un mode de vie moins contraignant que celui des médecins installés en zone rurale. Il s'est demandé si les mesures votées à l'Assemblée nationale de lutte contre les déserts médicaux suffiront pour garantir la présence de médecins sur tous les territoires.*

*En réponse à l'intervention du rapporteur sur les titres II et III, **Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, s'est félicitée qu'une position d'équilibre ait été trouvée. Ces titres ont en effet une cohérence d'ensemble. En ce qui concerne les déserts médicaux, terme sans doute un peu excessif, recourir uniquement à des mesures coercitives n'est pas souhaitable. Ce serait même contreproductif puisque ces mesures ne feraient qu'accroître un sentiment de malaise chez les médecins, en particulier chez les jeunes. Il est donc préférable de renforcer les mesures incitatives, en actionnant différents leviers tels que la formation des médecins, les aides financières et matérielles, les maisons de santé, la coopération entre les professionnels de santé ou la télémédecine.*

*S'agissant de la démographie médicale, la ministre a souligné l'unanimité à l'Assemblée nationale sur la création du contrat d'engagement de service public, en espérant la même réaction de la part du Sénat. Cette mesure, qui consiste à verser une allocation d'études de 1 200 euros par mois, permettra de former un corps de médecins boursiers. L'objectif poursuivi est à la fois de démocratiser les études de médecine, en attirant notamment des jeunes issus des milieux défavorisés, et d'enrayer la diminution du nombre de médecins. Il s'agit donc d'une stratégie « gagnant-gagnant ».*

*En réponse aux craintes suscitées par le « testing », elle a estimé qu'il serait dans l'intérêt du médecin d'accepter sa pratique. Car, on le sait, l'immense majorité des praticiens ne refuse pas de prodiguer des soins aux bénéficiaires de la CMU ou de l'AME et il faut aussi avoir conscience que certains d'entre eux peuvent accuser, à tort, un médecin de ne pas les recevoir. Dès lors, comment celui-ci pourra-t-il prouver sa bonne foi ? Le « testing » est une réponse à cette interrogation et non une mesure dirigée contre les médecins, bien au contraire, et qui ne devrait donc pas susciter un tel tollé.*

*Sur la permanence des soins, la garde est une obligation, inscrite dans le code de la santé publique, qui incombe aux médecins. C'est d'ailleurs cette obligation qui fonde, en droit, le pouvoir de réquisition du préfet si la permanence des soins n'est pas assurée. Le projet de loi ne modifie en rien ces dispositions. En revanche, celui-ci modifie le cadre dans lequel s'effectuera à l'avenir la garde : le médecin ne sera pas tenu de l'assurer de façon individuelle, mais de façon collective, au sein de l'organisation de la permanence des soins à l'échelon régional.*

*A propos du gonflement du texte après son passage à l'Assemblée nationale, relevé par le rapporteur, **Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a*

*émis le souhait que ce projet de loi demeure simple et compréhensible : pour qu'une loi soit respectée, il faut qu'elle puisse être comprise par tous.*

*Sur la question du contrat santé solidarité, il est prévu que cette mesure n'entre en application que dans trois ans car il faut laisser aux autres mesures incitatives prévues par le texte le temps de se déployer. Une fois celles-ci mises en œuvre, il ne sera d'ailleurs peut-être plus utile d'avoir recours à ce contrat, sachant d'ailleurs qu'il ne concernerait que 3 % du territoire national et 10 % des médecins. L'intervention des médecins des zones surdenses dans les zones sous dotées pourra prendre différentes formes, par exemple la consultation en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ou la vacation en milieu scolaire. Le médecin qui refusera de pratiquer de telles interventions sera soumis à une pénalité financière. Le montant de cette pénalité - qui sera égal au plafond mensuel de la sécurité sociale, soit 2 859 euros par mois en 2009 - a fait l'objet de négociations avec les représentants des médecins et des internes. Cette mesure a pour mérite de garantir l'équité intergénérationnelle entre les médecins, puisqu'elle s'applique aux jeunes comme aux plus âgés.*

***Catherine Procaccia** a renouvelé sa question sur l'intégration ou non des bénéficiaires de la CMU dans le parcours de soins.*

***Nicolas About, président,** a rappelé que la mesure avait été votée dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale, mais que, semble-t-il, le problème de son application reste posé.*

*Face à l'inquiétude exprimée par François Autain sur les dépassements d'honoraires, **Roselyne Bachelot-Narquin, ministre,** a répondu que des mesures ont été récemment prises sur le sujet, notamment dans le cadre de la dernière loi de financement de la sécurité sociale. Ainsi, les médecins sont désormais tenus d'afficher les tarifs de leur consultation dans la salle d'attente, sous peine de sanctions administratives. Un décret du 10 février 2009 impose qu'une information écrite soit remise au patient avant la réalisation d'un acte faisant l'objet d'un dépassement d'honoraires. Le non-respect de cette obligation est sanctionné financièrement. L'article 18 du projet de loi confirme d'ailleurs ces pénalités financières et les renforce même pour certains actes. Par ailleurs, plusieurs actions de sensibilisation à destination des professionnels sont également menées à l'initiative de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) ou de l'ordre des médecins. L'accès à l'information des patients sur ce sujet est facilité grâce aux sites internet « Infosoins » ou « Ameli ».*

*Enfin, elle a justifié la suppression de l'échelon départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes par des raisons démographiques.*

***Nicolas About, président,** a fait remarquer que l'amendement à l'origine de cette mesure ne s'appliquait pas à l'ordre des dentistes, ce qui peut paraître singulier dès lors que tous les ordres ne sont pas traités de façon identique : si le critère démographique justifie la suppression de l'échelon*

départemental, la mesure doit être étendue à tous les ordres ; sinon, l'échelon doit être maintenu pour tous.

La commission a ensuite procédé à l'audition de **Valérie Létard, secrétaire d'Etat chargée de la solidarité**, sur le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.

**Valérie Létard, secrétaire d'Etat**, a tout d'abord rappelé que le texte concerne directement le champ du secteur médico-social puisque, comme cela avait été envisagé depuis de nombreuses années sans jamais être réalisé, les futures ARS piloteront conjointement les politiques sanitaire et médico-sociale. Deux lignes de force se dégagent donc du projet de loi :

- la pleine prise en compte des enjeux médico-sociaux dans les politiques conduites par l'agence, au même rang que les enjeux sanitaires, avec la même volonté d'améliorer l'efficacité et l'équité territoriale des politiques publiques à l'égard des personnes en perte d'autonomie ;

- la préoccupation constante d'associer pleinement les associations et les collectivités locales à la définition des priorités de la politique régionale de santé et à ses conditions de mise en œuvre.

Bien sûr, les mutations qu'entraîne la création des ARS suscitent des interrogations légitimes. Elle est pourtant une chance pour le secteur médico-social, à condition de respecter certains prérequis. Cela suppose en particulier de préserver les spécificités de ce secteur, comme la prise en charge globale et personnalisée ou la place privilégiée en son sein des usagers et des associations.

L'ARS ne sera pas la domination d'un secteur sur un autre mais justement l'addition de toutes les forces pour assurer la cohérence des actions en matière de santé, qu'il s'agisse de prévention, de soins aigus ou d'accompagnement au long cours des personnes en perte d'autonomie. En outre, la place des usagers sera garantie dans toutes les instances de la nouvelle gouvernance, que ce soit dans le conseil de surveillance des ARS, les conférences régionales de santé et de l'autonomie, les commissions spécialisées ou les commissions d'appel à projets. Par ailleurs, une concertation approfondie entre les collectivités locales et l'ARS est bien organisée au travers de la création d'une commission de coordination qui permettra, dans le respect des compétences de chacun, d'articuler au mieux les politiques médico-sociales.

Le projet de loi introduit également une réforme profonde de la procédure d'autorisation de création de places médico-sociales, en instaurant un appel à projets. Cette nouvelle procédure permettra d'accorder d'emblée autorisation et financement aux projets répondant le mieux aux besoins. Elle mettra fin aux listes d'attente qui font qu'un promoteur reste des années dans l'incertitude, sans savoir si son projet répond aux besoins prioritaires, ni s'il sera financé. Afin de répondre aux préoccupations des associations et de nombreux parlementaires, une place particulière sera faite aux projets

*innovants. Elle permettra donc de maintenir la capacité des acteurs de terrain à faire remonter les initiatives les plus intéressantes.*

*Par ailleurs, la discussion du texte à l'Assemblée nationale a permis de donner une portée législative au mécanisme de la « fongibilité asymétrique » de façon à garantir au secteur médico-social un financement pérenne et croissant pour répondre à l'importance des besoins à venir. De même, la promotion de la bientraitance a été introduite parmi les missions de l'ARS.*

***Valérie Létard, secrétaire d'Etat,** a ensuite évoqué la question des compétences partagées entre l'Etat et les départements. Certains sénateurs souhaitent en effet expérimenter la délégation aux conseils généraux des compétences de gestion des crédits d'assurance maladie destinés aux établissements médico-sociaux. On peut certes y voir un moyen de simplification et de plus grande lisibilité des procédures dans le champ du médico-social, mais le Gouvernement y est opposé pour plusieurs raisons. En termes de calendrier tout d'abord, il semble prématuré de prévoir une telle expérimentation, alors qu'un texte viendra dans les prochains mois redéfinir les contours des collectivités territoriales. Sur le fond ensuite, un tel transfert de compétence, même expérimental, mérite d'être mûrement réfléchi puisqu'il reviendrait à déroger à un principe fondamental de la protection sociale en confiant aux collectivités territoriales la gestion de crédits d'assurance maladie.*

*En conclusion, elle a souligné que le Gouvernement a été soucieux d'élaborer un cadre nouveau pour faire du système de soins un ensemble mieux articulé, plus dynamique et plus réactif qui permette de s'adapter à la révolution démographique des quinze prochaines années. A n'en pas douter, la commission des affaires sociales du Sénat aura à cœur de soutenir et d'enrichir cette démarche.*

***Alain Milon, rapporteur,** est tout d'abord revenu sur les propos de la ministre de la santé concernant la lisibilité de la loi. Ce texte doit, en effet, être le plus clair possible afin d'être compris par tous. Si les dispositions concernant l'organisation des soins et l'hôpital relèvent bien de son objet, d'autres mériteraient d'être plutôt abordées dans une future loi de santé publique.*

*Son souhait de traiter à part, en présence de la secrétaire d'Etat, le volet médico-social du texte, est justifié par l'intérêt que la commission porte à ce sujet. Parmi la dizaine de dispositions « médico-sociales », trois points paraissent essentiels.*

*Le premier porte sur l'intégration d'une partie du secteur médico-social - l'accompagnement et la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées - dans le champ de compétences des ARS. Cette mesure devrait faciliter le décroisement entre les secteurs sanitaire et médico-social et favoriser la continuité du parcours de soins.*

*Toutefois, ce nouveau cadre suscite des inquiétudes, notamment celle de faire du médico-social une sorte de « parent pauvre » face au poids du sanitaire. La création d'un dispositif de garantie des fonds dédiés au secteur médico-social était donc une nécessité : non prévu par le texte initial, le principe d'une « fongibilité asymétrique » a été posé dans cette intention à l'Assemblée nationale.*

*Face au risque de déséquilibre entre les deux secteurs, on peut se demander s'il ne conviendrait pas de créer un poste de directeur adjoint chargé du médico-social ou, à défaut, d'assurer la présence, dans chaque ARS, d'un pôle médico-social fort et la possibilité de nommer parfois des directeurs d'agence issus de ce secteur.*

*Le deuxième point évoqué concerne l'architecture de planification et de programmation médico-sociale, sur laquelle on peut déplorer le partage peu lisible des compétences entre les conseils généraux et l'Etat. Le projet de loi entend donc rationaliser l'exercice de planification : l'ARS élaborera un schéma régional de l'organisation médico-sociale qui déclinera les orientations du plan stratégique régional de santé pour le secteur médico-social.*

*Sur ce sujet, **Alain Milon, rapporteur**, s'est dit préoccupé par les modalités concrètes d'articulation du schéma régional et des schémas départementaux. La compétence de principe des conseils généraux en matière de planification médico-sociale pourrait également pâtir du renforcement de l'échelon régional.*

*Le troisième point concerne la procédure de création de places médico-sociales. La situation actuelle n'étant satisfaisante ni pour les porteurs de projets, ni pour les pouvoirs publics, la nouvelle procédure d'appel à projets prévue par le texte va incontestablement dans le bon sens. Toutefois, il est indispensable de prévoir des garde-fous pour en assurer l'équité et la transparence, ce à quoi l'Assemblée nationale s'est d'ailleurs employée. Enfin, sachant que, parallèlement à l'appel à projets « classique », une procédure « allégée » a été introduite, que faut-il penser de cette initiative de l'Assemblée nationale ?*

***Bernard Cazeau** a approuvé les interventions respectives de la secrétaire d'Etat et du rapporteur. Toutefois, il s'est dit préoccupé par la question de la répartition des compétences médico-sociales entre les ARS et les conseils généraux. Il sera notamment difficile de concilier leurs pouvoirs respectifs en matière de programmation médico-sociale. Des amendements visant à mieux organiser cette répartition seront donc déposés en ce sens.*

***Yves Daudigny** a dit partager l'objectif de décloisonnement entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, mais a souligné la nécessité de maintenir aussi la spécificité de ce dernier. En effet, deux cultures bien différentes coexistent qu'il n'est pas question de fusionner. S'agissant de la répartition des compétences, il ne faudrait pas que les conseils généraux deviennent de simples agences d'exécution des ARS sur les questions*

médico-sociales. Le projet de loi prévoit que le schéma régional de l'organisation médico-sociale est élaboré par l'ARS, après consultation des différents acteurs réunis au sein d'une commission de coordination et avis des présidents de conseils généraux. Or, la consultation des départements mériterait d'être renforcée : un simple avis n'est pas satisfaisant. Comme le rapporteur, il s'est interrogé sur les modalités d'articulation concrètes entre le schéma régional et les schémas départementaux d'organisation médico-sociale.

**Bernadette Dupont** a déclaré être particulièrement intéressée par les relations entre les futures agences et les conseils généraux, notamment pour la politique en faveur des personnes handicapées. Le risque existe que l'accompagnement social des handicapés pâtisse de la nouvelle répartition des compétences médico-sociales. En effet, les ARS ne s'impliqueront sans doute pas dans ce domaine, comme c'est le cas actuellement des départements. Elle a également mis en garde contre une mauvaise compréhension du terme « usagers », mentionné à de nombreuses reprises dans le projet de loi. Le plus souvent, ce ne sont pas les usagers eux-mêmes qui participent aux instances de consultation, mais leurs représentants. Ne faudrait-il pas remplacer le terme « usagers » par les mots « représentants des usagers » ?

**Alain Vasselle** a formulé quatre remarques. Il a tout d'abord demandé des précisions sur les modalités pratiques d'application du principe de fongibilité asymétrique, le coût de fonctionnement d'un lit médical n'étant pas identique à celui d'un lit médico-social. Il a ensuite soulevé la question du service minimum dans les établissements accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées. Le ministère entend-t-il mettre en œuvre un tel service ? Lors d'une récente grève dans un établissement médico-social, les familles ont été obligées de reprendre chez elles leurs enfants handicapés, faute de personnels présents pour assurer un minimum de soins. Une telle situation n'est pas acceptable. Puis il a voulu savoir si le Gouvernement envisage, comme il l'avait promis, un texte sur le cinquième risque. Enfin, sur les usagers, il a approuvé la remarque précédemment faite par Bernadette Dupont.

**François Autain** a déploré que l'agence régionale de santé n'ait pas été nommée plus justement « agence régionale de santé et de l'autonomie » ou d'un autre intitulé qui reflète davantage son rôle en matière médico-sociale. S'agissant de la conférence régionale de santé, l'Assemblée nationale lui a bien accolé les termes « et de l'autonomie ». Par souci de parallélisme, il conviendrait de faire de même pour l'ARS.

A son tour, **Jacky Le Menn** a approuvé l'objectif de décloisonnement des secteurs sanitaire et médico-social affiché par le texte. Cependant, comme plusieurs de ses collègues, l'articulation entre le schéma régional et les schémas départementaux ne lui paraît pas claire. En outre, si la fixation dans la loi du principe de fongibilité asymétrique est une bonne mesure, ses modalités d'application demeurent floues. Il s'est enfin prononcé en faveur de

la création d'une fonction de directeur-adjoint de l'ARS en charge du médico-social.

*Alain Milon, rapporteur, a souhaité revenir sur les propos d'Alain Vasselle sur le service minimum dans les établissements médico-sociaux. Dans les Ehpad, la continuité des soins n'existe pas, surtout la nuit. N'y aurait-il donc pas la possibilité d'évoquer ce sujet dans le texte ?*

*Sur la permanence des soins, Valérie Létard, secrétaire d'Etat, a rappelé que la création d'agences, intégrant une partie du médico-social, répond à la volonté de développer des passerelles entre le sanitaire et le médico-social, d'encourager la transversalité dans les soins et l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées. Il s'agit bien, grâce à la nouvelle gouvernance régionale, d'assurer la continuité des soins.*

*Par ailleurs, elle a estimé excessive l'expression « parent pauvre » utilisée par le rapporteur pour décrire le secteur médico-social. Le médico-social mobilise tout de même 20 milliards d'euros et plus d'un million de places en établissements. La fixation du principe de « fongibilité asymétrique » permettra en outre de garantir les fonds destinés au secteur. Il s'agit du terme le plus précis pour désigner la sécurisation des moyens du médico-social et leur caractère dynamique.*

*En ce qui concerne l'exercice de planification médico-sociale, Valérie Létard, secrétaire d'Etat, a précisé que l'objectif du schéma régional n'est pas la juxtaposition des schémas départementaux, mais la détermination d'une « ligne de force » régionale en matière d'analyse des besoins médico-sociaux. Aujourd'hui, tout le monde reconnaît que l'architecture de la planification n'est pas satisfaisante. Il était donc indispensable de la rendre plus cohérente et plus lisible, pour l'ensemble des acteurs. C'est ce à quoi s'emploie le projet de loi.*

*En réponse aux inquiétudes exprimées par plusieurs commissaires sur la répartition des compétences entre les ARS et les conseils généraux, elle a assuré que les collectivités territoriales seront étroitement associées à l'élaboration du schéma régional et du programme de financement qui l'accompagne, via la commission de coordination spécialisée dans le médico-social. Les départements conservent entièrement leurs compétences médico-sociales. Il n'est pas question d'enfreindre le principe de libre administration des collectivités territoriales.*

*François Autain a estimé que l'attribution de compétences médico-sociales aux ARS risque d'aboutir à la création d'une « usine à gaz ».*

*Sur la question des usagers, Valérie Létard, secrétaire d'Etat, a entendu le message de Bernadette Dupont et d'Alain Vasselle. Elle a insisté à nouveau sur le fait que les représentants des usagers seront présents à tous les niveaux, que ce soit au sein de la commission spécialisée de la conférence régionale de santé et de l'autonomie ou des commissions d'appel à projets.*



*S'agissant du service minimum dans les établissements médico-sociaux, une expertise a été demandée aux services du ministère. Les résultats de celle-ci seront transmis aux parlementaires afin d'envisager les suites à donner.*

*Elle a ensuite expliqué pourquoi a été retenu le nom d'« agence régionale de santé » pour désigner la nouvelle structure. Le mot « santé » s'entend en effet au sens de l'OMS, qui comprend aussi bien le système de soins que le secteur médico-social. Il n'était donc pas utile de faire une référence explicite à ce secteur.*

*Sur cette question, **Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a prévenu qu'elle n'entend pas revenir sur la dénomination des agences. Un pas a été fait en direction du médico-social, à propos de la conférence régionale de santé et de l'autonomie ; cela est suffisant. Elle s'est également opposée à la création d'une fonction de directeur-adjoint chargé du médico-social. Il reviendra en effet au directeur de l'ARS de désigner son équipe comme il l'entend. La loi doit lui laisser un peu de souplesse dans ce domaine. Enfin, elle a considéré que la « fongibilité asymétrique » constitue un progrès majeur pour le secteur médico-social, qui sort grand gagnant de ce texte. Grâce à ce principe, de nouvelles places pourront être créées dans les établissements médico-sociaux ce qui permettra de mieux répondre aux besoins croissants de prise en charge, des personnes âgées notamment.*

***Nicolas About, président**, a remercié les commissaires qui ont assisté intégralement à cette longue audition qui porte sur un texte capital. Il a indiqué que, désormais, figureront sur la liste de présence établie au début de chaque réunion de commission les noms des sénateurs présents à son issue.*

## II. AUDITIONS

### Table ronde

(mercredi 14 janvier 2009)

*Sous la présidence de Nicolas About, président, la commission a entendu, au cours d'une table ronde sur le projet de loi n° 1210 (AN - XIII<sup>e</sup> législature) portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, dont Alain Milon est rapporteur, Michel Chassang, président de la confédération des syndicats médicaux français (CSMF), Martial Olivier-Koehret, président du syndicat des médecins généralistes (MG France), Jean Claude Régi, président de la fédération des médecins de France (FMF) et Roger Rua, secrétaire général du syndicat des médecins libéraux (SML).*

*Nicolas About, président, a demandé aux représentants des différents syndicats de la médecine libérale de bien vouloir présenter les réflexions que leur inspire le projet de loi.*

*Martial Olivier-Koehret, président du syndicat MG France, a déclaré que le projet de loi qui sera examiné par le Parlement revêt une importance particulière pour deux raisons. La première est que l'actualité souligne l'urgence d'une meilleure allocation de la ressource en termes de santé afin de remédier aux inégalités dans l'accès aux soins. La seconde tient au fait que le texte a été précédé d'une concertation large, tant dans le cadre des états généraux de l'organisation de la santé que des travaux de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital présidée par Gérard Larcher. Les positions de compromis élaborées au cours de ces concertations se retrouvent dans le texte qui sera discuté. Elles respectent les équilibres fondamentaux, et notamment la liberté d'exercice pour la médecine de ville. De ce fait, le projet de loi ouvre la perspective d'une solution aux problèmes de la désorganisation et du déremboursement des soins qui aboutissent à une remise en cause de l'égal accès aux soins pour tous. Pour la première fois, une définition de la médecine générale est donnée, ce qui pourra permettre une meilleure utilisation des ressources humaines et techniques. Par ailleurs, la création des agences régionales de santé (ARS) était appelée de ses vœux par l'ensemble du secteur libéral. Les ARS seront l'interlocuteur unique des médecins de ville qui n'ont pas vocation à être représentés au sein des agences. Elles participeront à la coordination de la médecine de ville qui est nécessaire pour répondre à la question du poids croissant de l'hôpital dans le système de soins.*

*Ceci étant, demeure entier le problème de fond tenant au fait que la situation nationale de la médecine générale ne permet pas d'exercer ce métier dans de bonnes conditions, c'est d'ailleurs pourquoi les jeunes s'en détournent.*

*Michel Chassang, président de la CSMF, a indiqué que la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie avait laissé en suspens la question du financement de la protection sociale. Sans doute le projet de loi actuel aurait-il pu se limiter à ce dernier aspect étant donné la part de l'hôpital dans les dépenses d'assurance maladie. On peut s'interroger sur la nécessité d'une réforme des soins de ville, de la régionalisation et de la création des ARS. Le risque est de voir disparaître la coordination au niveau national et l'échelon départemental où sont mises en œuvre les conventions. Face à une ARS présidée par un préfet, le risque de disparition des conventions nationales est fort. Or, il est nécessaire de maintenir un conventionnement collectif des médecins, quelles que soient les tentations conjoncturelles, sous peine de voir se développer des pratiques et des rémunérations fortement différenciées selon les régions et, à terme, un conventionnement individuel des médecins. Paradoxalement, la tendance à l'étatisation que certains dénoncent dans ce projet de loi aboutirait à une privatisation.*

*Par ailleurs, la création d'un schéma régional d'organisation des soins (Sros) pour la médecine ambulatoire n'est pas une bonne idée. D'une part, le bilan des Sros hospitaliers n'est pas très positif, d'autre part, un Sros ayant naturellement vocation à devenir opposable, il aboutira à plus de rigidité, ce qui est contraire à un fonctionnement harmonieux du système de soins.*

*Il ne faut pas non plus que la création d'un médecin généraliste de premier recours fasse oublier que, souvent, le premier accès aux soins passe par des spécialistes. Une des particularités du système de soins français est qu'il compte 25 000 médecins spécialistes de proximité.*

*Jean Claude Régi, président de la FMF, a insisté sur l'utilité du projet de loi pour permettre la réforme de l'hôpital et sur l'impératif d'éviter les réformes segmentées, qui justifie que soient abordées dans le même texte la création des ARS et l'organisation de la médecine de ville. Le texte reprend les positions élaborées lors des états généraux de l'organisation de la santé sur le médecin de premier recours. En ce qui concerne la réforme de la représentativité syndicale, il est légitime que celle-ci soit désormais fondée sur l'élection. Reste la question du financement qui conditionne l'existence d'un syndicalisme fort.*

**Roger Rua, secrétaire général du SML**, a également souligné que les nouvelles gouvernances de l'hôpital répondent à un souhait unanime des acteurs de santé. Il appartient aux organisations syndicales de maintenir leur rôle au niveau national et de développer un niveau régional pour le syndicalisme. Il est de ce point de vue préférable que les syndicats représentant les professionnels de santé soient à l'extérieur des ARS. Comme l'a indiqué le Président de la République, la question de l'organisation des soins est plus importante que celle des moyens alloués. Plusieurs aménagements devront être apportés au projet de loi, notamment sur la place des spécialistes dans les soins de premier recours et sur le problème de la permanence des soins : deux tiers des réponses aux situations d'urgence sont assurés par les médecins libéraux et l'hôpital n'en prend donc pas en charge l'intégralité. Il faut revoir la cohérence entre la médecine hospitalière et la médecine de ville. Ces quelques propositions d'aménagements ne remettent toutefois pas en cause le projet de loi qui paraît adapté aux enjeux.

**Alain Milon, rapporteur**, a indiqué que l'ensemble des personnes qu'il a auditionnées à titre préparatoire ont estimé ce texte nécessaire pour compléter la loi du 13 août 2004. Il a souhaité connaître la position des différents syndicats sur l'utilité du Sros ambulatoire ainsi que leur réaction face aux nouvelles définitions de l'accès aux soins pour tous et des missions du médecin généraliste de premiers recours.

**Michel Chassang** a répondu qu'un diagnostic des besoins en matière de soins au niveau de chaque bassin de population est nécessaire. La difficulté survient dès lors qu'il est question de rendre ce bilan opposable car le problème complexe de la démographie médicale ne peut être résolu par ce biais. Il est nécessaire de s'intéresser au flux des jeunes médecins plutôt qu'au stock. Imposer aux médecins déjà installés en zone surmédicalisée la signature d'un contrat de solidarité ou le paiement d'une taxe est, de ce point de vue, parfaitement saugrenu. Or, c'est bien ce que le Gouvernement envisage d'introduire par amendement au projet de loi si les négociations en cours échouent.

Des solutions locales intéressantes ont été trouvées, notamment l'octroi de bourses d'études ou le regroupement de professionnels dans le cadre de la médecine libérale. Cette dernière solution repose toutefois sur l'existence de leaders locaux capables de porter le projet. Il est important de remédier au sous-effectif qui frappe plusieurs spécialités et de favoriser l'enseignement au sein des cabinets médicaux ainsi que le remplacement. L'article 14 du projet de loi définit les missions du médecin généraliste de premier recours, ce qui pourrait revaloriser une profession qui en a besoin. Le médecin généraliste, toutefois, ne doit pas devenir une « gare de triage » et il est nécessaire de corriger le défaut du parcours de soins mis en place en 2004 en permettant que les pathologies chroniques soient directement suivies par un spécialiste.

**Roger Rua** a présenté le projet du syndicat SML pour pallier le problème de la démographie médicale dans certaines régions. Il s'agit d'un système de « médecins volants » permettant l'installation temporaire dans des zones sous-dotées. Sur la base de l'incitation, quelques-uns des 10 000 médecins remplaçants seraient intéressés par cette formule.

La question des soins de premier et de deuxième recours n'est pas celle de la séparation entre généralistes et spécialistes. Le plus important est que l'entrée dans le système de soins soit efficiente. Ainsi, on peut parfaitement envisager que certains soins identifiés soient effectués par les infirmiers et non par les médecins traitants. Il faut adapter le parcours de soins.

**Alain Vasselle** a souhaité connaître l'état d'avancement des négociations conventionnelles sur l'organisation des soins. Il s'est également demandé si la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) doit être maintenue dans ces négociations dès lors que seront créées les ARS.

**Gilbert Barbier** a pris bonne note des réserves exprimées sur l'organisation du parcours de soins et a souhaité savoir si une revalorisation du tarif des visites serait de nature à alléger le recours aux urgences hospitalières. Il s'est également enquis de la position des syndicats sur le numerus clausus et sur la délégation des actes médicaux aux infirmières.

**Jean-Marc Juilhard** a relevé le caractère singulier du Sros, qui est tout à la fois contesté et considéré comme nécessaire. Il a demandé aux représentants des syndicats quel est leur sentiment sur la création des maisons de santé pluridisciplinaires.

**Bernard Cazeau** a estimé qu'il existe un risque de manque de cohérence entre les conventions nationales et les politiques des ARS et a souhaité savoir comment il serait traité. Il s'est déclaré sceptique sur la notion même de médecine de premier recours dès lors que des spécialistes seront appelés à y participer.

**René Teulade** a constaté que le législateur est encore à la recherche d'un équilibre entre deux faits économiques incompatibles : la prescription libérale et la prestation socialisée. Il a souhaité connaître la raison pour laquelle un quart des Français ont recours aux urgences hospitalières chaque année.

**François Autain** a exprimé son inquiétude sur l'avenir du système conventionnel. Celui-ci n'a sans doute pas vraiment fait la preuve de son efficacité puisque les négociations sur le secteur optionnel durent depuis plusieurs années sans aboutir. Il a demandé si le fait d'organiser la permanence des soins par la mise en place de pénalités, comme le fait le texte, sera ou non efficace. Quoi qu'il en soit, sur plusieurs aspects, le projet de loi manque, à son avis, d'ambition.

**Claude Jeannerot** a interrogé les représentants syndicaux sur les contreponds qu'ils estiment nécessaires aux ARS.

**Patricia Schillinger** a demandé des précisions sur la place des médecins étrangers dans le système de soins.

**Alain Milon, rapporteur**, a souligné le problème lié au nombre de postes ouverts à l'internat, notamment pour ce qui concerne la gynécologie médicale. Il s'est également inquiété de l'avenir du système conventionnel et du mode d'organisation de la permanence des soins. Il a enfin demandé des éléments d'information sur l'article 18 relatif au refus de soins.

**Jacky Le Menn** a souhaité connaître le sentiment des syndicats sur les dispositions relatives à la prévention.

**Martial Olivier-Koehret** a répondu que la convention de janvier 2005 avait été un échec tant en matière de démographie médicale et d'accès aux soins - d'où l'article 18 du projet de loi - qu'en matière de coût. La France est le seul pays de l'OCDE à ne pas avoir défini de niveaux de recours, ce qui fait que l'hôpital est la solution proposée à tous les problèmes, y compris les problèmes sociaux. Les Français se tournent vers les urgences car les soins y sont gratuits, le service est toujours ouvert et des examens médicaux complémentaires y sont systématiquement prescrits.

Le médecin généraliste a un rôle essentiel à jouer en matière de proximité et de prise en charge des soins dans leur continuité. Il est le seul qui puisse prendre en charge les patients sur l'ensemble de leurs pathologies. Afin de l'assister dans sa tâche, il est nécessaire de développer de nouveaux protocoles de soins.

Le développement des Sros est important mais doit se faire avec la participation de professionnels de santé. Il doit également conduire à effectuer des investissements car le médecin généraliste seul, sans personnel ni plateau technique, ne peut assurer l'ensemble des missions qui lui sont confiées. Sans ces investissements, les soins seront assurés par l'hôpital où ils coûtent plus cher à la collectivité.

L'une des difficultés tient à ce que l'on constate aujourd'hui que de nombreux médecins généralistes ne pratiquent plus la médecine générale ou se détournent de la médecine libérale pour occuper les postes salariés offerts par les collectivités publiques. Il faut revaloriser la profession.

Enfin, il est à son sens important de maintenir le niveau national des négociations et d'y impliquer tant l'Etat que l'assurance maladie.

**Jean-Claude Régi** a insisté sur la nécessité absolue d'un Sros ambulatoire pour que l'offre de soins réponde enfin aux besoins réels. La question que pose la régionalisation de l'organisation des soins est celle d'accompagner ces nouvelles compétences par des financements.

Les problèmes liés à la démographie médicale sont complexes et ne peuvent être réglés par la simple coercition. Les amendes prévues par le projet de loi ne peuvent constituer une réponse. Pour satisfaire les besoins sur l'ensemble du territoire, il faut favoriser les regroupements même si cela

*aboutit à ce qu'il n'y ait pas un médecin par commune. Une expérience intéressante est actuellement menée en Basse-Normandie où ont été créés des pôles de santé, structures plus souples que les maisons de santé.*

***Michel Chassang** a relevé les divergences possibles entre l'exercice des compétences des ARS en matière de contractualisation ou d'organisation des soins et les conventions médicales nationales telles qu'elles existent actuellement. Il ne s'est pas déclaré opposé à des adaptations régionales, mais à partir d'un socle national. De plus, la place de l'assurance maladie n'est pas clairement organisée dans le projet de loi. Il a par ailleurs indiqué que le syndicat CSMF a présenté des propositions dans la négociation en cours sur la régulation médicale ; il faut espérer que la Cnam saisira l'opportunité de ces propositions et regretter que le Gouvernement interfère malencontreusement dans ce domaine.*

*Sur les Sros, il a prôné la souplesse et a approuvé l'idée de faire un état des lieux de l'organisation des soins mais sans que celui-ci devienne opposable.*

*Enfin, en matière de refus de soins, il a fermement condamné tout refus de soins qui serait discriminatoire, mais il s'est interrogé sur la nécessité, pour lutter contre ces abus, d'inverser la charge de la preuve ; de ce point de vue, le système prévu dans le projet de loi n'est pas équilibré. Des sanctions doivent exister pour des praticiens indécents, mais il s'agit d'un problème déontologique qui doit être réglé par la profession et non par les directeurs des caisses primaires d'assurance maladie.*

***Roger Rua** a défendu le système des conventions médicales nationales, qui existent depuis longtemps, ont progressivement fait leurs preuves et ont montré leur adaptabilité. Elles ont en outre l'avantage de la proximité et de la souplesse par rapport aux rigidités de définitions qui seraient trop précises.*

*Par ailleurs, la question des refus de soins peut se régler simplement en ouvrant la possibilité aux patients de saisir directement le conseil de l'ordre.*

*Enfin, de son point de vue, le projet de loi prévoit que les ARS adapteront au niveau régional des politiques décidées au niveau national, ce qui devrait limiter les problèmes de divergences éventuelles.*

***Alain Milon, rapporteur**, a ensuite posé deux séries de questions. La première porte sur la réorganisation de la formation médicale continue et sur une éventuelle orientation de la formation des médecins vers des thèmes définis comme prioritaires ; faut-il, comme le suggère l'inspection générale des affaires sociales (Igas) dans un rapport récent, rapprocher les actions de formation médicale continue et d'évaluation des pratiques professionnelles ? La seconde est relative à la question des nouvelles règles de représentativité syndicale définies par le projet de loi.*

**Colette Guidicelli** a fait valoir que le recours accru aux services d'urgence des hôpitaux s'explique avant tout par l'évolution des usages et par les pratiques actuelles des jeunes médecins qui ne veulent plus que les patients les contactent à toute heure et ne se déplacent plus à domicile. Dorénavant, les malades appellent les pompiers, le Samu ou vont directement aux urgences de l'hôpital.

**Alain Vasselle** a ensuite évoqué l'article 27 du projet de loi pour s'interroger sur la contractualisation qui sera possible entre les ARS et les unions régionales des professionnels de santé (URPS).

**Gilbert Barbier** a souhaité connaître la position des intervenants sur l'amendement qu'il avait précédemment déposé, mais sans succès, en loi de financement de la sécurité sociale au sujet d'une gradation des sanctions prises par le conseil de l'ordre à l'encontre des médecins.

**Martial Olivier-Koehret** est revenu sur le problème des médecins étrangers, qui sont déjà très nombreux en milieu hospitalier et qui s'installent de plus en plus en médecine de ville du fait de la libre circulation des personnes au sein de l'Union européenne ; il s'agit alors uniquement d'un problème de validité des diplômes, mais cela a naturellement un lien avec le *numerus clausus*.

En ce qui concerne l'accès aux soins, le regroupement des médecins dans un même lieu d'exercice, à certains endroits du territoire national, est une clé essentielle pour l'organisation des soins de ville.

Il a par ailleurs souhaité que les nouvelles dispositions relatives à la formation médicale continue préservent l'indépendance scientifique et la transparence financière du système existant ainsi que l'indemnisation des participants. De plus, l'évaluation des pratiques professionnelles est liée à la formation continue et la puissance publique est naturellement dans son rôle lorsqu'elle définit les priorités de santé publique.

Sur une question de **Nicolas About, président**, il a considéré que le choix des patients de se rendre aux urgences vient du fait qu'elles sont ouvertes, non filtrées, gratuites au moment de la consultation et que les malades y reçoivent des actes techniques qui les rassurent. Cependant, il ne faut pas oublier qu'une très grande majorité des passages en urgence est réalisée quotidiennement par les médecins généralistes.

Enfin, il s'est déclaré favorable à l'élection pour mesurer la représentativité des syndicats, comme cela est prévu dans le projet de loi, même s'il sera nécessaire de conforter les organisations syndicales dans leur rôle de représentation.

**Isabelle Debré** s'est enquis de la différence entre pôles de santé et maisons de santé et de la performance de chacune de ces structures.



**Roger Rua** a répondu que la demande de soins a évolué et qu'il est nécessaire de s'adapter à une forme de consommation dans ce domaine. De ce point de vue, il n'existe pas de différence entre les pôles et les maisons de santé tant que les médecins libéraux conservent leur libre arbitre. Il s'est par ailleurs déclaré favorable à la nouvelle organisation des URPS et du mode électif prévu dans le projet de loi, mais ces élections doivent se faire via des organisations collectives de type syndical.

Enfin, il existe bien un lien entre formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles, mais il est nécessaire de conserver l'indépendance des mécanismes existants.

**Michel Chassang** a considéré que les maisons de santé sont une solution pour apporter de la souplesse et de la proximité, mais elles demandent des investissements et coûtent en définitive plus cher que l'installation d'un cabinet médical classique. Par ailleurs, il s'est déclaré favorable à l'élection des URPS, tout en précisant que les élections ne doivent pas être le seul élément déterminant de la représentativité syndicale, le nombre d'adhérents devant également être pris en compte afin d'éviter la démagogie.

Enfin, il a soutenu l'idée d'une gradation des sanctions applicables en cas de non-respect de l'organisation de la permanence des soins par le conseil de l'ordre, en modulant notamment l'échelle des sanctions financières, car le système actuel est trop brutal.

**Audition de Laurent DEGOS, président, et François ROMANEIX,  
directeur de la Haute Autorité de santé (HAS)**  
(mercredi 21 janvier 2009)

*Sous la présidence de Nicolas About, président, la commission a procédé à l'audition de Laurent Degos, président, et François Romaneix, directeur de la Haute Autorité de santé (HAS).*

*Laurent Degos, président du collège de la HAS, a rappelé que la sécurité des soins, qui est particulièrement d'actualité depuis quelques semaines, posera toujours des problèmes et qu'il ne faut pas nourrir de faux espoirs en la matière. La Haute Autorité est au centre de la promotion de la sécurité des soins, au travers de la certification des établissements de santé, de la gestion du risque par les praticiens et du développement des indicateurs de résultats. Interrogé par Nicolas About, président, sur la coordination avec les autres agences intervenant dans le secteur de la santé, notamment l'institut de veille sanitaire (InVS), l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps), l'agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset) ou encore l'agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa), il a indiqué que la plupart de ces agences travaillent sur les produits eux-mêmes, alors que la HAS s'intéresse à la pratique des soins.*

*Alain Milon, rapporteur, a souhaité connaître l'appréciation générale portée par la HAS sur le projet de loi en discussion et sur les outils à mettre en place pour améliorer le parcours de soins : quels sont l'état des travaux de la HAS sur la coopération entre professionnels de santé et son avis sur les propositions du texte, notamment en ce qui concerne les communautés hospitalières de territoire (CHT), créées par le projet de loi ? En matière d'éducation thérapeutique, organisée à l'article 22 du projet de loi, quel doit être le rôle des associations d'usagers et est-il nécessaire de prévoir des dispositions de nature législative concernant la participation des laboratoires ? Quelles réflexions inspire à la HAS la réorganisation de la formation médicale continue (FMC), notamment sur l'orientation des médecins vers des thèmes prioritaires et sur le rapprochement, proposé par l'inspection générale des affaires sociales (Igas) dans un rapport récent, entre la FMC et l'évaluation des pratiques professionnelles ?*

*Laurent Degos a indiqué qu'un travail est en cours pour simplifier les démarches de coopération entre professionnels de santé ; les futures agences régionales de santé (ARS) auront un rôle d'intermédiaire important à jouer entre les pratiques locales et l'homologation nationale réalisée par la HAS.*

*Par ailleurs, l'éducation thérapeutique doit dissocier nettement ce qui relève de l'accompagnement des patients, dans lequel les associations d'usagers ont toute leur place et qui ne fait pas intervenir de personnel soignant, et l'éducation en elle-même, qui doit être réalisée par le médecin traitant ou des personnels de santé, sans influence directe de l'industrie pharmaceutique. A cet égard, la vigilance s'impose sur les relations entre les associations et l'industrie ; elles doivent être clarifiées.*

*Il a prôné la séparation entre la FMC, qui donne de très bons résultats mais qui est financée à 95 % par les industriels, et l'évaluation des pratiques professionnelles, qui doit être réalisée de manière indépendante. La HAS met d'ailleurs en place des collèges indépendants de bonnes pratiques par spécialité, dans lesquels sont engagés de nombreux médecins mais dont l'activité pâtit de l'attente de l'adoption de la loi. L'évaluation doit en effet être faite par des professionnels pour les professionnels, c'est-à-dire entre pairs, sans l'intervention d'intérêts économiques.*

*Il a ensuite évoqué quelques comparaisons internationales, qui mettent notamment en lumière le fait que la France est un des pays où le taux de ré-hospitalisation est le plus faible - ce qui montre la place d'ores et déjà centrale du médecin généraliste - et qu'elle obtient également de très bons résultats en matière d'efficacité et d'accès aux soins. Il est donc positif de conforter le médecin généraliste de premier recours, tel que le prévoit le projet de loi. Cependant, il est nécessaire d'améliorer les liens entre la médecine de ville et l'hôpital, thème sur lequel la HAS va engager des travaux ; le patient doit être au cœur de cette problématique, du point de vue de la communication des informations, de la coordination des soins et de l'éducation thérapeutique.*

***François Romaneix, directeur de la HAS,** a mis en avant la création des schémas régionaux d'organisation des soins (Sros) par le projet de loi, qui pourrait permettre de résoudre une des difficultés principales du système de santé en France, à savoir l'articulation entre médecine de ville et hôpital. La HAS prépare sur ces questions des indicateurs et va notamment intégrer dans le processus de certification des établissements de santé la qualité des lettres de sortie.*

*Selon **Alain Gournac,** le patient doit être installé au cœur du système de santé : il doit être informé et respecté. Du côté médical, c'est le médecin de famille, médecin généraliste de premier recours, qui doit être mis en valeur et dont le rôle doit être rehaussé. Il s'est enfin interrogé sur les modalités possibles du « tri des patients » lors de leur arrivée aux urgences, afin de limiter l'attente de tous.*

***François Autain** est intervenu sur la place des industriels dans le système de santé, que ce soit pour la formation médicale continue ou dans les associations de malades. Il s'est déclaré pessimiste sur les chances d'avoir une FMC digne de ce nom à brève échéance, en raison de son financement très majoritaire par les industriels. Il a par ailleurs regretté l'absence de*

publication par les associations de malades de leurs modalités de financement, alors que la loi de 2007 leur en fait obligation. Il s'est enfin interrogé sur l'articulation entre les futures missions des ARS, notamment en matière de qualité et de sécurité des actes médicaux, et les compétences de la HAS.

Après avoir mentionné les éléments probants obtenus par la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) en matière de gestion du risque, **Alain Vasselle** s'est interrogé sur la régulation des dépenses de santé à l'hôpital. Le projet de loi va-t-il permettre à cet égard de renforcer les nouvelles compétences médico-économiques de la HAS ?

**Guy Fischer** a souhaité, au-delà des préoccupations techniques, s'interroger sur les importants pouvoirs qu'auront les ARS et leurs directeurs. Quel sera l'impact de cette nouvelle organisation sur le service public hospitalier ou sur la carte hospitalière ?

**Janine Rozier** a prôné un meilleur lien entre l'hôpital et la médecine de ville, notamment pour assurer l'accompagnement des patients à leur sortie de l'hôpital.

**Jacky Le Menn** a mis en avant le manque de communication qui existe en amont et en aval de l'hospitalisation entre le praticien hospitalier et le médecin traitant. Un travail en profondeur est nécessaire pour éviter la défiance mutuelle entre l'hôpital et la médecine de ville ; il doit être intégré dans une perspective financière plus large, car organiser l'ensemble de la chaîne d'information et de collaboration demande du temps et l'implication de l'ensemble des acteurs concernés.

**Anne-Marie Payet** s'est interrogée sur la formation des professionnels paramédicaux, notamment sur une meilleure reconnaissance du niveau de formation initiale des personnels infirmiers.

**Jean-Marie Vanlerenberghe** a mentionné l'exemple du système informatique du centre hospitalier d'Arras, dont il préside le conseil d'administration : il permet au médecin traitant de consulter la feuille de suivi de ses patients, ce qui améliore concrètement le lien entre hôpital et médecine de ville. Par ailleurs, l'encombrement des urgences provient assez largement, de son point de vue, d'un problème d'organisation des gardes et il existe des solutions, éventuellement contraignantes, pour les améliorer.

**Alain Milon, rapporteur**, a salué la qualité et l'importance des questions, qui montrent, s'il en était besoin, que l'hôpital a été largement oublié par la loi de 2004 sur l'assurance maladie. Il a enfin souhaité interroger Laurent Degos, davantage en sa qualité de professeur de médecine plutôt que de président du collège de la HAS, sur l'absence de mention, dans le texte, des hôpitaux privés sans but lucratif participant au secteur public hospitalier, sur la présidence du futur conseil de surveillance des établissements et sur la nomination des médecins par le directeur de l'hôpital, après avis simple du président de la commission médicale d'établissement.

**Laurent Degos** a indiqué que le défaut principal du système de santé français concerne le patient, qui souffre d'un déficit de communication, de coordination et d'éducation ; celui-ci doit être impliqué de manière active, ce qui ne nécessite pas obligatoirement de dispositions de nature législative. Par ailleurs, la HAS travaille actuellement à la mise en place d'indicateurs pour évaluer le temps de prise en charge des patients, notamment dans les cas d'infarctus ou d'accident vasculaire cérébral. Il a évoqué différentes idées pour diminuer le temps d'attente aux urgences : développement de maisons de santé, tri entre consultations non programmées et véritables urgences... Il a également prôné une coordination forte et fonctionnant dans les deux sens entre les futures ARS et la HAS, par exemple en ce qui concerne les indicateurs servant à la certification des établissements de santé. Il a relevé que, dans tous les pays, la formation médicale continue est financée par les industriels du secteur, d'où l'importance de promouvoir une évaluation des pratiques professionnelles qui soit pleinement indépendante ; il a d'ailleurs proposé de remplacer, à l'article 19 du projet de loi, l'intitulé de la formation médicale continue par l'expression « développement professionnel continu ». En ce qui concerne la présidence des conseils de surveillance des établissements, il a considéré que l'aspect le plus important dans la gouvernance de l'hôpital est de savoir qui est responsable, qui assume publiquement cette responsabilité.

**Audition de Gérard VINCENT, délégué général de  
la fédération hospitalière de France (FHF)**

*(mercredi 28 janvier 2009)*

*Sous la présidence de Nicolas About, président, la commission a procédé à l'audition de Gérard Vincent, délégué général de la fédération hospitalière de France (FHF).*

*Gérard Vincent, délégué général de la FHF, a considéré que le texte du Gouvernement reprend certaines des idées émises par la fédération depuis plusieurs années, tant sous la présidence de Gérard Larcher que sous celle de Claude Evin. Les dispositions proposées ont donc logiquement recueilli l'accord des membres de son conseil d'administration, quelle que soit leur orientation politique. Le projet de loi devrait entraîner une amélioration de la gestion hospitalière notamment au travers de la création des communautés hospitalières de territoire (CHT). L'hôpital public français se maintient à un bon niveau de qualité mais a malheureusement une tendance au repli sur soi qui sera utilement contrebalancée par cette incitation à travailler ensemble. Fondées sur le volontariat, les CHT permettront l'élaboration d'une stratégie médicale commune afin de mutualiser les moyens et d'augmenter l'efficacité des soins. Il faut prendre conscience que, d'ici quelques années, ce sont les médecins eux-mêmes qui deviendront une ressource rare et le seul moyen pour que les établissements hospitaliers de petite taille puissent rester ouverts est qu'ils bénéficient d'un apport médical au sein d'une CHT.*

*La FHF est également favorable à une plus grande responsabilisation de l'ensemble des acteurs, y compris les médecins chefs de pôle. Le directeur doit être en mesure de mener une véritable politique des ressources humaines. Il faut pouvoir remettre à disposition du ministère les médecins qui ne remplissent pas leurs fonctions. La motivation des personnels hospitaliers pourrait aussi passer par un intéressement aux résultats de la gestion, ce qui constituerait également une incitation à la réduction des coûts.*

*Alain Milon, rapporteur, a souhaité connaître la position de la FHF sur la nouvelle gouvernance des établissements de santé proposée par le projet de loi.*

*Gérard Vincent a suggéré d'élargir la compétence du conseil de surveillance, afin de lui permettre de se prononcer sur la stratégie de l'établissement. Cette mesure renforcerait le caractère médical du projet d'établissement. La FHF souhaite également que la nomination des médecins par le directeur de l'hôpital soit faite après avis du président de la commission médicale d'établissement (CME) et du chef de pôle concerné. La conférence des directeurs d'hôpitaux et la conférence des présidents de CME, réunies par la FHF, paraissent en accord sur ce point.*

**Alain Milon, rapporteur**, a demandé quels sont les outils susceptibles de remédier à la segmentation des prises en charge et aux défauts de coordination entre la médecine de ville, l'hôpital et le secteur médico-social.

**Gérard Vincent** a fait observer que la création des agences régionales de santé (ARS) est présentée comme le moyen de répondre à la segmentation des soins. Si la FHF est favorable à la création des ARS, celles-ci doivent néanmoins avoir véritablement les moyens de piloter la politique de soins au niveau régional. Or, ces outils n'existent que pour l'hôpital, du fait de la reprise des missions des ARH qui ont déjà une expérience avérée en la matière. Dans le domaine de la médecine de ville, les ARS ne disposent pas d'outil de régulation puisqu'elles n'ont de pouvoir ni sur l'offre, c'est-à-dire l'installation des médecins, ni sur la dépense, les tarifs médicaux étant fixés par l'assurance maladie et les conventions. Dès lors, si les ARS sont chargées de gérer une enveloppe régionale, elles auront la tentation de faire varier le budget de l'hôpital pour compenser les difficultés de l'assurance maladie en matière de contrôle des dépenses de médecine de ville.

**Claude Jeannerot** a demandé quels pourraient être les outils de régulation mis à la disposition des ARS pour la régulation de la médecine de ville.

**Gérard Vincent** a précisé qu'il faudrait élaborer ces outils très rapidement sous peine d'un échec de la gestion régionale des soins. On peut parfaitement envisager de revenir sur la liberté d'installation des médecins afin d'agir sur l'offre comme cela existe déjà pour les pratiques d'infirmiers libéraux. Il faut également penser à mettre en place une modulation des honoraires dès lors qu'il y aura des dépassements.

**Alain Milon, rapporteur**, a souhaité savoir quelle devrait être la place des centres hospitaliers universitaires (CHU) dans les CHT.

**Gérard Vincent** a affirmé qu'un CHU ne doit pas être le cœur d'une CHT sous peine de voir se créer d'immenses structures régionales de type AP-HP qui feront augmenter les coûts et seront moins efficaces en raison de leur taille. Bien sûr, dans certaines régions, quelques établissements peuvent vouloir se lier avec un CHU du fait de leur proximité géographique mais les CHU n'ont pas à régenter l'ensemble des CHT.

**Gilbert Barbier** a souhaité obtenir des précisions sur les outils permettant la gestion de la médecine de ville ainsi que les dépassements d'honoraires des médecins exerçant à titre privé au sein de l'hôpital public.

**Alain Vasselle** a demandé de quels éléments on dispose actuellement pour mesurer l'ampleur de la reconversion des établissements hospitaliers. Il s'est également demandé si les ARS ne constituent pas tout simplement un nouvel habillage des ARH.

**Dominique Leclerc** a souhaité que puisse être précisée la place des doyens dans la nouvelle gouvernance des CHU.

**Jacky Le Menn** a résumé ainsi la position de la FHF : la fédération redoute que le directeur général de l'ARS ne devienne le vrai directeur de l'hôpital dès lors qu'il en recrutera le directeur en titre et négociera son budget ; si ce budget s'avère insuffisant pour soutenir le projet médical, le déficit entraînera la tutelle directe de l'ARS. Dans ces conditions, ne serait-il pas nécessaire d'offrir au directeur de l'hôpital un soutien face au directeur général de l'ARS en faisant approuver le projet d'établissement par le conseil de surveillance ?

**Jean Desessard** a dit craindre que la possibilité offerte aux directeurs de renvoyer les médecins n'alimente la loi du silence qui fait obstacle à la dénonciation des dysfonctionnements. En ce qui concerne l'idée d'un intéressement des personnels au bénéfice de la gestion, il a souhaité savoir quels sont les hôpitaux qui disposeront des moyens pour mettre en œuvre une telle mesure.

**François Autain** a demandé si les économies permises grâce aux dispositions du projet de loi seront de nature à régler le problème du financement de l'hôpital public. Il a exprimé sa crainte que l'intéressement n'aboutisse à une mise en cause de la qualité des soins et de la sécurité. Il a regretté que le texte mette fin au service public hospitalier qui se trouve de fait en partie transféré au secteur privé, lequel n'exercera pas les activités les moins rentables.

**Guy Fischer** a voulu connaître le nombre d'établissements de santé susceptibles de disparaître sur les trois mille existant en France.

**Marc Laménie** s'est interrogé sur l'efficacité des ARS par rapport aux ARH ainsi que sur le devenir des petits hôpitaux ruraux.

**Annie David** a demandé si des garanties peuvent être apportées sur l'indépendance des directeurs d'établissements. Par ailleurs, dans le cadre d'enveloppes financières régionales, quelle sera la place des programmes de prévention ?

**Alain Gournac** a regretté que lorsque certains médecins hospitaliers ne remplissent pas leurs fonctions, le corps médical les protège. Il a souhaité que le projet de loi puisse améliorer cette situation ainsi que la liaison entre l'hôpital et la médecine de ville.

**Claude Jeannerot** a craint que le projet de loi n'aboutisse à une étatisation des secteurs médico-social et social. Cette tendance n'est-elle pas de nature à priver les collectivités locales de leurs responsabilités et à créer une plus grande opacité dans la gestion des soins ?

**Gérard Vincent** a répondu que la question des dépassements d'honoraires à l'hôpital est un débat sur lequel la FHF n'a jamais pris position. Ces dépassements posent un vrai problème d'image mais permettent peut-être de garder certains praticiens à l'hôpital public.



*La question essentielle est d'adapter le service public aux besoins de demain, c'est-à-dire notamment à ceux des personnes âgées. Il est donc primordial de ne pas réduire le nombre de lits de médecine quitte à reconverter des lits de chirurgie.*

*La convergence en matière de coûts aurait dû se faire d'abord au sein du secteur public avant que d'envisager une convergence avec le secteur privé. Il faut faire émerger les meilleures pratiques publiques.*

*Pour ce qui concerne la gouvernance des CHU, il est important que le doyen soit membre du directoire. En attendant que le groupe de travail sur la gouvernance des CHU rende ses conclusions, il faut être conscient du fait que les CHU sont d'abord des hôpitaux de proximité et pas uniquement des lieux d'excellence. Leur gouvernance pourrait donc être fondée sur un triumvirat réunissant le doyen, le président de la CME et le directeur.*

*La FHF aurait été favorable à une nomination directe des directeurs d'hôpitaux par le ministère, et non par le directeur général de l'ARS, afin de garantir leur indépendance. Il paraît difficile que l'ARS puisse avoir à la fois le pouvoir de nommer et celui d'exercer un contrôle, voire une tutelle.*

*En réponse à François Autain, il a indiqué que le problème du financement de l'hôpital ne sera pas réglé par le projet de loi mais que les CHT constituent une mesure susceptible de réduire les coûts. Les aides de l'Etat pourraient d'ailleurs être prioritairement dirigées vers la création de ces CHT. Par ailleurs, on ne peut considérer que l'intéressement soit contraire à la qualité des soins.*

*Il est, à son sens, regrettable que le texte fasse effectivement disparaître la notion de service public hospitalier car le service public est d'abord la mission du secteur public. On peut cependant admettre la participation du secteur privé en cas de défaillance du secteur public mais à condition d'augmenter les contrôles.*

*Sur la question de la transformation des hôpitaux, il faut rappeler qu'un travail important a déjà été fait en matière de restructuration des maternités. Se pose aujourd'hui la question de la chirurgie. La FHF considère que cent vingt petits services dans le secteur public et un nombre équivalent dans le secteur privé n'offrent pas des soins de qualité suffisante pour pouvoir perdurer. Il faut garder à l'esprit que la fermeture de certains services entraîne les réaffectations de lits dont l'hôpital a besoin. Il est essentiel par ailleurs de mutualiser les moyens.*

**Audition de Jean-Loup DUROUSSET,  
président de la fédération de l'hospitalisation privée (FHP)  
(mercredi 28 janvier 2009)**

*Sous la présidence de Nicolas About, président, la commission a procédé à l'audition de Jean-Loup Dourousset, président de la fédération de l'hospitalisation privée (FHP).*

*Jean-Loup Dourousset, président de la FHP, a tout d'abord présenté les aspects positifs du projet de loi. L'élargissement de la possibilité de confier des missions de service public à des établissements privés est une reconnaissance du travail accompli depuis plusieurs années : cent vingt établissements privés assurent d'ores et déjà des urgences. L'acceptation de missions de service public constituera un engagement important de la part des établissements privés intéressés. La possibilité de participer à la formation initiale des médecins est également très positive, car la situation actuelle n'est satisfaisante pour personne : à la fin des études, les hôpitaux ont l'impression que les nouveaux médecins les quittent, alors qu'ils terminent simplement leurs études ; de plus, durant toute leur formation, les étudiants n'auront connu que la sphère publique, alors que les établissements privés peuvent fournir un terrain de stages tout à fait adaptés et intéressants. Dans certaines zones ou certaines spécialités, les établissements privés sont les pourvoyeurs majoritaires, voire exclusifs, de soins : pourquoi se priver d'y former les jeunes médecins ?*

*Pour autant, le projet de loi alimente certaines inquiétudes. Face aux pouvoirs renforcés des agences régionales de santé (ARS) et de leurs directeurs, le projet de loi ne prévoit pas de lieu d'échange, de dialogue ou de concertation. Or, le travail en équipe, le respect des différents acteurs, la solidarité entre eux - en un mot, leur responsabilisation - sont nécessaires à la réussite du projet.*

*Alain Milon, rapporteur, a demandé l'avis de la FHP sur la nouvelle définition des missions des établissements de santé et la possibilité de confier des missions de service public à des établissements privés. Quelles sont, dans ce cadre, les missions de service public que les établissements privés sont les mieux à même de prendre en charge et selon quels critères ? Comment ces prestations seront-elles facturées aux assurés, les professionnels pourront-ils pratiquer des dépassements d'honoraires ?*

*Jean-Loup Dourousset a souligné la formidable occasion que constitue la remise à plat des missions de service public, à la fois pour les établissements privés et pour les hôpitaux. Ce n'est plus le statut de l'établissement qui définira l'obligation de service mais la mission qui lui sera expressément confiée contractuellement. Pour autant, la rédaction du projet de loi laisse en suspens la question de la rémunération des praticiens des*

*établissements privés en cas d'exercice d'une mission de service public : le projet fixe une obligation de tarif pour l'établissement mais l'établissement privé a des obligations contractuelles envers ses praticiens. Si l'établissement privé ne peut résoudre cette contradiction, il ne pourra pas être candidat à l'exercice de missions de service public. Dans le cadre d'une mission de service public, si un malade arrive aux urgences et s'il n'a pas le choix du praticien, il n'y aura pas de dépassement d'honoraires. Mais au fond, la question est celle de la transparence des critères de modulation des honoraires.*

*Interrogé par Alain Milon, rapporteur, sur le faible pourcentage des jeunes médecins qui s'installent aujourd'hui en libéral, **Jean-Loup Dourousset** a confirmé l'évolution observée sur les dix dernières années : le nombre de médecins salariés a augmenté de 10 %, alors que le nombre de médecins libéraux a baissé de 2 %.*

***Alain Milon, rapporteur**, s'est ensuite inquiété des nouvelles règles relatives à la création des groupements de coopération sanitaire (GCS) : sont-elles susceptibles de favoriser une meilleure coopération entre établissements publics et privés ?*

***Jean-Loup Dourousset** a considéré que, globalement, les hôpitaux ont plutôt besoin d'être plus petits et non d'être plus gros ; à son sens, la taille optimale des établissements est certainement inférieure à celle que l'on imagine habituellement, elle se situe autour de 300-400 lits. Par ailleurs, le projet de loi prévoit un statut des GCS, qui n'est pas adapté ; ils doivent rester fondés sur le volontariat, sans être imposés. Ce futur statut expose les propriétaires d'établissements privés à une perte patrimoniale potentielle qui n'est pas satisfaisante.*

***Gilbert Barbier** a interrogé la FHP sur le bien-fondé de la publication récente, dans la presse, d'une liste des établissements de santé considérés comme les plus sûrs. Par ailleurs, le reproche, parfois adressé aux établissements privés participant au service public hospitalier, de déclarer qu'ils ne disposent plus de places pour accueillir de nouveaux patients alors que tel ne serait pas le cas lui paraît-il fondé ?*

***Alain Vasselle** et **Jacky Le Menn** ont évoqué la question polémique de la convergence des tarifs, à laquelle aucune réponse satisfaisante n'est actuellement apportée. Dans ce contexte, comment imaginer une meilleure coopération entre établissements publics et privés ?*

***Jean Desessard**, qui s'est déclaré globalement favorable au principe « small is beautiful », est intervenu néanmoins sur la question de la taille optimale des établissements de santé, qui ont besoin d'atteindre un certain niveau de pratiques et de compétences.*

*Anne-Marie Payet a souhaité connaître le nombre et la capacité d'accueil des services d'alcoologie dans les établissements privés et Isabelle Debré s'est enquis de la politique de ces établissements en matière de soins palliatifs et de fin de vie.*

*Revenant sur la critique fréquente suivant laquelle l'hospitalisation publique prendrait en charge les cas les plus graves et le secteur privé les soins les plus courants, Jean-Loup Durousset a fait valoir les difficultés résultant du problème des autorisations : seuls quarante-trois établissements privés ont une autorisation pour ouvrir un service de réanimation, aucun n'est autorisé dans le domaine des greffes. Il est donc injustifié de leur reprocher de ne pas prendre en charge ce type de soins. Par ailleurs, vingt établissements disposent d'un service d'alcoologie ; pour le cancer, les établissements candidats, alors même qu'ils sont souvent en pointe, notamment en matière de diagnostic et de traitement des quatre cancers les plus fréquents en France, n'ont pas été autorisés à suivre les malades jusqu'à la fin de leur vie.*

*Il a ensuite indiqué que la publication d'un classement des établissements est révélatrice de deux problèmes essentiels : la transparence de la qualité des soins et la transparence des tarifs. Aujourd'hui, la faiblesse de la culture d'évaluation entraîne le développement de méthodes simplistes peu fiables. Par ailleurs, il a enjoint les pouvoirs publics à donner de la souplesse dans la gestion des lits, par exemple en ouvrant la possibilité à des malades de chirurgie d'être accueillis dans des lits de médecine qui disposent du même encadrement. Il a considéré que la convergence, qui est un vieux débat, revient souvent à un problème d'organisation des établissements. En témoigne l'exemple de la chirurgie ambulatoire, qui est beaucoup plus développée dans les établissements privés que dans les hôpitaux, alors qu'elle constitue une réponse pertinente, pour certaines pathologies ou certains actes comme la coloscopie, au problème du nombre de lits disponibles et à la question de la maîtrise des dépenses. Du point de vue des hôpitaux, il n'est pas constructif de les menacer de baisser globalement les tarifs ; il faudrait prendre les actes médicaux individuellement et adapter les choses progressivement.*

*Après avoir rappelé qu'aucune disposition du projet de loi ne traite des questions de convergence ou de tarification à l'activité qui relèvent des lois de financement de la sécurité sociale, Alain Milon, rapporteur, a demandé quels sont, selon la FHP, les outils indispensables pour remédier à la segmentation des prises en charge et au défaut de coordination entre médecine de ville, établissements de santé et secteur médico-social. Par ailleurs, quel avis porte la fédération sur la création et les modalités de fonctionnement des ARS ?*

*Jean-Loup Durousset a estimé positif d'intégrer les questions liées au médico-social, à la médecine de ville et aux établissements de santé dans un même organisme. Cependant, certains éléments restent flous : quels sont les objectifs fixés aux ARS ? Y aura-t-il des négociations conventionnelles au niveau régional ? Mieux vaut préférer l'incitation à la contrainte : la*

*médecine de ville ne doit pas être découragée, elle doit être au contraire valorisée pour le travail qu'elle effectue déjà au quotidien, notamment en termes d'urgences médicales. Les critiques récurrentes sont en tout état de cause affaiblies par le manque d'évaluation et de transparence, par exemple dans la répartition des urgences. Au total, le projet de loi ne contient pas suffisamment de dispositions pour assurer le dialogue, tant avec les professionnels qu'au niveau des territoires.*

*Interrogé par **Paul Blanc** sur l'idée de développer les lits de soins de suite pour apporter de la souplesse dans la gestion et la répartition des capacités d'accueil, **Jean-Loup Durosset** a indiqué que le ministère de la santé a décidé la création de nombreux lits relevant de cette catégorie - deux mille en Ile-de-France -, même s'ils ne sont pas tous installés encore. Pour dégager des places, il est nécessaire de travailler aux deux extrémités du spectre : sur les soins longs et sur les soins courts, par exemple en développant la chirurgie ambulatoire. En conclusion, il a soulevé le problème, essentiel à ses yeux, de l'hyperspécialisation des médecins, qui pèse sur la démographie médicale et sur la permanence des soins.*

**Audition d'Antoine DUBOUT,  
président de la fédération des établissements hospitaliers  
et d'aide à la personne (Fehap)  
(mercredi 28 janvier 2009)**

*Sous la présidence de Nicolas About, président, la commission a procédé à l'audition d'Antoine Dubout, président de la fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (Fehap).*

*Antoine Dubout, président de la Fehap, a fait valoir les éléments positifs du projet de loi : les compétences élargies des agences régionales de santé (ARS) par rapport aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et les modifications dans la formation initiale des médecins, ainsi que les incitations à l'installation.*

*Il s'est cependant déclaré préoccupé par un certain nombre de sujets. La question principale est celle du statut, qui disparaît dans le projet de loi, des établissements privés à but non lucratif, participant ou non au service public hospitalier. Or, ces établissements sont parmi ce qui se fait de mieux dans le système de santé en France. Alain Milon, rapporteur, a indiqué qu'il envisage à cet égard de proposer d'amender le projet de loi.*

*Antoine Dubout a ensuite soutenu l'existence des groupements de coopération sanitaire (GCS), qui doivent cependant rester des outils de coopération ; or, le projet suscite des interprétations différentes sur leur degré d'intégration. Il a souhaité que la durée des autorisations des établissements de santé soit plus conforme à l'application des règles comptables : l'amortissement de certains investissements ne peut se réaliser sur cinq ans sans déstabiliser les finances des établissements ; or, l'article 3 du projet de loi prévoit que l'ARS conclut avec chaque établissement de santé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens d'une durée maximale de cinq ans. Il ne faudrait pas obliger à amortir les investissements sur cinq ans à cause de ce contrat. Il a également souhaité que les autorisations délivrées par les ARS aux établissements soient « compatibles » avec le schéma régional d'organisation des soins, et non pas « conformes » comme le prévoit, de manière trop contraignante, le projet de loi. Dans le domaine médico-social, le texte envisage uniquement une procédure d'appels à projets, préalable à l'autorisation de l'établissement ; cette procédure pourrait ignorer les innovations qui viennent du terrain et qui ne rentrent pas nécessairement dans un cadre prédéfini.*

*Interrogé par Jean Desessard sur la responsabilité de l'exploitant dans le cadre d'un GCS, par exemple dans le cas de changement du titulaire, Antoine Dubout a indiqué que les statuts constitutifs des GCS prévoient les responsabilités des uns et des autres.*

**François Autain** a demandé si les médecins sont salariés ou libéraux dans les établissements publics à but non lucratif. Dans le cas de médecins salariés, les établissements ne constatent-ils pas de départs importants de médecins ?

**Antoine Dubout** a distingué les établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier, qui n'emploient que des salariés, de ceux qui n'y participent pas et qui peuvent employer des médecins libéraux. La première catégorie d'établissements connaît en effet des difficultés de recrutement. A **Paul Blanc** qui l'interrogeait sur la convention collective applicable à ces établissements, il a indiqué la convention Fehap de 1951, qui est désormais moins favorable, comparée aux autres conventions ou statuts, qu'à l'époque de sa conclusion.

**Marc Laménie** a demandé des précisions sur les différences entre les actuelles ARH et les futures ARS.

**Antoine Dubout** a renouvelé son appréciation positive d'une ARS qui couvre l'ensemble du secteur de la protection sociale ; il s'agit de la différence majeure entre les ARH et les ARS. Cependant, la gouvernance des ARS n'est, à son sens, pas satisfaisante, car le directeur sera doté de pouvoirs excessifs, sans contre-pouvoirs. Interrogé par **Alain Vasselle** sur les moyens de réduire la segmentation entre soins de ville et hôpitaux, il a fait observer que le large spectre de compétences de l'ARS devrait justement aider à résoudre cette difficulté.

Enfin, **François Autain** a relevé que les ARS regroupent des compétences qui relèvent à la fois de l'organisation des soins et de la gestion du risque, ce qui est parfois critiqué.

**Antoine Dubout** a partagé ce jugement et s'est déclaré sur ce point favorable aux conclusions du rapport présenté en février 2008 par Yves Bur, député, sur les agences régionales de santé prônant le découplage de ces deux compétences. Les concentrer posera à l'évidence le problème de la taille de la structure ARS, qui risque de devenir difficilement gérable.

**Audition de Jean-Marie BERTRAND,**  
**secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales**  
(mercredi 11 février 2009)

*Sous la présidence de François Autain, secrétaire, la commission a procédé à l'audition de Jean-Marie Bertrand, secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales.*

*Jean-Marie Bertrand, secrétaire général du ministère de la santé, a indiqué qu'il a été associé à la rédaction du titre IV du projet de loi, qui traite des agences régionales de santé (ARS). Pour cette raison, son propos sera centré sur ces nouvelles structures.*

*La feuille de route fixée par le Gouvernement prévoit que les ARS doivent être opérationnelles au 1<sup>er</sup> janvier 2010. Nouvelle étape dans l'évolution du système de santé français, la création de ces agences vise à responsabiliser davantage les décideurs locaux et à mieux prendre en compte les spécificités des territoires. Les ARS s'inscrivent en effet dans une démarche de mise en cohérence du pilotage du système de santé, qui a connu un développement important à la fin des années quatre-vingt-dix avec la création des agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Ces nouvelles agences auront toutefois une compétence plus large que les ARH, puisque le terme « santé » s'entend au sens de la définition donnée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui inclut le système de soins à proprement parler, mais aussi la veille et la sécurité sanitaires, la prévention, la gestion du risque, le secteur médico-social. Les ARS se caractériseront donc par la transversalité de leurs domaines de compétences. Elles regrouperont sept entités : les directions départementales (Ddass) et régionales (Drass) des affaires sanitaires et sociales, pour l'Etat ; l'union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) et les caisses régionales d'assurance maladie (Cram) pour l'assurance maladie ; enfin, au titre des organismes communs à l'Etat et à l'assurance maladie, les ARH, les missions régionales de santé (MRS) et les groupements régionaux de santé publique (GRSP).*

*La création des ARS poursuit trois objectifs :*

*- l'efficacité, c'est-à-dire l'amélioration de l'état de santé de la population et la réduction des inégalités de santé ;*

*- l'efficience, qui consiste à rendre le système de santé plus performant, au meilleur coût ;*

*- la démocratie sanitaire, qui appelle une gouvernance renouvelée, grâce à une plus large association des acteurs du système de santé, notamment des partenaires sociaux.*



*Pour atteindre ces objectifs, les agences seront chargées, d'une part, de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique régionale de santé, d'autre part, de la régulation médico-économique. Il faut noter que l'association de ces deux champs d'action n'était pas, à première vue, évidente.*

*Conscient des faiblesses actuelles du système de santé et de la nécessité de mieux répondre aux besoins de la population, le Gouvernement entend, par cette réforme, réduire les inégalités de santé, qu'elles soient territoriales ou sociales. Dans ce domaine, la France ne peut se targuer de ses résultats : elle est en effet située seulement dans la moyenne des pays de l'Union européenne.*

*A **Jean Desessard**, qui souhaitait savoir si l'objectif est de tendre à l'égalité sociale ou à l'égalité territoriale, **Jean-Marie Bertrand** a répondu que les deux sont visées, d'autant plus que les inégalités sociales et territoriales se recoupent fréquemment. Enfin, a-t-il ajouté, le dernier objectif du projet de loi est d'accorder une place plus importante à la prévention car le système de santé français se caractérise encore par une prépondérance du curatif. Aussi convient-il de trouver un équilibre entre curatif et préventif.*

*Le périmètre large des ARS devrait également contribuer au décloisonnement entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social qui sont en effet deux volets d'un même parcours de soins et de vie. En attribuant des compétences médico-sociales aux ARS, le projet de loi contribuera à une meilleure transversalité.*

*En résumé, les ARS seront un outil de régulation à l'échelon régional, qui devrait améliorer la performance du système de santé et permettre son retour à l'équilibre financier, tout en garantissant une offre de soins comparable sur l'ensemble du territoire.*

***Alain Milon, rapporteur**, a fait valoir que les différents acteurs du système de santé qu'il a auditionnés approuvent la création des ARS dans leur principe mais sont plus réservés sur les modalités concrètes de leur mise en œuvre. Il a tout d'abord demandé des précisions sur l'organisation de la régulation des dépenses hospitalières au niveau régional, ainsi que sur l'articulation des compétences entre les ARS et l'assurance maladie sur ce sujet. Il a ensuite souhaité savoir quel sera le rôle exact du comité de coordination des agences régionales de santé. Transmettra-t-il des recommandations aux ARS ? Enfin, il a fait observer que, s'il est prévu de consulter la commission de coordination dans le secteur de la prise en charge et de l'accompagnement médico-social sur le schéma régional de l'organisation médico-sociale, tel n'est pas le cas dans le secteur de la prévention pour le schéma régional de prévention.*

***Jean-Marie Bertrand** a fait valoir que la création des ARS constituera une étape importante dans le système de régulation des dépenses hospitalières. Les agences disposeront de deux leviers d'action dans ce domaine : la tutelle des établissements publics de santé, compétence*

*actuellement exercée par les ARH, et la gestion du risque, activité exercée partiellement par l'assurance maladie aujourd'hui. Concernant ce second levier, il est important d'indiquer que le projet de loi prévoit une extension du champ de compétences de l'assurance maladie en matière de gestion du risque. Présente au sein des ARS, l'assurance maladie participera en effet au programme de gestion du risque au niveau local.*

***Alain Milon, rapporteur**, a indiqué qu'il prévoit d'organiser une table ronde sur ce sujet, les modalités concrètes du dialogue entre les ARS et l'assurance maladie à l'échelon régional étant particulièrement difficiles à cerner.*

***Jacky Le Menn** a regretté que les relations entre les ARS et l'assurance maladie au niveau local ne soient pas précisément explicitées dans le texte. Il a souhaité savoir qui décidera exactement de quoi.*

***Bernard Cazeau** a demandé quelles activités, actuellement exercées par l'assurance maladie, demeurent dans son champ de compétences et quelles sont celles attribuées désormais aux ARS.*

*Se disant sensible aux incertitudes ainsi exprimées, **Jean-Marie Bertrand** a tenu à préciser la logique du système. Il faut tout d'abord rappeler que les ARS sont une union des services de l'Etat et des organismes de l'assurance maladie, représentés à parité au sein de la nouvelle structure. En ce qui concerne la gestion du risque, ensuite, deux missions sont à distinguer : d'un côté, les ARS seront chargées de la « maîtrise d'ouvrage » ; de l'autre, les organismes de l'assurance maladie assureront la « maîtrise d'œuvre ». Cette distinction ne doit pas être interprétée comme signifiant que le rôle des organismes d'assurance maladie se limitera à un rôle d'exécution. En effet, le « pilotage » sera entre les mains d'entités associant l'Etat et les organismes d'assurance maladie, qui prépareront donc en commun le programme régional de gestion du risque.*

*Concrètement, au sein des ARS, la gestion du risque sera assurée conjointement par :*

*- des personnels de l'Etat, tels des médecins, des pharmaciens, des ingénieurs, des administrateurs ;*

*- des personnels de l'assurance maladie (administrateurs, médecins conseils...) qui viendront pour partie des Urcam, pour partie des Cram.*

*Ces différentes catégories de personnels conserveront leur statut initial. En tant qu'employeur, l'ARS est en effet à la fois un établissement public de l'Etat et un organisme de l'assurance maladie. L'objectif de ce système est d'assurer une fluidité des carrières pour les personnels des ARS. Par ailleurs, il faut indiquer que le texte ne prévoit pas d'obligation de mobilité géographique : une personne exerçant actuellement son activité à la Cram d'une région ne pourra se voir obligée de travailler à l'ARS d'une autre région.*

**Jacky Le Menn** a estimé que la question des personnels est essentielle car les ARS ne pourront fonctionner sans eux. L'exemple des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) montre qu'il n'est pas si évident de faire travailler ensemble des personnes venant d'horizons professionnels différents. Il faudra sans doute du temps pour que les personnels des ARS apprennent à coopérer et que ces structures soient opérationnelles.

**Samia Ghali** a dit craindre, avec cette réforme, la fermeture de caisses locales d'assurance maladie. Elle a également demandé une définition claire de l'expression « gestion du risque ».

**Alain Milon, rapporteur**, lui a répondu qu'elle se rapporte au risque financier et non au risque sanitaire.

Sur la question des personnels des ARS, **Jean-Marie Bertrand** a considéré que les MDPH ne représentent pas un modèle car elles sont constituées sous la forme de groupements d'intérêt public (Gip), statut qui peut effectivement poser les problèmes évoqués. Les ARS seront des établissements publics. Elles emploieront des personnels ayant deux statuts différents, selon qu'ils relèvent de l'Etat ou de l'assurance maladie. Il s'agit de la solution la plus pragmatique et la plus efficace possible. En réponse à Samia Ghali, il a indiqué que la création des ARS n'entraînera pas de fermeture de caisses. L'opération sera neutre. L'activité des caisses d'assurance maladie devrait même augmenter en raison de l'extension de leur champ de compétences en matière de gestion du risque.

**Guy Fischer** s'est demandé si les ARS ne constitueront pas l'outil privilégié pour favoriser le regroupement des établissements de santé ou des établissements médico-sociaux, et entraîner ainsi la fermeture de certains hôpitaux locaux.

**Jean-Marie Bertrand** lui a répondu que les ARS contribueront sans doute au regroupement d'établissements sanitaires, notamment via les communautés hospitalières de territoire. Ces regroupements permettront d'optimiser l'offre de soins. Concernant les établissements médico-sociaux, la question du regroupement n'est pas à l'ordre du jour puisqu'il existe une insuffisance chronique de l'offre.

A son tour, **Yves Daudigny** a demandé une définition précise de la « gestion du risque ».

**Jean-Marie Bertrand** a précisé que celle-ci s'apparente à l'activité d'assureur. L'assureur est celui qui cherche à optimiser sa dépense en insistant sur la prévention. Les ARS seront à la fois actionnaires et gestionnaires du risque financier. En tant qu'actionnaires, elles procéderont à un contrôle de gestion et tâcheront de rétablir l'équilibre financier du système de santé. En tant que gestionnaires, elles analyseront le risque et adopteront une démarche assurantielle.

*Revenant sur la question du comité de coordination des ARS, il a indiqué que celui-ci sera chargé d'assurer le pilotage de l'ensemble des agences. Il sera composé des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes handicapées et des personnes âgées, du directeur du budget, des directeurs des trois régimes d'assurance maladie, ainsi que du directeur de la caisse de la mutualité sociale agricole (CMSA). Un fonctionnement efficace du comité de coordination supposera tout d'abord une bonne coordination entre les différentes directions des ministères concernés. Le comité fixera une feuille de route aux directeurs généraux des ARS via les contrats de gestion et de moyens passés avec eux. Ensuite, il conviendra d'instaurer une coopération entre les représentants de l'Etat et ceux de l'assurance maladie.*

*Sur les commissions de coordination créées par le projet de loi, il a précisé que l'une sera compétente dans le secteur de la prise en charge et l'accompagnement médico-social, l'autre dans le secteur de la prévention. S'agissant du médico-social, il faut rappeler que, dans ce domaine, les compétences seront partagées entre les ARS et les conseils généraux. La commission de coordination sera donc un outil de dialogue entre ces acteurs. Elle permettra également d'assurer la cohérence entre le schéma régional d'organisation médico-sociale et les schémas départementaux. En matière de prévention, le but de la commission de coordination est de réunir, au sein d'une même structure, les autorités publiques et para-publiques compétentes. Il s'agit de faire émerger une vision commune de la politique régionale de prévention.*

***Alain Milon, rapporteur,** a souhaité savoir quelles seront les modalités de financement pour la permanence des soins, comment seront conciliées les interventions des collectivités locales et celles des ARS en matière d'installation dans les zones sous-médicalisées ainsi que les modalités de gestion du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqcs). Il a également demandé comment le secteur médico-social sera intégré à la réforme des ARS et quelle sera la participation des assureurs complémentaires à la gestion du système de soins régionalisé.*

***Jean-Marie Bertrand** a répondu que l'autorité unique pour mettre en place la permanence des soins sera le directeur général de l'ARS et qu'il disposera à cette fin de l'ensemble des leviers utilisables en la matière. Il disposera donc des crédits de l'assurance maladie. Seule la réquisition restera entre les mains du préfet. En matière de financement de la prévention, il s'agit de réunir la masse des fonds en provenance de l'assurance maladie ainsi que ceux de l'Etat. La création d'un fonds unique n'est pas forcément nécessaire.*

***Alain Milon, rapporteur,** a demandé si la gestion des fonds sera régionale ou étatique.*

***Jean-Marie Bertrand** a indiqué que le projet de loi est sous-tendu par une approche régionale, y compris en matière de financement. L'ARS a vocation à être le lieu de décision de l'ensemble des politiques menées au*

*niveau régional même si les acteurs de l'assurance maladie conserveront une certaine autonomie dans la mise en œuvre de leur politique, notamment en matière de prévention en ce domaine. De ce point de vue, on peut penser qu'un fonds unique regroupant les fonds de l'Etat et de l'assurance maladie n'est pas la meilleure solution. Il convient de souligner encore une fois à cette occasion que les relations entre les ARS et l'assurance maladie ne se limiteront pas à la gestion du risque mais que la prévention sera un sujet particulièrement important. Une contractualisation entre les ARS et chacun des acteurs de l'assurance maladie sera nécessaire.*

***Jacky Le Menn** a souhaité savoir si une gestion commune des fonds de l'Etat et de l'assurance maladie n'entraînerait pas nécessairement une fongibilité des enveloppes et donc la fin des différentes pratiques mises en œuvre par les acteurs.*

***Jean-Marie Bertrand** a insisté sur le fait que les ARS devront s'appuyer sur les acteurs les plus dynamiques du territoire et qu'il ne peut être question d'uniformiser les pratiques selon une logique purement financière.*

*En ce qui concerne la place des assurances complémentaires dans la gestion du risque, cette question n'est pas, à l'heure actuelle, prévue dans le texte mais une évolution est possible sur ce point.*

*Par ailleurs, l'articulation avec le secteur médico-social sera améliorée au travers de la mise en œuvre des ARS, avec l'objectif de parvenir à coordonner schémas départementaux et schémas régionaux de soins. Il ne peut être question d'ignorer les compétences des conseils généraux même si une meilleure organisation régionale d'ensemble est nécessaire.*

*Dans le secteur médico-social, la question des appels à projet a suscité de nombreuses inquiétudes car cette procédure augmente la mise en concurrence. Il s'agit néanmoins d'un progrès car, à l'heure actuelle, de nombreux projets qui bénéficient d'un agrément ne se réalisent jamais, ce qui est frustrant pour les associations du secteur.*

***Jacky Le Menn** a insisté sur le caractère souvent novateur des expériences conduites par les associations du secteur médico-social sur le terrain. Ne peut-on craindre que les appels à projet ne tarissent ce secteur riche en propositions ?*

***Jean-Marie Bertrand** a déclaré que, face à l'ampleur des besoins à satisfaire, les ARS seraient toujours à la recherche de solutions originales et adaptées faisant une place aux expériences de terrain conduites par les associations.*

***Yves Daudigny** a regretté que le projet de loi semble procéder à un effacement des compétences des conseils généraux qui seront consultés pour avis sur les décisions prises par le directeur général de l'ARS sans véritable concertation. La formule du projet de loi selon laquelle on agira dans le « respect des compétences » est, à son sens, trop défensive. Un « maintien des*

*compétences » paraîtrait plus adéquat. Au-delà même des conseils généraux, un certain nombre d'associations d'usagers voient au travers de ce texte une prise en main du secteur médico-social par les ARS.*

***Jean-Marie Bertrand** a précisé que la rédaction de l'article 28 du projet de loi a été considérée avec attention par le Conseil d'Etat afin de ne pas remettre en cause la garantie constitutionnelle de libre administration des collectivités locales. La gestion des schémas est effectivement difficile dans la mesure où décideurs et financeurs ne sont pas les mêmes entités.*

***Paul Blanc** a insisté sur le caractère particulièrement complexe du problème dans le secteur médico-social qui fait intervenir, selon les cas, des fonds de l'assurance maladie ou de l'Etat, avec une compétence du conseil général.*

*En conclusion de ce débat, **François Autain, président**, a proposé qu'une seconde audition de Jean-Marie Bertrand soit éventuellement organisée pour compléter l'information de la commission sur ces questions très complexes.*

**Table ronde**  
(mercredi 1<sup>er</sup> avril 2009)

Sous la présidence de **Nicolas About, président**, la commission a entendu, au cours d'une **table ronde** sur le **projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires** dont **Alain Milon** est le **rapporteur**, **Frédéric Van Roeyegehem, directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam)**, **Dominique Liger, directeur général du régime social des indépendants (RSI)**, et **François Gin, directeur général de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)**.

**Frédéric Van Roeyegehem, directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam)**, a tout d'abord évoqué les résultats financiers de la branche maladie du régime général de la sécurité sociale, soulignant que le déficit définitif pour 2008 devrait atteindre 4,5 milliards d'euros, soit une légère amélioration par rapport à 2007, malgré 900 millions de pertes de recettes, dont 500 au titre des pertes de cotisations et 400 au titre des provisions constituées par l'Acoss sur les restes à recouvrer. Par la suite, compte tenu des pertes de recettes considérables attendues, le déficit pourrait atteindre 7,7 milliards d'euros en 2009 et progresser encore de 2 milliards en 2010 si les prévisions économiques actuelles se révèlent exactes.

Les dépenses de sécurité sociale ont tendance à croître plus rapidement que le Pib et les dépenses de retraite pèsent pour une plus grande part qu'auparavant dans cette évolution. La maîtrise de la croissance des dépenses d'assurance maladie par la mise en œuvre de programmes de gestion des risques constituera donc un objectif essentiel au cours des prochaines années.

Abordant le contenu du projet de loi, **Frédéric Van Roeyegehem** a noté qu'il mérite d'être soutenu dès lors qu'il constitue l'un des éléments susceptibles de clarifier les responsabilités, d'alléger les contraintes et de permettre ainsi aux hôpitaux de s'adapter et d'accroître leur efficacité. Cependant, cette dynamique de réforme devra être portée par l'ensemble des acteurs que sont les soignants et les autres personnels des établissements hospitaliers, les élus, l'Etat et l'assurance maladie. En particulier, les professionnels de santé, qui se sont déjà engagés dans des réformes, devront être valorisés, notamment les chefs de pôle qui ont parfois abandonné des responsabilités de chefs de service pour participer à l'amélioration de la gestion de l'hôpital.

A propos des relations entre l'Etat et l'assurance maladie, l'essentiel sera de mettre en cohérence leurs actions respectives, d'éviter les doubles lignes de pilotage et les conflits et, à cet égard, le projet de loi peut être

*amélioré dans ses dispositions relatives au pilotage national. Il conviendra de veiller à la cohérence entre les conventions signées avec les professionnels de santé et les orientations fixées par les agences régionales de santé (ARS), au caractère pluriannuel du pilotage national, enfin à la poursuite de la dynamique d'amélioration de la gestion que la mise en place de nouvelles institutions ne doit pas compromettre.*

**François Gin, directeur général de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)**, a tout d'abord indiqué que la mutualité sociale agricole a, dès l'origine, été favorable au projet de loi, dès lors que celui-ci vise à garantir à chacun l'accès à des soins de qualité sur tout le territoire, et notamment en milieu rural où l'accès aux soins demeure souvent difficile. L'accès à des soins de qualité à des tarifs opposables en milieu hospitalier, le décloisonnement entre l'hôpital, la médecine ambulatoire et le monde médico-social, l'amélioration des soins de premier recours, enfin la place laissée aux acteurs de terrain dans l'émergence des projets médico-sociaux telle qu'elle est prévue par la nouvelle rédaction de l'article 28 du projet de loi constituent des évolutions très satisfaisantes.

Néanmoins, d'autres améliorations sont encore possibles, en particulier la mise en œuvre d'une offre de soins minimale sans dépassement d'honoraires dans le domaine ambulatoire, la prise en compte des difficultés du transport sanitaire en milieu rural et une meilleure articulation des maisons de santé rurales avec les réseaux de santé.

La MSA a eu quelques inquiétudes sur la gouvernance des nouvelles institutions créées par le projet de loi et elle se félicite du renforcement des pouvoirs du conseil de surveillance des futures ARS. En revanche, elle s'interroge sur la cohérence globale du dispositif, observant que le comité national de pilotage passera des conventions avec les ARS, que celles-ci passeront des conventions avec les organismes d'assurance maladie qui, en tant que membre d'un réseau, passent eux-mêmes des conventions avec leurs têtes de réseau. Ne serait-il pas souhaitable d'imaginer au niveau national un dispositif conventionnel définissant les obligations des différents acteurs ?

**Dominique Liger, directeur général du régime social des indépendants (RSI)**, s'est déclaré en plein accord avec les propos des précédents intervenants, indiquant que le projet de loi contient des avancées incontestables mais suscite des interrogations sur la gouvernance des différentes institutions mises en place. Une coordination étroite au niveau régional est indispensable entre les directeurs généraux d'ARS et les directeurs des organismes de l'assurance maladie, d'autant que le RSI a organisé son réseau pour être structuré au niveau régional, les autres organismes étant en train de suivre la même évolution. Un collège des directeurs régionaux a récemment été mis en place, permettant aux directeurs des structures locales d'assurance maladie de se rencontrer et de vérifier qu'ils appréhendent de la même manière les spécificités régionales. Les ARS pourraient à l'avenir passer des conventions ou des contrats avec les collèges



régionaux, afin d'éviter des négociations séparées avec chacun des organismes de l'assurance maladie.

**Alain Milon, rapporteur**, a tout d'abord souligné que l'hôpital ne saurait être dirigé sans les soignants et que les initiatives un moment envisagées par l'Assemblée nationale pour associer les soignants au processus de décision pourraient être reprises au Sénat. En ce qui concerne les ARS, celles-ci ne sont pas créées pour mettre en place des politiques régionales de santé, mais pour mettre en œuvre, en les adaptant aux réalités du terrain, les politiques nationales de santé. Les compétences de leur conseil de surveillance restent mal définies par le projet de loi, dès lors que ce conseil de surveillance, comme la conférence régionale de santé, doivent jouer un rôle dans la définition des orientations régionales de la politique de santé. Il a interrogé les intervenants, d'une part, sur la meilleure manière de partager l'exercice de la fonction de gestion assurantielle du risque entre les caisses régionales, les médecins-conseil et les ARS, d'autre part, sur l'articulation entre la politique de contractualisation que mèneront les ARS avec les professionnels de santé et les dispositifs de contractualisation déjà en vigueur.

**Frédéric Van Roekeghem** a observé que deux risques menacent la politique de contractualisation : d'une part l'existence éventuelle de contradictions entre les conventions nationales et les contrats régionaux, d'autre part l'absence d'encadrement financier du dispositif, susceptible de conduire à d'importants dérapages des dépenses. Des limites financières à cette contractualisation devraient être posées, conformément au dispositif existant pour les contrats entre les actuelles agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et les établissements hospitaliers. Dès lors que les expérimentations régionales se dérouleront dans le cadre d'orientations nationales, la politique de contractualisation des ARS devrait être cohérente avec l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam).

Evoquant la répartition des responsabilités dans la gestion du risque, il a estimé que la gestion du risque ne pourra qu'être partagée, l'Etat ayant un rôle à jouer en tant que régulateur et actionnaire de l'hôpital public. L'ARS devra coordonner la gestion du risque de manière cohérente avec la politique nationale de santé : si l'on prend l'exemple d'actions visant à modifier les comportements des prescripteurs en matière d'antibiothérapie ou à hiérarchiser les traitements de l'hypertension artérielle, certains programmes ne peuvent être conduits qu'au niveau national, même s'ils font l'objet d'adaptations dans le cadre régional, afin d'être appuyés sur un référentiel médical extrêmement étayé, notamment par des comparaisons internationales. En conséquence, la question essentielle est celle de l'articulation des différents niveaux de compétences, la territorialisation des politiques de santé n'impliquant pas la disparition de toute politique nationale de santé. Ceci étant, bon nombre d'actions relèvent à l'inverse du niveau local, par exemple la maîtrise des dépenses de déplacement sanitaire.

**François Gin** a fait valoir que les plans de gestion du risque établis au niveau national ont vocation à être déclinés et adaptés au niveau régional : une action visant à diminuer le montant des indemnités journalières ne peut être conduite de la même manière dans un département comptant de nombreux salariés agricoles et dans un département où l'agriculture est presque exclusivement exercée sous forme d'exploitations individuelles.

**Alain Milon, rapporteur**, a interrogé les intervenants sur les dispositions du projet de loi consacrées à l'éducation thérapeutique, souhaitant savoir comment elles s'articulent avec les mesures sur la gestion des risques. Il a en outre souhaité connaître les contributions des organismes d'assurance maladie qui bénéficieront aux ARS et la répartition de ces contributions entre les agences. Il s'est enfin interrogé sur le nombre, la nature et les modalités de gestion des personnels des organismes d'assurance maladie qui seront intégrés dans les ARS.

**Nicolas About, président**, s'est demandé si la mise en place des politiques régionales ne risque pas de conduire à un nouvel accroissement des dépenses de santé.

**Bernard Cazeau** a souhaité savoir si les référentiels médicaux évoqués par Frédéric Van Roekeghem n'avaient pas déjà existé dans le passé avant d'être supprimés.

**François Autain** a demandé si les caisses régionales du RSI sont d'une taille suffisante pour que certains de leurs personnels soient transférés vers les ARS.

**Jean Boyer**, constatant l'augmentation rapide de l'espérance de vie et l'importance croissante des retraites dans les déficits des régimes de sécurité sociale, s'est inquiété de la prise en compte de ces facteurs dans le projet de loi. Il a en outre souhaité savoir si une articulation avec les politiques sociales conduites par les départements, notamment la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa), est prévue. A propos des maisons de santé, il a estimé probable leur développement, au risque de provoquer une aggravation du coût des soins en milieu rural du fait de l'éloignement entre les patients et les médecins. Favorable à une restructuration de l'organisation hospitalière en milieu rural, il a constaté que la cadence des soins à l'hôpital est déjà très élevée, ce qui permet de douter de la possibilité d'aller plus loin dans ce domaine.

**Frédéric Van Roekeghem** a souligné que l'éducation thérapeutique fait partie intégrante de la bonne gestion du risque santé, dès lors qu'elle a pour objet de rendre le patient acteur de sa pathologie et donc d'éviter l'aggravation de celle-ci. La Cnam conduit d'ailleurs, avec l'accord de l'Etat, une expérimentation pour donner un rôle d'éducation thérapeutique aux centres de santé.

Il a ensuite abordé la question de la contribution des organismes d'assurance maladie au fonctionnement des ARS. Dès lors que l'assurance

*maladie s'engage par contrat à atteindre certains objectifs, elle s'efforce de tenir ses engagements. Ainsi, les engagements pris en matière de gestion, qui ont été parfaitement tenus au cours des dernières années, ont conduit à la suppression de 10 000 emplois dans les caisses primaires entre 2003 et 2008, dont 5 500 entre 2006 et 2008 et les frais de gestion sont passés de 5,5 % à 4,4 % des prestations versées entre 2000 et 2008.*

*Dans ce contexte, l'assurance maladie est naturellement prête à apporter sa contribution au nouveau système institutionnel, notamment en termes de personnel, dès lors que les personnels d'Etat susceptibles de rejoindre les ARS, dont le nombre est évalué à 12 000, ne sont pas prioritairement des personnels participant au pilotage de la gestion du risque. L'assurance maladie a donc proposé d'affecter aux ARS environ 1 200 personnes, parmi lesquelles des médecins et des personnels compétents dans le domaine de l'hôpital.*

*A propos du statut des personnels, le projet de loi prévoit l'affectation, dans les ARS, de fonctionnaires et de personnels relevant de conventions collectives. Or, des formules plus souples auraient pu être retenues, en particulier celle de la mise à disposition, régulièrement utilisée dans les relations avec les administrations centrales et qui, dans la convention collective des personnels de la sécurité sociale, s'apparente en fait à un détachement.*

*Evoquant les référentiels médicaux, **Frédéric Van Roekeghem** a confirmé leur utilité afin de réduire l'hétérogénéité des pratiques médicales observées et mieux prendre en compte les données acquises de la science, les écarts constatés demeurant trop importants. Il s'est en revanche déclaré réservé sur l'opposabilité de ces référentiels car des aménagements des meilleures pratiques sont parfois nécessaires dans des cas particuliers.*

***François Gin** a souligné l'importance de la reconnaissance de l'éducation thérapeutique et de son intégration au parcours de soins. La MSA a ainsi déjà mis en place des ateliers thérapeutiques pour des patients atteints de pathologies cardio-vasculaires. A propos des futurs personnels des ARS, il a fait valoir que la MSA se trouve dans une situation très différente de celle du régime général, en raison de sa taille et de son champ de compétences étendu à l'ensemble des risques sociaux. Depuis 1996, la MSA a créé des associations pour assurer la coordination de l'activité médicale au niveau de la région. Ainsi, dans chaque région, environ deux personnes employées à temps plein sont affectées à des tâches destinées à relever à l'avenir des ARS. Dans ces conditions, le nombre de personnels de la MSA susceptibles d'être affectés dans les ARS ne dépasse pas quelques dizaines. Pour ces personnels, un problème juridique se pose, dès lors qu'ils sont affiliés au régime agricole de protection sociale et que leur affectation dans les ARS rendra impossible le maintien de leur affiliation à la MSA. Il conviendrait donc de privilégier une solution permettant à ces personnels de conserver leur affiliation au régime social agricole.*

A propos des maisons de santé rurales, **François Gin** a rappelé que huit sont en fonctionnement et qu'une quinzaine est en projet. La création de ces maisons est toujours décidée à partir d'une expression des besoins par les différents acteurs locaux, afin de rassembler dans un même lieu des représentants de plusieurs professions médicales, susceptibles de disposer de moyens matériels ou humains communs. Le coût de ces structures doit être mis en regard du coût de l'absence de soins de premier recours en milieu rural, de nature à aggraver des pathologies et à conduire à des soins plus coûteux, voire à des hospitalisations.

**Dominique Liger** a confirmé que les caisses du RSI seraient déstabilisées si elles devaient transférer du personnel aux ARS. En effet, le RSI ne liquide pas lui-même les prestations, cette tâche étant confiée à des assureurs, et il ne dispose en conséquence que d'un personnel peu nombreux. Il emploie cent vingt médecins conseils sur le territoire et le transfert aux ARS d'une partie d'entre eux, notamment dans certaines régions, provoquerait une disparition de la compétence médicale du régime. Dans ces conditions, la contribution en personnel du RSI aux ARS ne pourra qu'être limitée, d'autant plus que les ARS ne reprendront pas l'ensemble des politiques de prévention conduites par le RSI, certaines d'entre elles étant très spécifiques comme la prévention des allergies aux farines pour les boulangers.

**Marc Laménie** a fait valoir l'importance du sujet de la démographie médicale qui justifie que les missions des ARS soient, sur ce point, bien définies. Par ailleurs, les expériences pilotes menées par la MSA dans plusieurs départements peuvent être intéressantes pour améliorer l'accès aux soins dans un certain nombre d'autres territoires et cantons ruraux.

**Jacky Le Menn** a insisté sur la nécessité d'une orientation nationale des politiques de santé, d'une définition centralisée de la gestion du risque et d'une articulation « harmonieuse » de ces priorités au niveau local. Cette articulation est d'autant plus complexe qu'une centaine d'actions prioritaires ont été fixées au niveau national, que les conférences régionales de santé peuvent créer une hiérarchisation entre ces priorités et que les départements peuvent eux-mêmes définir leurs propres orientations notamment dans le domaine médico-social. L'adaptation du système actuel ne pourra donc être que longue et sera sans doute inflationniste. Se pose en outre la question de l'arbitre final entre les différentes instances chargées de conduire les politiques sanitaires et sociales. Il a regretté la faiblesse des pouvoirs confiés au conseil de surveillance prévu pour l'ARS ainsi que le risque de privilégier l'aspect médico-financier sur l'aspect médical. En tout état de cause, les professionnels de la gestion du risque se trouvent bien dans les structures de l'assurance maladie.

**Bernard Cazeau** s'est montré sceptique sur la possibilité d'améliorer la situation déficitaire de l'hôpital par la nouvelle gouvernance proposée. En effet, même si l'on parvient à optimiser le fonctionnement de l'hôpital, sa dépense essentielle reste les frais de personnels et les personnels ayant un statut public, le directeur ne pourra disposer des moyens nécessaires pour,

*par exemple, réduire les effectifs. Dans le domaine médico-social, deux compétences vont s'affronter : le directeur général de l'ARS créé par la loi HPST et le président du conseil général dont les compétences ont été légalisées par les lois de décentralisation.*

***René Teulade** a constaté qu'aucune évolution ne peut intervenir sans l'accord de tous les partenaires concernés et que, même si cet accord existe, les problèmes seront encore loin d'être résolus. De fait, deux démarches économiquement incompatibles doivent être conciliées : celle d'un système reposant sur des prescriptions libérales et celle d'un système de prestations socialisées. Il est donc indispensable de progresser dans l'élaboration d'un « consensus réglementarisé » et de renforcer l'éducation des différents acteurs, notamment les patients.*

***Alain Gournac** a considéré qu'aucune réforme ne pourra se faire sans le soutien des professions médicales et paramédicales. A ce sujet, il a demandé au directeur général de la Cnam s'il avait des échos sur la perception de la réforme par les professions médicales, en particulier en ce qui concerne le nouveau positionnement des chefs de service et des chefs de pôles à l'hôpital.*

***Frédéric Van Roekeghem** a insisté sur l'existence de gains de productivité à l'hôpital, dans le domaine de l'organisation des soins, par exemple, en matière de chirurgie ambulatoire. Parmi les freins à ces changements d'organisation, on peut citer le cas d'un certain nombre de chefs de services âgés réticents aux réformes. Le texte renforce le pouvoir du directeur de l'hôpital à leur égard mais celui-ci ne pourra parvenir à un résultat qu'en s'assurant de la participation des personnels. Il faut donc trouver les bonnes méthodes de management permettant à l'hôpital de pouvoir se réorganiser. Il est essentiel que les professionnels de santé se sentent partie prenante des réformes.*

*Il a cité, à titre d'exemple, la réorganisation des caisses locales de l'assurance maladie qui, de 128, ne seront plus que 101 à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010. Vingt-huit caisses ont en effet décidé de fusionner entre elles grâce à la dynamique de responsabilité engagée depuis 2005.*

*Il a également fait valoir que des bonnes pratiques en termes d'organisation des traitements médicaux peuvent conduire à de vrais gains de productivité. Ainsi, en matière de diabète dont les dépenses progressent de plus de 10 % par an, il faut s'intéresser aux gains de productivité réalisés dans certains centres de dialyse puis chercher à déployer ces bonnes pratiques. Au total, il s'agit de trouver un bon équilibre entre le pouvoir de décision final nécessaire du directeur et l'association indispensable des professionnels de santé.*

*Puis **Frédéric Van Roekeghem** est convenu de la difficulté de concilier la liberté de prescription et la liberté du patient de choisir son soignant. Il est important que l'information dont dispose le patient soit accrue et que la qualité des soins proposés soit mieux connue et mesurée.*

*Aujourd'hui, la priorité est de veiller à la maximisation de l'efficience des soins, en insistant sur le critère de la qualité. De ce point de vue, la mise en place de la tarification à l'activité est un outil utile pour augmenter la productivité à l'hôpital public. Cela dit, aucun pays n'a encore vraiment trouvé la bonne solution, ce qui justifie une adaptation continue du système, en fonction de la situation à un moment donné.*

***François Gin** a décrit les initiatives prises par la MSA pour tenter d'améliorer la démographie médicale en milieu rural. Une sensibilisation des futurs professionnels de santé à l'exercice en milieu rural, dès leurs études, est actuellement mise en place en partenariat avec le conseil régional de Bourgogne. Une deuxième expérience intitulée « pays de santé » démarre en Dordogne et dans les Ardennes, avec l'objectif de dégager du temps médical pour les médecins de quelques cantons en recrutant le personnel qui assure les tâches non médicales de ces médecins.*

***Bernard Cazeau** a contesté cette présentation optimiste de l'expérience menée en Dordogne : en réalité, le soutien à la création d'une maison pluridisciplinaire se traduit par l'engagement de trois médecins âgés respectivement de cinquante-huit, soixante et un et soixante-sept ans, dans le but de réaliser une opération immobilière.*

***François Gin** a indiqué que cet exemple relève d'un autre concept, celui des maisons de santé rurales.*

***Gilbert Barbier** s'est interrogé sur l'adéquation de la dimension administrative des régions en matière de santé. Ainsi, il existe une union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) unique Bourgogne-Franche-Comté, ce qui pourrait inciter à ne créer qu'une seule ARS pour ces deux régions.*

*Il a estimé qu'un passage par l'école de santé publique devrait être obligatoire pour devenir directeur d'hôpital. Enfin, il a demandé à connaître le coût des maisons de santé rurales et a souhaité une évaluation du risque de dichotomie entre les professionnels qui exercent leurs activités dans ces maisons.*

***François Autain** s'est élevé contre cette sixième réforme de l'hôpital en moins de dix ans ; elle ne pourra, pas plus que les précédentes, régler les problèmes de l'hôpital qui ne sont pas structurels mais découlent d'un sous-financement. En outre, on peut s'interroger sur l'application d'une telle loi compte tenu du fait que la plupart de ses exécutants y sont opposés. Il s'est donc prononcé en faveur du retrait du projet de loi car celui-ci aboutit à privatiser l'hôpital public, par nature déficitaire. La solution qui consiste à licencier du personnel pour revenir à l'équilibre ne peut être mise en œuvre qu'au détriment de la qualité des soins.*

*Il s'est ensuite déclaré opposé à l'intégration de la gestion du risque parmi les missions des ARS. Il a demandé des précisions sur le rôle futur de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et la répartition*

*de ses personnels entre les services des ARS et les caisses locales. En créant les ARS, l'Etat ne régionalise pas la gestion de la santé : bien au contraire, il reprend la main grâce à ce nouvel échelon déconcentré. Les orientations ici retenues sont totalement différentes de celles que l'on observe aujourd'hui en Europe du Nord, ce qui témoigne encore du caractère inopportun de la réforme.*

*Prenant l'exemple des amendements votés à l'Assemblée nationale au titre de la lutte contre l'obésité, il a constaté que les lois n'ont plus de dimension juridique mais valeur de tract ou d'affichage. Il s'est enfin élevé contre la multiplication des structures, notamment les pôles de santé, les réseaux de santé ou les groupements sanitaires, qui entretiennent la confusion et n'apportent pas la cohérence pourtant nécessaire.*

***Guy Fischer** s'est félicité du travail de fond entrepris par la commission depuis plusieurs mois sur le sujet de l'hôpital, motivé notamment par le poids de l'hôpital public dans les déficits de la sécurité sociale, ce qui permet de mieux appréhender les enjeux du texte. L'objectif du projet de loi est en fait, selon lui, d'étatiser la gestion de l'hôpital par le biais des ARS dont les directeurs généraux seront de véritables « préfets financiers » avec le seul souci d'une régulation extrême des dépenses de protection sociale. Le Gouvernement a d'ailleurs clairement annoncé qu'il souhaite réaliser plusieurs milliards d'économies par an sur les dépenses de protection sociale.*

*Il a demandé combien de postes seront supprimés dans les caisses primaires d'assurance maladie, et dans la fonction publique hospitalière en général, et le nombre des établissements de santé qui disparaîtront sur les 2 934 existant actuellement. Même si certains de ces établissements seront transformés, il est incontestable que ce mouvement aboutira à une réduction de l'accès aux soins. L'inquiétude des professionnels de santé, des personnels et des patients est très vive, d'autant que 70 % de la chirurgie programmée se pratique actuellement dans le secteur privé. L'augmentation de la productivité et de l'efficacité de l'hôpital public suscite de très forts mécontentements car elle est conduite aujourd'hui à marche forcée.*

***Jean-Pierre Godefroy** a considéré qu'on a tort, par ce texte, de vouloir marginaliser les élus locaux. De ce point de vue, il faut être conscient qu'aucune communauté hospitalière de territoire ne pourra se mettre en place sans l'accord des élus locaux. A titre d'exemple, la réussite du rapprochement entre l'hôpital de Cherbourg et l'hôpital rural voisin n'a été possible que grâce à l'accord des deux maires et des deux commissions médicales d'établissements (CME) concernés. Grâce à cette mesure, aussi bien l'offre de soins que l'emploi public ont pu être maintenus dans de bonnes conditions. En ce qui concerne les déserts médicaux, il faut mentionner, outre ceux du milieu rural, ceux des milieux urbains denses. Il a regretté que, dans les zones franches urbaines, certains médecins dont l'installation a été aidée par des aides locales ou fiscales se soient ensuite rapidement déconventionnés.*

*Alain Milon, rapporteur, a estimé que l'hôpital n'est pas en déficit mais que son déséquilibre financier provient d'une sous-cotation des activités non programmées qu'il réalise. Par ailleurs, sur les dispositions du titre III du projet de loi, il a émis le souhait de ne conserver que les articles relatifs à l'alcool et au tabac et d'en extraire les autres mesures, notamment celles portant sur la lutte contre l'obésité qui trouveront mieux leur place dans un projet de loi de santé publique qui devrait être prochainement déposé et discuté. Il a enfin demandé s'il n'existerait pas une contradiction entre la définition du médecin généraliste de premier recours proposée à l'article 14 du projet de loi et celle du médecin traitant créé par la loi relative à l'assurance maladie de 2004.*

*Frédéric Van Roekeghem a observé que la plupart des pays distinguent effectivement les médecins d'accès direct des autres professionnels de santé. Le Gouvernement a voulu conforter cette notion de premier recours au niveau de la médecine générale sachant que, dans 99 % des cas, le médecin traitant choisi par les assurés du régime général est un généraliste.*

*Il a admis que la question des regroupements régionaux peut se poser comme l'indique l'existence de seize caisses régionales d'assurance maladie (Cram), soit un peu moins que le nombre de régions administratives. Néanmoins, il est logique que les ARS soient construites en cohérence avec l'organisation administrative française ; le sujet relève plutôt de la réforme de cette organisation territoriale.*

*Il a indiqué que le conventionnement sélectif des infirmiers libéraux sera mis en place le 18 avril prochain ; il sera intéressant de voir avec le temps si cette mesure est efficace.*

*Il a insisté sur la nécessité de financer convenablement les missions de service public à l'hôpital. Néanmoins, des marges de progrès et de gains de productivité existent à l'hôpital, aussi bien dans les petits que dans les grands établissements. Il est important que la collectivité puisse constater l'efficacité de l'utilisation de ses moyens car ceux-ci proviennent des prélèvements effectués sur les agents économiques.*

*Nicolas About, président, a fait valoir qu'une bonne enveloppe est celle qui permet la correspondance entre les moyens alloués et les coûts constatés. Cela étant, certains établissements sont plus performants que d'autres, avec pourtant les mêmes moyens, et c'est cette occurrence qui mérite d'être analysée.*

*Frédéric Van Roekeghem a estimé que la question de l'offre de proximité est plus un problème de qualité des soins que d'économie. De ce point de vue, la spécialisation de certains hôpitaux ou les regroupements de services peuvent permettre une amélioration de la qualité.*

*Nicolas About, président, a cité le cas de radiographies prescrites par des médecins hospitaliers et jamais récupérées par ceux-ci pour être analysées, ce qui tend à prouver que l'on prescrit des examens inutiles.*



***Frédéric Van Roekeghem** est convenu de la nécessité d'insuffler le souci d'une meilleure gestion à l'hôpital public. Les relations avec les élus locaux sont essentielles, d'autant plus que l'hôpital est souvent le premier employeur d'une commune, mais les discussions qu'elles entraînent ne doivent pas empêcher l'hôpital de se réformer. Enfin, il est évidemment très souhaitable de ne réserver les aides à l'installation de médecins dans des zones sensibles qu'aux seuls médecins conventionnés.*

***François Gin** a considéré que le recul est encore insuffisant pour évaluer le fonctionnement des maisons de santé rurales, les six premières ayant été créées en 2008. Il a précisé qu'avant la création de ces structures, on vérifie toujours l'accord de l'ensemble des professionnels sur les règles du fonctionnement de la maison de santé.*



## EXAMEN DES AMENDEMENTS ET ADOPTION DU TEXTE DE LA COMMISSION

### I. MERCREDI 29 AVRIL 2009

*Au cours d'une première réunion tenue dans la matinée, sous la présidence de Nicolas About, président, la commission a procédé, sur le rapport d'Alain Milon, à l'examen des amendements sur le projet de loi n° 290 (2008-2009), adopté par l'Assemblée nationale, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.*

*Guy Fischer a noté que la commission commence l'examen d'un projet de loi particulièrement important sur lequel plus de mille quatre cents amendements ont été déposés. Il a regretté les conditions dans lesquelles s'engage cet examen car les groupes ne disposeront que d'un délai très bref après l'adoption du texte de la commission pour élaborer de nouveaux amendements portant sur cette nouvelle rédaction. Il s'est en outre déclaré en total désaccord avec la présence du Gouvernement au sein de la commission, qui provoque une confusion entre le temps de la commission et celui de la séance publique.*

*Catherine Procaccia a fait valoir que la présence du Gouvernement en commission n'est que la conséquence de la récente décision du Conseil constitutionnel.*

*Nicolas About, président, a observé que la commission applique pour la première fois les nouvelles règles de procédure résultant de la révision constitutionnelle de juillet 2008. Tous les parlementaires devront à l'avenir choisir entre le dépôt d'amendements dès avant l'examen d'un texte en commission, s'ils estiment essentiel que leur position soit prise en compte dans les travaux de la commission, ou la présentation de leurs propositions au stade de la séance publique, si le plus important est pour eux la possibilité de les défendre devant le Sénat.*

*Bernard Cazeau s'est élevé contre les conditions dans lesquelles la commission doit examiner le projet de loi. La révision constitutionnelle aurait dû permettre un débat plus serein et plus approfondi que par le passé, ce qui ne sera pas le cas. Il a souhaité que le Sénat entende les protestations du monde de la santé contre ce texte.*

*Isabelle Debré s'est interrogée sur les moyens de rationaliser le travail de la commission dans le cadre de la nouvelle procédure. Quel intérêt y a-t-il à examiner quinze amendements identiques ? Les cosignatures d'amendements conservent-elles un intérêt ? La présence du Gouvernement pendant l'ensemble des travaux de la commission ne réduira-t-elle pas singulièrement l'intérêt de la séance publique ?*

*Nicolas About, président, a rappelé que le droit d'amendement est consubstantiel à la fonction de parlementaire et que rien ne permet de le limiter. La cosignature des amendements en commission n'est guère utile dès lors que tous les commissaires doivent en principe assister aux réunions. La présence du Gouvernement en commission résulte du texte même de la Constitution tel que l'interprète le Conseil constitutionnel. Au moment d'aborder l'examen des amendements au projet de loi, les commissaires doivent avoir à cœur d'élaborer le meilleur texte possible, même si le Sénat doit ensuite prendre des décisions différentes de celles de la commission en séance publique.*

*Catherine Procaccia a fait valoir que la présence du Gouvernement en commission ne changera rien aux positions de celle-ci et permettra peut-être d'éviter la reprise de certains débats en séance publique.*

*François Autain a regretté que les amendements du rapporteur n'aient pas été mis à disposition des commissaires avant la réunion, observant que ces amendements, s'ils sont adoptés, ne feront plus l'objet de discussions en séance publique sauf si des amendements les remettant en cause sont déposés. Il est particulièrement difficile pour les commissaires de se prononcer de manière éclairée sur des amendements découverts en arrivant en commission.*

*Nicolas About, président, a indiqué que le rapporteur lui-même n'a disposé que d'un temps particulièrement limité pour examiner les quelque mille deux cents amendements déposés par les sénateurs. Par ailleurs, tous les amendements ont été transmis aux groupes qui en ont fait la demande aussitôt après avoir été imprimés.*

*Sylvie Desmarescaux a regretté la tension existant au sein de la commission au moment d'engager l'examen d'un texte essentiel sur lequel un grand nombre de sénateurs ont beaucoup travaillé.*

*Nicolas About, président, a observé que le Sénat a disposé d'un délai de préparation particulièrement long après le vote de l'Assemblée nationale.*

*André Lardeux a souligné que la réforme de la Constitution, qu'il n'a pas votée, ne revalorise en rien le rôle du Parlement. Il a souhaité que la commission dispose de locaux plus adaptés pour tenir ses réunions dans le cadre de la nouvelle procédure.*

*Alain Vasselle s'est demandé si la commission, compte tenu de la décision du Conseil constitutionnel, peut valablement délibérer en l'absence du Gouvernement.*

*Nicolas About, président, a répondu que le Gouvernement vient en commission dès qu'il le souhaite et intervient à chaque fois qu'il le veut. On ne peut reprocher à la commission de travailler en l'absence du Gouvernement si celui-ci ne souhaite pas assister aux réunions. Par ailleurs, les conditions de travail de la commission seront améliorées après la réfection complète de sa salle de réunion au cours de l'été prochain.*

*Marie-Thérèse Hermange a souhaité que les amendements soient diffusés avant la réunion de la commission pour que tous les commissaires puissent travailler dans de bonnes conditions.*

*Nicolas About, président, a confirmé que le groupe UMP a bien reçu l'ensemble des amendements déposés à l'expiration du délai-limite.*

*Jean-Marie Vanlerenberghe a regretté que le Gouvernement puisse être présent à tout moment en commission tout en notant que la pratique seule permettra de vérifier si cette évolution est réellement néfaste pour le Parlement. Au Parlement européen, tous les débats en commission sont publics et les commissaires européens y participent à chaque fois qu'ils le souhaitent.*

*Alain Milon, rapporteur, a souhaité que l'examen des amendements permette à tous les commissaires de défendre leurs propositions dans de bonnes conditions.*

*La commission a alors commencé l'examen des amendements sur lesquels elle a pris les décisions suivantes :*

<b>Article 1<sup>er</sup> A</b>			
<b>Rapport annuel T2A</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1138	Suppression de l'article	<b>Adopté</b>
P. Blanc, Juillard, J. Blanc	58	Précision du contenu du rapport remis au Parlement	<b>Rejeté</b>

*La commission a supprimé l'article 1<sup>er</sup> A, dont les dispositions seront reprises ultérieurement.*

<b>Article additionnel après l'article 1<sup>er</sup> A</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Michaux-Chevry	868	Création d'une Mig Dom spécifique en outre-mer	<b>Rejeté</b>

Articles additionnels avant l'article 1 <sup>er</sup>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	474	Limitation de la part de la T2A dans le financement de l'hôpital	<b>Rejeté</b>

*Sur l'amendement n° 474, **Alain Milon, rapporteur**, a noté que les amendements d'ordre financier relèvent du projet de loi de financement de la sécurité sociale et non du présent texte, qui est une loi d'organisation.*

***Jacky Le Menn** a estimé qu'il existe des liens très forts entre les questions de tarification et l'économie du titre I<sup>er</sup> du projet de loi car la tarification à l'activité (T2A) produit de nombreux effets pervers sur le fonctionnement de l'hôpital.*

***François Autain** s'est déclaré d'accord pour limiter la portée de la T2A tout en jugeant insuffisante la proposition du groupe socialiste.*

***Nicolas About, président**, a relevé que cet amendement, comme certains des suivants, est susceptible d'encourir l'irrecevabilité sociale.*

***Bernard Cazeau** a considéré que la T2A et la convergence portent en elles la mort de l'hôpital.*

***Gilbert Barbier** a fait observer que les amendements financiers proposés avant l'article 1<sup>er</sup> sont totalement irréalistes.*

Articles additionnels avant l'article 1 <sup>er</sup>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	475	Abandon de la convergence tarifaire intersectorielle	<b>Rejeté</b>
	476	Fonds d'intervention et de modernisation des hôpitaux	<b>Rejeté</b>
	477	Clause de stabilité tarifaire	<b>Rejeté</b>
	478	Tarifs spécifiques pour la « médecine lente »	<b>Rejeté</b>
Vasselle	953	Nouveau secteur conventionnel à caractère optionnel	<b>Retiré</b>

***Alain Vasselle** a fait valoir que la question de la création d'un secteur conventionnel optionnel est en débat depuis longtemps sans que des décisions concrètes soient prises. Ceci étant, son amendement n° 953 relève sans doute davantage d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale.*

***François Autain** a estimé que son adoption ne suffirait pas à accélérer la prise de décision sur la question du secteur conventionnel optionnel.*

Article 1 <sup>er</sup> Missions des établissements de santé et missions de service public			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	480	Prise en compte des établissements privés d'intérêt collectif	<b>Adopté</b>
Barbier	890	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
	891	Suppression d'une indication symbolique	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	479	Prise en compte de l'environnement social dans la prise en charge du patient	<b>Rejeté</b>
	481	Définition du domicile	<b>Retiré</b>

*Jacky Le Menn a indiqué que l'amendement n° 481 a pour objet d'étendre le plus possible la définition du domicile.*

*Bernadette Dupont et Marie-Thérèse Hermange ont observé que les précisions apportées risquent d'avoir plus d'inconvénients que d'avantages, dès lors qu'il est impossible de prévoir tous les cas.*

*Alain Milon, rapporteur, a estimé que le terme de domicile couvre en lui-même l'ensemble des lieux où vivent les patients.*

Article 1 <sup>er</sup> Missions des établissements de santé et missions de service public			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe UC	115	Rôle des conseils généraux	<b>Adopté</b>
Pinton et Mayet	215	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Barbier	892	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	514	Possibilité pour les établissements publics de santé de créer un Epic	<b>Retiré</b>

*Guy Fischer a fait valoir que beaucoup d'hôpitaux souhaitent externaliser certaines fonctions au risque de privatiser des tâches qu'ils assument. L'amendement n° 514 ne peut qu'accélérer cette évolution préoccupante.*

*Alain Milon, rapporteur, a noté que la création d'Epic aurait notamment pour conséquence une remise en cause de la fonction publique hospitalière.*

*Claude Jeannerot a relevé que la création d'Epic peut au contraire constituer un moyen d'éviter la privatisation totale de certaines fonctions externalisées.*

*Alain Vasselle a souhaité que, si la création d'Epic est rendue possible, elle le soit d'abord à titre expérimental, notant que l'externalisation n'est pas nécessairement une mauvaise chose si elle permet de gagner en qualité et en efficacité.*

<b>Article 1<sup>er</sup></b>			
<b>Missions des établissements de santé et missions de service public</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1139	Déplacement d'une disposition figurant à l'article 2	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	482	Création d'un bloc de missions de service public obligatoires	<b>Rejeté</b>

*Jacky Le Menn a indiqué que l'amendement n° 482 permettrait de sérier des blocs de compétences afin de mieux assurer l'exercice des missions de service public.*

*Bernard Cazeau a indiqué que la création de blocs de compétences rendrait beaucoup plus lisibles les dispositions relatives aux missions de service public.*

*Alain Milon, rapporteur, a estimé que la création de ces blocs aurait pour conséquence de placer un grand nombre d'hôpitaux dans l'incapacité de prendre en charge l'ensemble des missions de service public d'un bloc et de les conduire à y renoncer.*

<b>Article 1<sup>er</sup></b>			
<b>Missions des établissements de santé et missions de service public</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe CRC - SPG	261	Exercice des missions de service public par le service public hospitalier	<b>Rejeté</b>

*Sur l'amendement n° 261, François Autain a déclaré que son groupe est opposé à la possibilité pour les établissements privés d'exercer des missions de service public et a estimé que le projet de loi met fin au service public hospitalier.*



<b>Article 1<sup>er</sup></b>			
<b>Missions des établissements de santé et missions de service public</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	483	Priorité aux établissements publics et aux établissements privés d'intérêt collectif pour l'exercice des missions de service public	<b>Rejeté</b>
Rapporteur	1140	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
Groupe UC	74 rectifié	Participation des centres et maisons de santé aux missions de service public	<b>Adopté</b>

***Alain Milon, rapporteur,** a souhaité que, pour pouvoir être adopté, l'amendement n° 74 soit déplacé et figure dans le texte proposé pour l'article L. 6112-2 du code de la santé publique.*

***Alain Vasselle** s'est déclaré favorable à l'amendement tout en observant que certaines missions, telles que la mission universitaire, lui paraissent pouvoir difficilement être confiées aux maisons de santé.*

***Paul Blanc** a noté que l'amendement a le mérite de prendre en compte la médecine générale, ces maisons de santé pouvant accueillir des stagiaires de cette spécialité.*

***Jean-Marie Vanlerenberghe** a relevé que l'attribution aux centres de santé et aux maisons de santé de missions de service public n'est qu'une faculté.*

***Jean Boyer** a fait valoir que l'amendement peut permettre à certains jeunes médecins de découvrir un monde rural moins négatif qu'ils ne pensent alors même que ce monde rural sera bientôt très déficitaire en médecins.*

<b>Article 1<sup>er</sup></b>			
<b>Missions des établissements de santé et missions de service public</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Barbier	893	Rédactionnel	<b>Rejeté</b>
Groupe socialiste	485	Prise en compte des soins palliatifs dans les missions de service public	<b>Adopté</b>
Rapporteur	1141	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
Gilles	1016	Regroupement des missions propres aux CHU	<b>Satisfait</b>
Barbier	894	Rédactionnel	<b>Satisfait</b>
Groupe socialiste	486	Prise en compte de la santé environnementale dans les missions de service public	<b>Retiré</b>
Barbier	895	Rédactionnels	<b>Rejeté</b>
	896 rectifié		<b>Adopté</b>

<b>Article 1<sup>er</sup></b>			
<b>Missions des établissements de santé et missions de service public</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	484	Précision du contenu des actions de santé publique	<b>Rejeté</b>
Hermange	1011	Mention de la collecte des tissus et produits du corps humain dans les actions de santé publique	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	262	Prise en compte de la participation à des filières de soins et d'accompagnement parmi les missions de service public	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	487	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1142	Mention des soins dispensés en milieu hospitalier aux personnes incarcérées	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	263	Précision des conditions dans lesquelles sont confiées les missions de service public	<b>Irrecevabilité art. 41</b>
Groupe socialiste	488	Service public hospitalier de proximité	<b>Rejeté</b>
Rapporteur	1143	Réécriture du texte proposé pour l'article L. 6112-2 du code de la santé publique	<b>Adopté</b>
Groupe UC	125	Participation des communautés hospitalières de territoire à l'exécution du service public	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	489	Participation des communautés hospitalières de territoire à l'exécution du service public	<b>Retiré</b>
Gilles	1017	Compensation financière obligatoire à l'exercice des missions de service public	<b>Retiré</b>
Groupe UC	75	Participation des centres et maisons de santé aux missions de service public	<b>Retiré</b>
Vasselle	954	Suppression du dispositif prévu en cas d'absence d'exercice d'une mission de service public	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	491	Précision des conditions de carence du service public hospitalier	<b>Retiré</b>
	492	Précision des conditions dans lesquelles le directeur de l'ARS autorise l'exercice des missions de service public	<b>Retiré</b>
	490	Obligation pour les praticiens exerçant une mission de service public d'être associés à un établissement exerçant une telle mission	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1144	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
Barbier	936	Prise en compte des dépassements autorisés dans le tarif de prise en charge par l'établissement de santé	<b>Rejeté</b>
Gilles	1019	Identique au précédent	<b>Rejeté</b>

*Sur son amendement n° 936, **Gilbert Barbier** a estimé que les dépassements autorisés conventionnellement doivent être pris en compte dans le tarif de prise en charge des missions de service public.*

***Alain Milon, rapporteur**, s'est déclaré défavorable à l'application de dépassements, même conventionnels, dans le cadre des missions de service public.*

**Gilbert Barbier** a fait valoir que des médecins ont des conventions autorisant les dépassements et qu'il n'est pas possible de rompre ce contrat en supprimant les dépassements dans le cadre des missions de service public. Cette situation créera nécessairement des conflits.

**Nicolas About, président,** a relevé que la possibilité de maintenir des dépassements d'honoraires dans le cadre des missions de service public est la négation même du service public. Les praticiens pourront conserver leurs dépassements d'honoraires pour leurs activités ne relevant pas de l'exercice des missions de service public.

**Alain Vasselle** s'est demandé si la rédaction proposée par Gilbert Barbier inclut les tarifs opposables.

**Yves Daudigny** a considéré que l'amendement présenté par Gilbert Barbier crée un service public à double vitesse avec différents types de tarifs, ce qui est particulièrement grave.

**Paul Blanc** a souligné qu'il n'est pas possible d'aller contre les conventions signées entre les praticiens et les établissements et que le rejet de l'amendement de Gilbert Barbier marquerait la fin de la politique conventionnelle.

**Nicolas About, président,** a noté que les conventions prévoient déjà les tarifs opposables.

**François Autain** a relevé que toutes les difficultés viennent du fait que le projet de loi tend à confier des missions de service public à des établissements privés à but lucratif.

**Bernard Cazeau** a souligné que les conventions ne contiennent rien sur l'exercice des missions de service public.

**Alain Milon, rapporteur,** a rappelé que la fédération hospitalière privée a fait part, lors de son audition par la commission, de son accord pour l'exercice de missions de service public à des tarifs opposables, y compris en suites de soins de personnes admises en urgence.

**Nicolas About, président,** a fait valoir que le dispositif permettant aux établissements privés d'exercer des missions de service public aux tarifs opposables constitue, en quelque sorte, le pendant de la possibilité qu'ont les praticiens hospitaliers d'avoir une clientèle privée.

**Gilbert Barbier** a estimé que le rejet de son amendement revient à entériner l'amendement adopté par l'Assemblée nationale sur la proportion minimale d'actes effectués sans dépassements d'honoraires.

**Nicolas About, président,** a contesté cette analyse, annonçant que le rapporteur proposera ultérieurement de supprimer ce dernier dispositif.

<b>Article 1<sup>er</sup></b>			
<b>Missions des établissements de santé et missions de service public</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	493	Mention de l'hospitalisation à domicile parmi les missions de l'établissement de santé	<b>Retiré</b>
	494	Mention de l'égal accès à la sécurité des soins parmi les missions de l'établissement de santé	<b>Retiré Satisfait</b>
	495	Obligation de prendre en charge les patients au tarif fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs conventionnés	<b>Retiré Satisfait</b>
Gilles	1018	Prise en compte des dépassements autorisés dans le tarif de prise en charge par l'établissement de santé	<b>Rejeté</b>
Groupe UC	126	Amendement de précision	<b>Retiré</b>
Vasselle	955	Prise en compte du secteur conventionnel à caractère optionnel pour la fixation des tarifs de prise en charge	<b>Retiré</b>
Barbier	897	Rédactionnel	<b>Satisfait</b>
Groupe socialiste	496	Lutte contre le contournement de l'obligation tarifaire	<b>Adopté</b>
Procaccia	28	Clarification des modalités de dévolution des missions de service public	<b>Adopté</b>
Rapporteur	1145	Réécriture du texte proposé pour l'article L. 6112-3 du code de la santé publique	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	497	Extension aux établissements privés d'intérêt collectif des obligations attachées à l'exercice du service public hospitalier	<b>Satisfait</b>
	498	Rédactionnel	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1146	Reprise du contenu de l'article 1 <sup>er</sup> A précédemment supprimé	<b>Adopté</b>
	1147	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	264	Subordination des autorisations de création ou de conversion à l'engagement de mettre en œuvre des mesures de coopération	<b>Retiré</b>
Barbier	898	Rédactionnel	<b>Tombe</b>
Gilles	1020	Impossibilité de subordonner une autorisation de création ou de conversion à la participation à une mission d'enseignement universitaire	<b>Retiré</b>
Barbier	899	Rédactionnel	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1148	Subordination du renouvellement des autorisations à la participation au service public ou à la mise en œuvre de coopérations	<b>Adopté</b>

*Colette Giudicelli a déclaré ne pas comprendre le déroulement des travaux de la commission : les débats sont très confus et les commissaires ne savent pas sur quels amendements ils votent.*

*Nicolas About, président, a souligné que le travail de commission au Sénat est passionnant, qu'il nécessite évidemment une implication forte de ses membres et qu'il va de soi que chacun peut poser des questions et demander*

*la relecture de dispositifs dont il n'a pas pleinement compris la portée avant de décider de son vote.*

**Guy Fischer** a fait observer que, pour cette première expérimentation de la nouvelle procédure d'examen des projets de loi en commission, la présence des commissaires a rarement atteint un niveau aussi élevé.

**Dominique Leclerc** s'est déclaré désarmé par la procédure. En effet, il n'est pas possible d'identifier précisément les propositions du rapporteur, qui est pourtant la personne qui a le plus travaillé sur le projet de loi, alors que, précédemment, la commission statuait d'abord sur ses propositions avant d'examiner les autres.

**Alain Vasselle** s'est demandé si le projet de loi permettra véritablement de progresser dans la définition des missions de service public et a rappelé que, lors de l'examen des projets de loi de financement de la sécurité sociale, il n'a jamais été possible d'obtenir une présentation claire de la répartition de l'activité des hôpitaux entre les missions de service public et le reste de l'activité.

**Gilbert Barbier** a fait valoir que le corps médical est opposé au projet de loi. Il s'est demandé comment se passera le traitement en urgence de patients lorsque le médecin présent a conventionnellement droit à des dépassements d'honoraires.

**Paul Blanc** a souligné que les médecins ont une éthique qui les conduit de toute façon à ne pas pratiquer des dépassements d'honoraires dans les services d'urgence, alors même que le projet de loi n'est pas en vigueur. Il a cité l'exemple de « SOS mains » qui conduit des praticiens à pratiquer en urgence des sutures artérielles complexes pour des honoraires dérisoires.

**Catherine Procaccia**, rappelant que les sénateurs ont l'habitude de consulter les amendements déposés sur un projet de loi par voie électronique, a demandé si une telle possibilité pourrait être également offerte avant l'examen du texte par la commission.

**Nicolas About, président**, a indiqué que la commission a reçu les amendements « en vrac » et dans une multitude de fichiers, rendant impossible tout ordonnancement et diffusion électronique avant la réunion de la commission, en l'absence d'un logiciel comparable au système Ameli utilisé pour le dépôt des amendements au service de la séance. Il a souhaité que cette situation évolue à l'avenir.

**Jean Desessard** s'est étonné qu'il soit impossible d'ordonner très rapidement et simplement les amendements reçus pour les diffuser immédiatement aux Sénateurs.

**Nicolas About, président**, a indiqué qu'aucun amendement n'est présenté de la même manière et que le classement sur un ordinateur de mille cinq cents amendements figurant dans presque autant de fichiers informatiques est une mission impossible dans un délai aussi court.

*Puis la commission a examiné les amendements se rapportant au paragraphe VII de l'article 1<sup>er</sup>, relatif à la possibilité de rompre les contrats avec les praticiens en cas de refus de révision du contrat pour y prévoir l'exercice des missions de service public.*

***Alain Milon, rapporteur**, s'est déclaré favorable à la suppression de ce paragraphe. Bien qu'il ait d'abord déposé un amendement modifiant ce texte, qui figure dans la liasse distribuée, le déroulement de la discussion le conduit à proposer finalement la suppression de l'ensemble du dispositif.*

***Nicolas About, président**, a observé que cette proposition va beaucoup plus loin que la suppression des seuls amendements adoptés par l'Assemblée nationale, puisque le dispositif initial du Gouvernement disparaîtrait également.*

***Bernard Cazeau** a noté également que la disparition pure et simple du paragraphe empêcherait les médecins des cliniques privées d'exercer les missions de service public lorsque leur clinique souhaite y participer.*

***François Autain** a indiqué approuver, pour l'essentiel, les améliorations apportées à ce texte par l'Assemblée nationale, qui visent à permettre que tous les patients puissent disposer de soins à des tarifs acceptables. Beaucoup de patients renoncent aujourd'hui à certains soins du fait de leur coût.*

***Gilbert Barbier** s'est déclaré en plein accord avec la proposition du rapporteur de supprimer l'ensemble du paragraphe VII. Il a en tout état de cause souhaité que la commission supprime la disposition permettant de résilier le contrat d'un praticien sans indemnités, ainsi que la disposition sur la proportion minimale d'actes réalisés sans dépassements d'honoraires.*

***Alain Vasselle** a, à son tour, approuvé la proposition du rapporteur tout en se demandant si la suppression totale du dispositif ne conduira pas à la mise en place d'un pouvoir de réquisition en cas d'impossibilité d'exercer les missions de service public dans un établissement.*

***Jean-Pierre Godefroy** s'est fait l'écho d'articles de presse faisant état de terrains d'entente entre la majorité et le Gouvernement. Doit-on en conclure que cette suppression fait partie de ces accords ?*

***Nicolas About, président**, s'est déclaré défavorable à la suppression pure et simple du paragraphe VII. En conséquence, il a repris l'amendement n° 1149 précédemment déposé par le rapporteur, souhaitant que le dispositif adopté par l'Assemblée nationale soit encadré, afin de limiter à 30 % de son temps de travail la durée qui peut être imposée à un praticien pour exercer des missions de service public à un tarif opposable. La plupart des médecins consacrent déjà, dans les faits, cette proportion de leur temps à des missions de service public.*

**Jean-Marie Vanlerenberghe** a indiqué que l'amendement n° 73 déposé par son groupe vise à clarifier la situation et que la suppression totale du dispositif n'est pas souhaitable. Il faut préciser les conditions d'exercice des missions de service public par les praticiens qui ont signé des conventions avec leur établissement. Il s'est donc déclaré disposé à retirer son amendement au profit de l'amendement n° 1149.

**Alain Milon, rapporteur**, a fait valoir que le dispositif adopté par l'Assemblée nationale pose de graves problèmes et a considéré qu'il est nécessaire de prendre du temps pour trouver une solution de réécriture d'ici l'examen du texte en séance publique.

**Jean Desessard** a déclaré ne pas comprendre le revirement du rapporteur, qui demande la suppression du dispositif après avoir déposé un amendement de réécriture.

**Dominique Leclerc** a noté que l'amendement n° 1149 est substantiellement différent du texte adopté par l'Assemblée nationale puisqu'il limite les possibilités d'imposer à un praticien d'exercer des missions de service public à des tarifs opposables.

**Jacky Le Menn** a estimé que l'amendement n° 1149 initialement proposé par le rapporteur est équilibré et que son groupe pourrait le voter.

**Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports**, s'est déclarée favorable à la réécriture du dispositif adopté par l'Assemblée nationale à l'initiative d'Yves Bur. Une éventuelle suppression du dispositif ne peut être qu'une suppression provisoire dans l'attente de la rédaction d'un nouveau dispositif. Elle a en revanche souhaité la suppression de la disposition relative à la fixation d'une proportion minimale d'actes facturés sans dépassement d'honoraires, votée à l'Assemblée nationale à l'initiative de Jean-Luc Prével.

**Guy Fischer** a protesté contre la présence du Gouvernement en commission, notant que la ministre vient déjà d'influencer les décisions de la commission.

**Jean-Pierre Godefroy** a considéré que l'amendement de suppression n° 42 du paragraphe VII, présenté par André Lardeux, est motivé par le refus de traiter ce sujet dans la loi, ce qui peut laisser supposer que cette suppression ne sera pas nécessairement une solution d'attente.

**Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a rappelé qu'elle ne fait que prendre acte des évolutions intervenues dans le cadre de la révision constitutionnelle de 2008 qui ont considérablement accru les pouvoirs du Parlement, puisque le Sénat débattrait du texte adopté par la commission. En contrepartie, le Gouvernement peut à tout moment donner sa vision des choses, non pas pour délivrer de quelconques injonctions aux parlementaires, mais pour éclairer le débat. Il n'entend utiliser cette possibilité qu'avec parcimonie et discernement en s'exprimant sur une trentaine d'amendements parmi les près de 1 500 déposés.

*La commission a alors rejeté l'amendement de suppression n° 42.*

***Gilbert Barbier** a souhaité qu'à tout le moins il ne soit pas possible de résilier le contrat d'un praticien sans indemnités. Il a estimé inapplicable le dispositif limitant à 30 % de l'activité le temps qu'un praticien peut être obligé de consacrer à des missions de service public.*

***Nicolas About, président,** a précisé que tout amendement meilleur que celui, n° 1149, initialement présenté par le rapporteur et repris par lui, sera le bienvenu dans le cadre de l'examen des amendements extérieurs.*

*La commission a adopté l'amendement n° 1149.*

***Gilbert Barbier** a souhaité sous-amender le dispositif pour supprimer la possibilité de résilier un contrat sans indemnités.*

***Bernard Cazeau** a estimé que le dispositif adopté est équilibré et ne doit pas être modifié.*

<b>Article 1<sup>er</sup></b>			
<b>Missions des établissements de santé et missions de service public</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Lardeux	42	Suppression des dispositions relatives aux obligations qui résultent pour un praticien de l'exercice par l'établissement dans lequel il exerce de missions de service public	<b>Rejeté</b>
About	1149	Clarification et précision du texte relatif aux obligations qui résultent pour un praticien de l'exercice par l'établissement dans lequel il exerce de missions de service public	<b>Adopté</b>

***Au cours d'une deuxième réunion tenue dans l'après-midi, sous la présidence de Nicolas About, président,** la commission a poursuivi, sur le rapport d'Alain Milon, l'examen des amendements sur le projet de loi n° 290 (2008-2009), adopté par l'Assemblée nationale, portant **réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.***

***Nicolas About, président,** a présenté un sous-amendement à l'amendement n° 1149, adopté par la commission avant la suspension de ses travaux, afin de préciser clairement qu'un praticien n'encourra pas de pénalités en cas de résiliation dès lors que la proposition de révision de son contrat prévoira une proportion de plus de 30 % de son temps consacrée à l'exercice de missions de service public.*

***Gilbert Barbier** a déclaré que la règle des 30 % poserait des problèmes d'application insolubles et a craint que ce système ne conduise à une mise sous surveillance des médecins.*



*André Lardeux s'est inquiété de la mise en place d'une médecine administrée et socialisée qui ne prend pas en compte les aspirations des professions médicales.*

*La commission a adopté le sous-amendement présenté par son président.*

<b>Article 1<sup>er</sup></b>			
<b>Missions des établissements de santé et missions de service public</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
About	Sous-amdt n° 1411 à l'amdt n° 1149	Absence de pénalité en cas de résiliation du contrat d'un praticien	<b>Adopté</b>
Bizet	880	Suppression du texte permettant d'assujettir un établissement de santé à garantir une proportion minimale d'actes facturés sans dépassement d'honoraires	<b>Rejeté</b>
Amoudry, Arthuis, Badré, Biwer, Borotra, Boyer, Deneux, Détraigne, Dini, Dubois, Dupont, Fauchon, Férat, Gaudin, A. Giraud, Goulet, Gourault, Jégou, Kergueris, Maurey, Merceron, Mercier, Morin-Desailly, Pozzo di Borgo, Soulage, Vanlerenberghe ; Zocchetto	73	Suppression de la possibilité de réviser les contrats conclus entre les établissements participant au service public de la santé et un praticien libéral, ainsi que de la possibilité d'assujettir un établissement de santé à garantir une proportion minimale d'actes facturés sans dépassement d'honoraires	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	265	Obligation de prévoir la participation des praticiens qui exercent dans un établissement assurant des missions de service public à l'exercice de ces missions	<b>Rejeté</b>
Gilles	1021	Impossibilité de réviser unilatéralement les contrats d'exercice des praticiens libéraux	<b>Rejeté</b>
Barbier	900	Suppression de la disposition faisant du refus par un praticien de réviser son contrat un motif de rupture	<b>Rejeté</b>
Gilles	1022	Identique au précédent	<b>Rejeté</b>
Lardeux	43	Attribution à l'établissement de santé de la responsabilité de procéder à la rupture du contrat en cas de refus par un praticien de réviser ce contrat	<b>Rejeté</b>
Groupe socialiste	499	Interdiction de la rupture du contrat d'exercice au motif que l'établissement est engagé dans une mission de service public	<b>Rejeté</b>
Groupe CRC - SPG	266	Attribution au praticien de la responsabilité de la rupture du contrat en cas de refus par celui-ci de réviser ce contrat	<b>Rejeté</b>

<b>Article 1<sup>er</sup></b>			
<b>Missions des établissements de santé et missions de service public</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	500	Possibilité d'imposer aux établissements de santé privés de garantir aux patients des tarifs conventionnels pour des motifs d'égalité d'accès aux soins	<b>Rejeté</b>
Rapporteur	1150	Limitation à 20 % de la proportion d'actes facturés sans dépassement d'honoraires que pourront être contraints d'effectuer certains titulaires d'autorisations en cas de difficultés d'accès aux soins	<b>Rejeté</b>
Groupe socialiste	501	Obligation de fixer des critères pour assujettir un établissement de santé à garantir une proportion minimale d'actes facturés sans dépassement d'honoraires	<b>Rejeté</b>
Vasselle	956	Possibilité d'imposer une prise en charge aux tarifs des honoraires du secteur conventionnel à caractère optionnel	<b>Rejeté</b>
Gilles	1023	Impossibilité de modifier le contrat pluriannuel d'objectifs unilatéralement afin de remédier à une difficulté d'accès aux soins et suppression de la rupture du contrat en cas de refus par un praticien de le réviser	<b>Rejeté</b>
Lardeux	44	Suppression du texte permettant d'assujettir un établissement de santé à garantir une proportion minimale d'actes facturés sans dépassement d'honoraires	<b>Adopté</b>
Barbier	901	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	267	Possibilité pour les établissements de santé privés d'intérêt collectif de conclure des accords avec un établissement public de santé et une communauté hospitalière de territoire	<b>Retiré</b>

*Sur l'amendement n° 267, **Guy Fischer** a souhaité que les établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic) continuent de pouvoir coopérer avec la CHT.*

***Alain Milon, rapporteur**, a déclaré partager ce souci mais a indiqué que la CHT n'a pas de personnalité juridique. L'amendement doit donc être rectifié afin de permettre aux établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic) de signer un contrat avec l'établissement siège de la CHT.*

***Guy Fischer** a retiré l'amendement afin de le présenter en séance sous la forme indiquée par le rapporteur.*

<b>Article 1<sup>er</sup></b>			
<b>Missions des établissements de santé et missions de service public</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe UC	76	Dépôt au Parlement d'un rapport relatif à la rémunération des praticiens du secteur 2	<b>Retiré</b>

*Sur l'amendement n° 76, **Paul Blanc** a rappelé que la réforme constitutionnelle a accordé de nouveaux pouvoirs de contrôle au Parlement et qu'il est inutile dans ce cadre de confier au Gouvernement une enquête dont il peut se charger lui-même.*

***Alain Milon, rapporteur**, a indiqué que l'inspection générale des affaires sociales (Igas) a déjà réalisé une enquête sur ce sujet en 2005.*

Article 1 <sup>er</sup>			
Missions des établissements de santé et missions de service public			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Procaccia, Gournac	29 rectifié	Suppression de la référence au contrat pluriannuel dans la définition des établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic)	<b>Adopté</b>

***Alain Milon, rapporteur**, a souligné que les amendements n<sup>os</sup> 1151, 502, 185, 503, 139, 504, 505, 1007, 30, 141, 507, 140 et 506 ont le même objet que l'amendement n° 29, mais que ce dernier est le plus complet. Il a donc invité les auteurs des autres amendements à apporter en séance, si nécessaire, d'éventuels compléments à la rédaction issue de l'amendement n° 29.*

***Nicolas About, président**, et **Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports**, se sont interrogés sur l'utilité d'un décret en Conseil d'Etat pour définir le contenu du projet de santé des centres de santé : un décret simple ne serait-il pas plus approprié ?*

***Catherine Procaccia** a rectifié son amendement et, après une modification d'ordre rédactionnelle, l'amendement a été adopté.*

Article 1 <sup>er</sup>			
Missions des établissements de santé et missions de service public			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1151	Amélioration de la rédaction du texte proposé pour l'article L. 6161-5 du code de la santé publique	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	502	Suppression de la référence au contrat pluriannuel dans la définition des Espic	<b>Tombe</b>
Payet	185	Précisions relatives au fonctionnement des Espic	<b>Tombe</b>
Groupe socialiste	503	Précisions relatives aux missions et au fonctionnement des Espic	<b>Tombe</b>
Groupe UC	139	Possibilité pour les Espic de faire appel à des praticiens hospitaliers	<b>Tombe</b>
Groupe socialiste	504	Identiques au précédent	<b>Tombe</b>
	505		<b>Tombe</b>

<b>Article 1<sup>er</sup></b> <b>Missions des établissements de santé et missions de service public</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Hermange, Bout, Henneron, Kammermann, P. Blanc, Rozier, Debré, Pinton, Giudicelli	1007	Identique au précédent	<b>Tombe</b>
Procaccia, Gournac	30	Possibilité pour les Espic de passer des accords avec un établissement public de santé ou une communauté hospitalière de territoire	<b>Tombe</b>
Groupe UC	141	Identique au précédent	<b>Tombe</b>
Groupe socialiste	507	Identique au précédent	<b>Tombe</b>
Groupe UC	140	Possibilité pour les Espic d'admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes, ainsi que les auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral, à participer à leurs activités	<b>Tombe</b>
Groupe socialiste	506	Identique au précédent	<b>Tombe</b>
Pinton, Mayet	214	Obligation d'associer des médecins libéraux à la supervision des régulateurs des centres d'appel du « 15 »	<b>Rejeté</b>

*Sur l'amendement n° 214, **Louis Pinton** a souhaité que les médecins libéraux soient plus étroitement associés au service des urgences, car les en exclure de fait est doublement regrettable : d'abord, cela conduit à alourdir inutilement les services des urgences, ensuite, cela prive les médecins libéraux de revenus potentiels.*

***Alain Milon, rapporteur, ainsi que Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, ont expliqué que l'amendement aboutit, en l'état actuel de sa rédaction, à obliger l'ensemble des médecins libéraux à participer au service des urgences, ce qui n'apparaît pas souhaitable.***

<b>Article 1<sup>er</sup></b> <b>Missions des établissements de santé et missions de service public</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Barbier	902	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
Rapporteur	1152	Obligation pour les services d'aide médicale urgente de transporter des patients dans le plus proche établissement offrant des moyens adaptés à leur état	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	508	Transfert dans le titre II des dispositions consacrées aux centres de santé	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	268	Réécriture des dispositions relatives aux centres de santé	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	509	Identique au précédent	<b>Adopté</b>

Rozier, Procaccia	996	Définition par décret du contenu du projet de santé des centres de santé	<b>Satisfait</b>
Groupe UC	150	Possibilité pour les centres de santé de participer aux protocoles de coopération entre professionnels de santé soumis à la Haute Autorité de santé	<b>Adopté</b>
Vasselle	957	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Gournac	204	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	510	Identique au précédent	<b>Adopté</b>

*A l'occasion de l'examen de ces quatre amendements identiques, **Nicolas About, président**, a rapidement rappelé l'histoire des centres de santé et souligné que leur inspiration d'origine est entièrement sociale.*

***Alain Milon, rapporteur**, a expliqué la différence entre les centres de santé, dans lesquels les médecins sont salariés, et les maisons de santé, qui regroupent des médecins libéraux.*

***François Autain** a noté que les centres de santé pratiquent le tiers payant, ce que ne font pas les maisons de santé.*

***Guy Fischer** a indiqué que les centres de santé continuent de jouer un rôle primordial dans l'accès aux soins des personnes les plus démunies.*

***Paul Blanc** a jugé que les centres de santé ont des effets pervers, notamment celui de fonctionnariser les médecins qui y exercent.*

***René Teulade** s'est déclaré en total désaccord avec Paul Blanc, considérant que les centres de santé ont un rôle irremplaçable et qu'il est nécessaire de les faire participer à l'élaboration des protocoles de coopération entre les professionnels de santé.*

***Jacky Le Menn** a également estimé qu'il est utile, sous peine d'aggraver les problèmes de démographie médicale actuels, d'associer les centres de santé au processus de coopération entre tous les professionnels.*

<b>Article 1<sup>er</sup></b>			
<b>Missions des établissements de santé et missions de service public</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Rozier, Procaccia	997	Consultation des organisations représentant les centres de santé pour l'élaboration du décret sur leurs conditions techniques de fonctionnement	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1153	Possibilité pour les centres de santé de participer aux protocoles de coopération entre professionnels de santé soumis à la Haute Autorité de santé	<b>Retiré</b>
Payet	186	Possibilité pour les patients entrant dans un circuit de soins par l'intermédiaire d'un centre de santé de continuer à bénéficier du tarif opposable et du tiers payant tout au long de la prise en charge dans l'établissement de santé gestionnaire de ce centre	<b>Rejeté</b>

<b>Article 1<sup>er</sup></b> <b>Missions des établissements de santé et missions de service public</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe CRC - SPG	269	Identique au précédent	<b>Rejeté</b>
Groupe socialiste	511	Identique au précédent	<b>Rejeté</b>
	512	Rétablissement de l'instance nationale de concertation des centres de santé	<b>Rejeté</b>
Rozier, Procaccia	998	Identique au précédent	<b>Rejeté</b>
Desessard, Voynet, Blandin, Boumediene-Thiery, Muller	2	Identique au précédent	<b>Rejeté</b>
Groupe CRC - SPG	270	Identique au précédent	<b>Rejeté</b>

*Sur ces quatre amendements identiques, **François Autain** a souhaité savoir pourquoi l'instance nationale de concertation nationale des centres de santé n'a jamais été réunie.*

***Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, ne disposant pas immédiatement des éléments de réponse suffisants, s'est engagée à apporter un éclaircissement sur ce sujet en séance.*

<b>Article 1<sup>er</sup></b> <b>Missions des établissements de santé et missions de service public</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1154	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
	1555	Rédactionnel et de précision	<b>Adopté</b>
	1156	Suppression d'une disposition redondante	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	513	Intégration des assouplissements des modalités de recrutement des Espic aux dispositions transitoires concernant les établissements PSPH	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1157	Coordination	<b>Adopté</b>
	1158	Rectification d'une faute d'orthographe	<b>Adopté</b>
	1159	Coordination	<b>Adopté</b>
	1160	Précisions relatives aux conditions de l'administration provisoire des établissements PSPH	<b>Retiré</b>

***Alain Milon, rapporteur**, a souhaité préciser, par son amendement n° 1160, les conditions d'administration provisoire des établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH) et adapter les procédures de contrôle judiciaire à ces cas spécifiques.*

**Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, s'est déclarée défavorable à l'amendement du rapporteur, puisque celui-ci retire la possibilité au directeur de l'ARS de demander un retour à l'équilibre financier de l'établissement tant que le déséquilibre n'a pas atteint un certain seuil défini par arrêté. Or, dans un souci de prévention, il est préférable de laisser la capacité au directeur de l'ARS d'intervenir le plus en amont possible.

**Jean Desessard** a noté que cet amendement n'envisage pas le cas où le déséquilibre financier de l'établissement n'est pas du à des difficultés de gestion, mais à un budget prévisionnel insuffisant. Une telle situation peut pourtant se produire et elle ne justifierait pas la nomination d'un administrateur provisoire.

**Alain Vasselle** a souhaité savoir si l'amendement introduit une procédure spécifique pour les PSPH.

**Gilbert Barbier** a estimé que l'amendement modifie fondamentalement le texte du projet de loi, notamment en ce qui concerne le rôle de l'administrateur provisoire, qui ne serait plus chargé, s'il était adopté, que de conseiller le directeur.

**François Autain** a déclaré que, dans un souci de cohérence avec les amendements de suppression qu'il déposera pour la séance publique, son groupe votera contre l'amendement présenté par le rapporteur.

Après avoir précisé que son amendement a été expertisé, **Alain Milon, rapporteur**, a accepté de le retirer et de le présenter ultérieurement avec toutes les explications requises.

**La commission a alors adopté l'article 1<sup>er</sup> dans la rédaction résultant de ses travaux.**

Article additionnel après l'article 1 <sup>er</sup>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Desessard, Voynet, Blandin, Boumediene-Thiery, Muller	3	Intégration des honoraires médicaux dans le coût de séjour des cliniques privées	Retiré
Groupe socialiste	516	Reconnaissance de l'hospitalisation à domicile comme activité de soins à part entière	Adopté

**La commission a adopté cet article additionnel dans la rédaction résultant de ses travaux.**

<b>Article 1<sup>er</sup> bis</b> <b>Possibilité accordée aux établissements d'hospitalisation à domicile de s'approvisionner auprès de pharmacies d'officine</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1161	Précision et nouvelle insertion de la disposition permettant aux établissements délivrant des soins à domicile de s'approvisionner auprès de pharmacies d'officine	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	271	Elargissement du dispositif permettant aux établissements délivrant des soins à domicile de s'approvisionner auprès des pharmacies d'officine	<b>Satisfait</b>
Groupe socialiste	515	Identique au précédent	<b>Satisfait</b>
Dériot	1121	Possibilité pour les pharmacies à usage intérieur de confier la réalisation de préparations à un établissement pharmaceutique	<b>Adopté</b>

*La commission a alors adopté l'article 1<sup>er</sup> bis dans la rédaction résultant de ses travaux.*

<b>Article 1<sup>er</sup> ter</b> <b>Définition de l'appellation « hospitalisation à domicile »</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe CRC - SPG	272	Limitation aux seuls établissements délivrant des soins à domicile ne poursuivant pas un but lucratif de la possibilité d'utiliser l'appellation d'établissement d'hospitalisation à domicile	<b>Rejeté</b>
Rapporteur	1162	Amendement de précision	<b>Adopté</b>
	1163	Amendement de précision	<b>Adopté</b>
	1164	Simplification des dispositions pénales et possibilité de condamner les personnes morales	<b>Adopté</b>

*La commission a alors adopté l'article 1<sup>er</sup> ter dans la rédaction résultant de ses travaux.*

<b>Article additionnel après l'article 1<sup>er</sup> ter</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Payet	187	Prise en compte des soins ambulatoires ou à domicile comme modalités à part entière d'exercice de leurs missions par les établissements de santé	<b>Rejeté</b>



<b>Article 2</b> <b>Qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1165	Amendement de conséquence de l'amendement transférant à l'article 1 <sup>er</sup> la nouvelle rédaction de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	517	Association de l'ensemble des corps professionnels à la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	<b>Rejeté</b>
	518	Intégration des objectifs d'accueil, d'information et du droit d'accès au dossier médical dans la politique d'amélioration élaborée et mise en œuvre par les établissements de santé	<b>Rejeté</b>
Groupe CRC - SPG	273	Extension des objectifs de la politique de gestion des risques des établissements de santé	<b>Rejeté</b>
	274	Prise en compte des médicaments génériques dans la politique du médicament définie par les établissements de santé	<b>Rejeté</b>
Groupe socialiste	519	Identique au précédent	<b>Rejeté</b>
Groupe CRC - SPG	275	Renforcement du rôle de la CME dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	521	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
Gilles	1024	Identique au précédent	<b>Retiré</b>

***François Autain** a déclaré que l'amendement n° 275 vise à renforcer les pouvoirs de la commission médicale de l'établissement (CME).*

***Roselyne Bachelot-Narquin, ministre,** a indiqué que l'amendement conduirait à confier à la seule CME l'élaboration du projet médical d'établissement, alors que d'autres organismes peuvent y être utilement associés, comme les organisations représentatives de salariés par exemple.*

<b>Article 2</b> <b>Qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	520	Association de la commission des soins infirmiers de rééducation et médico-technique à la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	<b>Retiré</b>
Barbier	907	Suppression de la mention particulière des urgences au sein de la politique d'amélioration des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers	<b>Adopté</b>
	903 rectifié	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
Rapporteur	1166	Amendement de précision	<b>Adopté</b>

<b>Article 2</b> <b>Qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Groupe CRC - SPG	276	Suppression de la possibilité de réduire la dotation financière des établissements en l'absence de publication de ses résultats en matière de qualité des soins	<b>Rejeté</b>
	277	Possibilité de sanctionner le directeur de l'établissement en l'absence de publication des résultats en matière de qualité des soins	<b>Rejeté</b>
	278	Possibilité de prendre toute sanction en l'absence de publication des résultats en matière de qualité des soins à l'exception de la diminution des dotations attribuées aux établissements	<b>Rejeté</b>
Lardeux	45	Renforcement du rôle de la CME et attribution à cet organisme de la personnalité morale	<b>Rejeté</b>
Gilles	1025	Renforcement du rôle de la conférence médicale dans l'élaboration de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	<b>Retiré</b>
Bizet	881	Indemnité versée au président de la conférence médicale ou à son délégué	<b>Rejeté</b>
Groupe socialiste	522	Association des ordres professionnels à la mise en place des réglementations encadrant les dispositifs médicaux susceptibles de présenter des risques sérieux	<b>Rejeté</b>
Groupe CRC - SPG	279	Suppression de la possibilité pour les agences régionales de santé de fixer la liste des établissements pouvant utiliser certains dispositifs médicaux susceptibles de présenter des risques pour les patients	<b>Retiré</b>

***La commission a adopté l'article 2 dans la rédaction résultant de ses travaux.***

<b>Article additionnel après l'article 2</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Groupe socialiste	523	Suppression de la convergence tarifaire entre les hôpitaux publics et les cliniques privées	<b>Rejeté</b>

<b>Article 3</b> <b>Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Rapporteur	1167	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
Procaccia, Gournac	31	Rétablissement de la procédure de renouvellement des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens	<b>Adopté</b>

Article 3 Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe UC	142	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	526	Identique au précédent	<b>Adopté</b>

*Par son amendement n° 31, Catherine Procaccia a souhaité que le non-renouvellement des contrats d'objectifs et de moyens soit obligatoirement motivé.*

*Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, a indiqué qu'une telle obligation constitue un nid à contentieux inépuisables. De plus, la logique d'un contrat est bien de ne plus lier les parties prenantes une fois son terme échu.*

*François Autain a déclaré comprendre l'argument de la ministre, mais a estimé que l'amendement présenté a pour effet indirect de sécuriser financièrement les investissements des établissements, ce qui est loin d'être négligeable.*

*Alain Vasselle a jugé normal qu'une ARS s'engage à financer des investissements dont l'échelonnement dépasse la date de la fin du contrat, mais il a estimé que rien, en revanche, ne doit la conduire à renouveler le contrat qui la lie à un établissement.*

Article 3 Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1168	Suppression d'une précision inutile	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	524	Obligation pour l'ARS de motiver ses décisions de résiliation ou de refus de renouvellement des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens	<b>Retiré</b>
Barbier	904	Possibilité de saisir l'inspection générale de la santé en cas de résiliation du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	525	Prise en compte des conséquences du non-renouvellement d'une ou plusieurs missions ou activités dans le cadre du renouvellement quinquennal des contrats d'objectifs et de moyens, du point de vue des investissements engagés et non amortis	<b>Rejeté</b>
Groupe CRC - SPG	280	Identique au précédent	<b>Rejeté</b>
Groupe socialiste	527	Détermination des orientations stratégiques de l'établissement de santé sur la base du projet régional de santé et du schéma régional de l'organisation des soins	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1169	Clarification et simplification de la rédaction du quatrième alinéa de l'article L. 6614-2 du code de la santé publique	<b>Adopté</b>

<b>Article 3</b> <b>Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
	1170	Rédactionnel et de précision	<b>Adopté</b>
Gilles	1026 rectifié	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
Rapporteur	1171	Rédactionnel	<b>Adopté</b>

*Puis la commission a adopté l'article 3 dans la rédaction résultant de ses travaux.*

<b>Article additionnel après l'article 3</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe UC	135	Interdiction pendant deux ans aux praticiens hospitaliers d'ouvrir un cabinet privé en concurrence avec l'établissement public dont ils ont démissionné	<b>Rejeté</b>
Groupe CRC - SPG	281	Identique au précédent	<b>Rejeté</b>
Groupe socialiste	528	Identique au précédent	<b>Rejeté</b>

*Jean-Marie Vanlerenberghe a expliqué que l'amendement n° 135 vise à remédier aux problèmes de concurrence déloyale de la part de certains praticiens hospitaliers qui entraînent avec eux leurs patients lorsqu'ils quittent l'hôpital pour exercer dans un établissement privé.*

*Gilbert Barbier s'est demandé si l'amendement n'est pas contraire au principe de liberté d'installation des praticiens.*

*Bernard Cazeau a estimé qu'au contraire, l'amendement permet de mettre un terme à des situations injustes et difficiles à gérer pour les hôpitaux publics : comment peuvent-ils maintenir leur activité et garder leurs médecins si ceux-ci ont le droit, du jour au lendemain, de partir avec leurs patients et d'exercer la même profession dans le même secteur géographique, tout en doublant ou en triplant leurs revenus ?*

*François Autain a rappelé que la possibilité d'exercer dans un cabinet médical comporte souvent une clause de non-concurrence, qui interdit au médecin quittant le cabinet d'exercer à sa périphérie.*

*Dominique Leclerc a considéré que l'amendement risque d'être contre-productif, puisque dans un grand nombre de cas, les médecins n'acceptent d'exercer dans certaines zones qu'à condition de pouvoir, au bout d'un certain temps, s'affranchir des contraintes de l'hôpital public. En outre, il est évident que l'hôpital ne peut pas offrir de perspectives de carrière à*

*l'ensemble de ses praticiens et il est donc utile qu'un certain nombre d'entre eux poursuivent leur vie professionnelle dans un autre type de structure.*

*Reprenant cette argumentation, **Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a fait valoir que la restriction proposée par l'amendement serait ressentie par les médecins comme une remise en cause de la liberté d'installation. Elle a rappelé son opposition répétée à ce type de restrictions, que plusieurs députés ont essayé, en vain, d'introduire lors de l'examen du texte à l'Assemblée nationale.*

***Alain Milon, rapporteur**, a indiqué qu'il présentera, à l'article 10, un amendement susceptible de satisfaire les objectifs des auteurs de l'amendement. Il a affirmé ne pas être choqué par la tentative de limiter les situations de concurrence déloyale entre les médecins.*

<b>Article 4</b>			
<b>Statut et gouvernance des établissements publics de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1172	Précisions sur la nature juridique des établissements publics de santé	<b>Adopté</b>
Groupe UC	136	Définition des établissements publics de santé	<b>Satisfait</b>
Rozier	181	Soumission de la nomination des directeurs de centres hospitaliers régionaux à un décret pris sur le rapport du ministre chargé de la santé	<b>Rejeté</b>
Gilles	1027	Nomination des directeurs des assistances publiques par décret sur le rapport du ministre chargé de la santé	<b>Rejeté</b>
Groupe socialiste	529	Soumission de la nomination des directeurs de centres hospitaliers régionaux à un décret pris sur le rapport du ministre chargé de la santé	<b>Rejeté</b>
Rapporteur	1173	Suppression de mentions inutiles	<b>Adopté</b>
	1174	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
	1175	Amendement de forme	<b>Adopté</b>
	1176	Précisions sur le fonctionnement des fondations hospitalières	<b>Adopté</b>

***Puis la commission a adopté l'article 4 dans la rédaction résultant de ses travaux.***

<b>Article 5</b>			
<b>Conseil de surveillance des établissements publics de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	536	Précision selon laquelle le conseil de surveillance se prononce en particulier sur la stratégie financière	<b>Rejeté</b>

*Par cet amendement n° 536, **Jacky Le Menn** a jugé indispensable que, sous peine de rendre le contrôle effectué complètement fictif, le conseil de surveillance puisse se prononcer sur la stratégie financière de l'établissement de santé. Quel serait en effet le sens d'un tel contrôle si le conseil de surveillance n'avait même pas son mot à dire sur le niveau d'endettement ou la masse salariale de l'établissement ?*

***Roselyne Bachelot-Narquin, ministre,** a estimé que l'amendement risque d'introduire une confusion entre le contrôle et la mise en œuvre de la stratégie : s'il revient au conseil de surveillance de se prononcer sur les orientations globales de l'établissement, il appartient uniquement au directoire de mettre en œuvre la stratégie.*

***Nicolas About, président,** s'est dit convaincu par l'argumentation de Jacky Le Menn, mais a considéré que son amendement est déjà satisfait par la rédaction actuelle du projet de loi, puisque celui-ci dispose que le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie de l'établissement. Or, comment les enjeux financiers pourraient-ils être exclus de la stratégie d'ensemble ?*

<b>Article 5</b>			
<b>Conseil de surveillance des établissements publics de santé</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Groupe CRC - SPG	284	Pouvoir du conseil de surveillance d'arrêter la stratégie de l'établissement plutôt que de se prononcer sur celle-ci	<b>Rejeté</b>
Rapporteur	1177	Alignement des prérogatives de contrôle du conseil de surveillance sur celles des conseils de surveillance des sociétés anonymes	<b>Adopté</b>
Groupe UC	83	Possibilité pour le conseil de surveillance de saisir la chambre régionale des comptes ou un cabinet d'audit	<b>Rejeté</b>

*Sur l'amendement n° 83, **Alain Milon, rapporteur,** a indiqué que le conseil de surveillance a déjà la possibilité de faire appel à la chambre régionale des comptes (CCR) et que l'amendement est donc satisfait par le droit en vigueur.*

***François Autain** et **Jean Desessard** ont souhaité connaître précisément le texte qui octroie ce pouvoir au conseil de surveillance.*

***Isabelle Debré** a déclaré qu'elle voterait contre l'amendement proposé, mais que, s'il n'est pas établi de manière incontestable que le conseil de surveillance peut déjà saisir la CCR, elle souhaite que l'amendement soit redéposé en séance et adopté, car il est essentiel que le conseil de surveillance puisse s'appuyer sur les CCR.*

*Partageant cette analyse, **Alain Vasselle** a fait valoir que le recours aux CCR est d'autant plus souhaitable que le conseil de surveillance n'a pas les moyens financiers de s'adresser à un cabinet d'audit privé.*

<b>Article 5</b>			
<b>Conseil de surveillance des établissements publics de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Gilles	1028	Pouvoir du conseil de surveillance d'élaborer les différents documents de l'établissement et non de délibérer sur ceux-ci	<b>Rejeté</b>
Desessard, Voynet, Blandin, Boumediene-Thiery, Muller	4	Délibération du conseil de surveillance sur la politique environnementale de l'établissement	<b>Rejeté</b>
Desessard, Voynet, Cazeau, Le Menn, Alquier, Blondin, Botrel, Campion, Chastang, Cheve, Daudigny, Daunis, Demontès, Durieu, Fauconnier, Fichet, Ghali, Godefroy, Jarraud-Vergnolle, Jeannerot, Lagauche, Printz, Le Texier, Mirassou, Rebsamen, Schillinger, Teulade	985	Identique au précédent	<b>Rejeté</b>

*Alain Milon, rapporteur, a estimé que l'amendement n° 4 est déjà satisfait par le droit en vigueur, qui soumet les établissements de santé à des contraintes de respect de l'environnement très strictes.*

*François Autain et Jean Desessard ont considéré qu'il n'est pas inutile, pour autant, de donner au conseil de surveillance le pouvoir de délibérer sur cette question.*

*Paul Blanc et Isabelle Debré ont jugé, au contraire, que les missions du conseil de surveillance sont déjà nombreuses et que les accroître nuirait à la qualité du contrôle. Quoi qu'il en soit, la politique environnementale des établissements de santé est très encadrée et globalement bien respectée, ce qui répond à l'objectif recherché par les auteurs de l'amendement.*

<b>Article 5</b>			
<b>Conseil de surveillance des établissements publics de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe CRC - SPG	285	Délibération du conseil de surveillance sur la politique d'amélioration de la qualité des soins, de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil des patients	<b>Rejeté</b>
	283 rectifié	Délibération du conseil de surveillance sur le budget prévisionnel de l'établissement	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	537	Identique au précédent	<b>Adopté</b>

Article 5 Conseil de surveillance des établissements publics de santé			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Laménie	1085	Identique au précédent	Adopté

*Reprenant l'argumentation qu'il avait développée à l'occasion de l'amendement n° 536, **Jacky Le Menn** a jugé nécessaire que le conseil de surveillance puisse délibérer sur le budget prévisionnel de l'établissement de santé qu'il contrôle. S'appuyant sur son expérience d'ancien directeur d'hôpital, il a fait valoir que sans cette faculté donnée au conseil de surveillance, celui-ci en serait réduit à entériner les choix budgétaires du directeur.*

*Convaincu par l'analyse de **Jacky Le Menn** mais jugeant inapproprié le terme de « délibération », **Yves Daudigny** a proposé que le conseil de surveillance puisse « donner un avis » sur le budget prévisionnel.*

*Alors que **Alain Vasselle** et **Marie-Thérèse Hermange** ont considéré la possibilité de donner un avis comme un minimum, **Jean-Marie Vanlerenberghe** et **Marc Laménie** ont estimé qu'elle constitue un bon compromis.*

*La commission a ensuite adopté l'amendement n° 283 ainsi modifié.*

Article 5 Conseil de surveillance des établissements publics de santé			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1178	Délibération du conseil de surveillance sur la participation de l'établissement à toute action de coopération ou à une CHT	Adopté
	1179	Présentation du rapport annuel par le directeur et non le président du directoire	Adopté
Barbier	908	Délibération du conseil de surveillance sur la politique d'amélioration de la qualité et sur la participation à une CHT et à un groupement de coopération sanitaire	Retiré
Groupe socialiste	540	Délibération du conseil de surveillance sur la politique d'amélioration de la qualité des soins, de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil des patients	Rejeté
Groupe UC	84	Délibération du conseil de surveillance sur la participation à une CHT et à un groupement de coopération sanitaire ainsi que sur tout transfert de propriété de bien au profit d'autres établissements	Retiré
Groupe socialiste	541	Délibération du conseil de surveillance sur la participation à une CHT ou un groupement de coopération sanitaire	Retiré
	538	Délibération du conseil de surveillance sur la nomination et la révocation des membres du directoire	Retiré



<b>Article 5</b>			
<b>Conseil de surveillance des établissements publics de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Gilles	1029	Délibération du conseil de surveillance sur la politique d'amélioration de la qualité et sur la participation à une CHT et à un groupement de coopération sanitaire	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	539	Consultation du conseil de surveillance par le président du directoire sur le contrat pluriannuel, l'état des prévisions de recettes et dépenses, les projets de constitution ou de participation à des coopérations	<b>Retiré</b>
Groupe UC	85	Avis du conseil de surveillance sur l'état des prévisions de recettes et dépenses et sur la stratégie financière	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	286	Substitution du terme « patients » au terme « usagers »	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1180	Consultation du conseil de surveillance sur le programme d'investissement, les acquisitions et aliénations d'immeubles, le règlement intérieur de l'établissement	<b>Adopté</b>
Laménie	1086	Délibération du conseil de surveillance sur la participation à une CHT et à un groupement de coopération sanitaire	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1181	Observations du conseil de surveillance au directeur général de l'ARS sur le rapport annuel et sur la gestion de l'établissement - renforcement des moyens de contrôle du conseil de surveillance	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	288	Renforcement du nombre de représentants de toutes les catégories constituant le conseil de surveillance et majorité donnée aux associations d'usagers dans le collège des personnalités qualifiées	<b>Rejeté</b>
Rapporteur	1182	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
Gilles	1030	Participation du maire de la commune du siège de l'établissement principal au conseil de surveillance	<b>Adopté</b>

*Jean-Pierre Godefroy a soutenu l'amendement n° 1030, considérant que la présence du maire au conseil de surveillance ne doit pas dépendre des contingences politiques.*

*A Paul Blanc qui souhaitait que le conseil de surveillance comprenne un collège d'élus, Alain Milon, rapporteur, a répondu que le projet de loi répond déjà à cette exigence.*

*Rappelant que le conseil de surveillance comporterait désormais trois collèges, Bruno Gilles a demandé qu'une disposition prévoie que le président du conseil soit obligatoirement élu parmi les membres du premier collège, celui des élus. En l'état actuel de sa rédaction, le texte laisse la possibilité d'élire le président parmi les membres du premier ou du troisième collège.*

*Louis Pinton a tenu à préciser que si le maire a toute sa place au conseil de surveillance d'un établissement de santé, le président du conseil général, qui ne dispose d'aucune compétence en matière sanitaire, n'a en revanche rien à y faire.*

**Bernard Cazeau** a répondu que le droit en vigueur prévoit pourtant que le président du conseil général est membre de droit du conseil d'administration des établissements de santé qui se trouvent dans son département.

**Gérard Dériot** a précisé que cette présence s'explique par les compétences du conseil général en matière médico-sociale.

**Gilbert Barbier** a rappelé qu'il revient au président du conseil général de présider le conseil d'administration des hôpitaux psychiatriques et qu'on ne peut donc considérer que les conseils généraux n'ont eu, jusqu'à présent, aucune responsabilité en matière sanitaire.

**Yves Daudigny** et **Jean-Marie Vanlerenberghe** ont également indiqué que les présidents de conseils généraux peuvent être présidents du conseil d'administration d'un établissement de santé lorsque celui-ci est interdépartemental.

**Alain Vasselle** s'est demandé s'il ne serait pas judicieux, pour des raisons de clarté de la loi, d'énumérer les cinq personnalités des collectivités territoriales membres de droit du conseil de surveillance.

Estimant qu'une telle énumération risquerait de rigidifier inutilement le texte, **Nicolas About, président**, et **Alain Milon, rapporteur**, ont proposé d'adopter l'amendement, sous réserve que celui-ci prévoit également que le président du conseil général est membre de droit du conseil de surveillance.

Article 5			
Conseil de surveillance des établissements publics de santé			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe CRC - SPG	287	Election par l'ensemble du personnel des représentants du personnel au sein du conseil de surveillance	Rejeté

*Au cours d'une troisième réunion tenue dans la soirée, sous la présidence de Nicolas About, président, la commission a poursuivi, sur le rapport d'Alain Milon, l'examen des amendements sur le projet de loi n° 290 (2008-2009), adopté par l'Assemblée nationale, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.*

Article 5			
Conseil de surveillance des établissements publics de santé			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1183 rectifié	Nomination des personnalités qualifiées au sein du conseil de surveillance par les exécutifs des collectivités territoriales et le préfet du département	Adopté

<b>Article 5</b>			
<b>Conseil de surveillance des établissements publics de santé</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Gouvernement	1412	Nomination des personnalités qualifiées au sein du conseil de surveillance par les exécutifs des collectivités territoriales et le préfet du département	<b>Rejeté</b>

*Alain Milon, rapporteur, a présenté son amendement n° 1183 rectifié visant à confier la nomination des personnalités qualifiées aux dirigeants des exécutifs locaux pour trois d'entre elles et au représentant de l'Etat dans le département pour les deux autres.*

*Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, s'est déclarée très attentive à l'équilibre qui doit être trouvé dans la composition du conseil de surveillance. Elle a formulé une proposition alternative pour que trois des personnalités qualifiées soient désignées par le représentant de l'Etat et les deux autres par le directeur général de l'ARS.*

*Bernard Cazeau a estimé que l'amendement présenté par le rapporteur est plus équilibré.*

*Jean-Pierre Godefroy a noté que la proposition de la ministre confie la totalité des nominations à des représentants de l'Etat.*

*Alain Vasselle a fait valoir que l'Etat est bien représenté au sein du conseil de surveillance et qu'il est préférable d'adopter le dispositif présenté par le rapporteur.*

*Gilbert Barbier a, au contraire, considéré que le conseil de surveillance ne doit pas être un organe majoritairement politique, mais un organe qui doit surveiller la gestion du directeur, ce qui plaide en faveur de l'acceptation de la proposition de la ministre.*

*Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, a rappelé que le conseil de surveillance comportera un collège entièrement composé d'élus et que la proposition du rapporteur aura pour effet que huit des dix membres des premier et troisième collèges seront des représentants des élus.*

*Nicolas About, président, a contesté cette interprétation, indiquant que les élus ne désigneront pas d'autres élus mais des personnalités qualifiées qu'ils sont aussi à même de choisir que le représentant de l'Etat. Il a relevé que le directeur général de l'ARS siègera avec voix consultative au sein du conseil de l'ARS, de même qu'un directeur de la caisse primaire d'assurance maladie.*

*Marie-Thérèse Hermange a estimé la proposition du Gouvernement équilibrée, indiquant que la composition du troisième collège qu'il propose correspond à l'objectif de pilotage national de la politique de santé.*

*Jean-Marie Vanlerenberghe et Jacky Le Menn ont fait valoir que les élus, et notamment les exécutifs locaux, sont parfaitement à même de nommer des personnalités compétentes pour siéger au sein du conseil de surveillance.*

*La commission a alors rejeté la proposition présentée par le Gouvernement et a adopté l'amendement n° 1183 rectifié présenté par le rapporteur.*

<b>Article 5</b>			
<b>Conseil de surveillance des établissements publics de santé</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Groupe CRC - SPG	289	Nomination d'une des personnalités qualifiées au sein du conseil de surveillance par les représentants des collectivités territoriales	<b>Tombe</b>
Groupe UC	96	Nomination des personnalités qualifiées au sein du conseil de surveillance par les représentants des collectivités territoriales	<b>Tombe</b>
Gilles	1031	Remplacement d'un représentant des usagers par un représentant des professionnels de santé libéraux au sein du collège des personnalités qualifiées	<b>Tombe</b>
Rapporteur	1184	Suppression d'une disposition redondante	<b>Adopté</b>
Groupe UC	89	Election du président du conseil de surveillance parmi les seuls membres du premier collège	<b>Rejeté</b>
Groupe socialiste	542	Identique au précédent	<b>Rejeté</b>
Barbier	909	Identique au précédent	<b>Rejeté</b>
Gilles	1032	Identique au précédent	<b>Rejeté</b>
	1033	Participation aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative du directeur, du président de la CME ainsi que, dans les CHU, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical	<b>Rejeté</b>
Rapporteur	1185	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	544	Définition de la composition du conseil de surveillance de l'AP-HP	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1186	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
Gilles	1034	Suppression de la voix consultative du directeur de la caisse primaire lors des réunions du conseil de surveillance	<b>Satisfait</b>
	1035	Coordination avec l'amendement n° 1033	<b>Tombe</b>
Leclerc	170	Participation avec voix délibérante aux séances du conseil de surveillance des CHU, directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	543	Participation aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative du président et du vice-président du directoire	<b>Satisfait</b>

<b>Article 5</b>			
<b>Conseil de surveillance des établissements publics de santé</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Desessard, Voynet, Blandin, Boumediene-Thiery, Muller	5	Attribution d'une voix délibérative au sein du conseil de surveillance des établissements délivrant des soins de longue durée ou gérant un établissement d'hébergement pour personnes âgées	<b>Rejeté</b>
Groupe CRC - SPG	290	Identique au précédent	<b>Rejeté</b>

***La commission a alors adopté l'article 5 dans la rédaction résultant de ses travaux.***

*Annie David s'est étonnée de la manière dont se déroule la réunion, notant que la ministre et ses collaborateurs s'adressent directement aux membres de la majorité sénatoriale pour leur donner des consignes pendant que la commission débat des amendements.*

*Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, a indiqué qu'elle dispose de la possibilité de rencontrer tous les parlementaires de la majorité comme de l'opposition dans d'autres enceintes que celle-ci et qu'elle ne délivre aucune consigne aux sénateurs.*

*Isabelle Debré a rappelé que la commission vient d'adopter un amendement sur la composition du conseil de surveillance de l'hôpital contre l'avis du Gouvernement, ce qui démontre que l'indépendance des commissaires n'est pas menacée.*

*Jean-Pierre Godefroy a estimé que, dès lors que le Gouvernement est présent en commission avec ses collaborateurs et que le rapporteur est assisté des administrateurs, les groupes devraient pouvoir également disposer de la présence d'un collaborateur au cours des réunions de commission.*

*Avant d'aborder l'examen des amendements à l'article 6, Nicolas About, président, a indiqué que le Gouvernement a déposé plusieurs amendements relatifs aux CHU, visant à reprendre certaines propositions du rapport confié à Jacques Marescaux, dont les conclusions définitives seront remises au Président de la République le 6 mai.*

*Bernard Cazeau s'est étonné de cette procédure, notant que le Gouvernement a seule connaissance du contenu du rapport Marescaux et qu'il serait préférable de traiter ces questions ultérieurement.*

*Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, a précisé que le rapport Marescaux sera naturellement transmis au Parlement et que, pour la partie qu'en connaît déjà le Gouvernement, il contient des dispositions très diverses, certaines relevant du projet de loi de financement de la sécurité sociale, d'autres de dispositions réglementaires, d'autres encore d'une campagne tarifaire. Les amendements déposés par le Gouvernement et relatifs à la gouvernance des CHU portent sur des problématiques très connues des*

parlementaires qui, quelle que soit leur appartenance politique, ont déjà souvent déposé des amendements similaires par le passé.

**François Autain** a estimé préférable de permettre à chacun de prendre connaissance du rapport avant de débattre d'amendements issus de ce document. Les parlementaires ne pourront pas tirer leurs propres conclusions du rapport Marescaux dans le délai qui leur est imparti pour déposer des amendements en vue de l'examen en séance publique du projet de loi. Il serait beaucoup plus rationnel de déposer ultérieurement un projet de loi sur les CHU.

La commission a alors entamé l'examen des amendements déposés sur l'article 6 du projet de loi.

Article 6 Pouvoirs du directeur et du directoire des établissements publics de santé et contrôle des décisions des établissements publics de santé			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	545	Mise en œuvre de la politique générale d'établissement conjointement par le directeur et le directoire	Retiré
Groupe CRC - SPG	291	Précision selon laquelle le directeur « met en œuvre » et non conduit la politique de l'établissement	Rejeté
Groupe socialiste	546	Identique au précédent	Rejeté
Rapporteur	1187	Coordination	Retiré

Sur l'amendement n° 1187, **Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a exprimé la crainte que le remplacement des termes « directeur, président du directoire » par le seul terme « directeur » ne soit pas simplement une simplification rédactionnelle. Le président du directoire dispose de prérogative *ès qualités* et ne sera pas toujours le directeur. En cas de défaillance de ce dernier, le premier vice-président du directoire assume en effet les fonctions de président.

**Alain Milon, rapporteur**, a demandé si ce remplacement du directeur par le premier vice-président est explicitement prévu par le code de la santé publique.

En l'absence de réponse du Gouvernement, **Nicolas About, président**, a souhaité le retrait de l'amendement n° 1187 dans l'attente des vérifications nécessaires.

<b>Article 6</b> <b>Pouvoirs du directeur et du directoire des établissements publics de santé</b> <b>et contrôle des décisions des établissements publics de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1188	Limitation de la présence du directeur au sein du conseil de surveillance et suppression de la préparation des travaux du conseil par le directeur	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	292	Limitation à la communication de documents du rôle du directeur dans la préparation des travaux du conseil de surveillance	<b>Rejeté</b>
Leclerc	171	Dans les CHU, avis conforme du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical sur la nomination des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques	<b>Retiré</b>
Gilles	1036	Limitation du rôle du directeur dans la nomination des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques	<b>Rejeté</b>
Barbier	912	Avis de la CME et non de son seul président pour la nomination des personnels	<b>Retiré</b>

*Sur l'amendement n° 912, **Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a souligné que l'essentiel est de renforcer le rôle des médecins et des chefs de pôle. Le projet de loi permet de redistribuer le pouvoir médical et de donner une plus grande autonomie aux unités opérationnelles. Il est en revanche préférable d'éviter, dans toute la mesure du possible, la soumission de certaines décisions à des avis conformes qui sont souvent synonymes de paralysie.*

***Alain Vasselle** a relevé que l'amendement n° 1036 présenté par Bruno Gilles ne prévoit pas, pour sa part, d'avis conforme de la CME sur la nomination des personnels.*

***François Autain** s'est déclaré en accord avec l'amendement n° 912 présenté par Gilbert Barbier, souhaitant que la CME joue un rôle dans la nomination des personnels.*

***Alain Milon, rapporteur**, a indiqué qu'il proposera ultérieurement de modifier les conditions de nomination des chefs de pôle telles qu'elles sont prévues dans le projet de loi, ce qui rend moins justifiés les amendements visant à encadrer davantage la nomination des personnels par les chefs de pôle.*

***Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a observé que l'important est de disposer d'un avis médical avant la nomination des personnels mais qu'il faut éviter que se mette en place une forme de compétition devant la CME. Le choix d'un collaborateur dans une structure humaine n'est pas un exercice de démocratie mais un exercice de responsabilité.*

**Gilbert Barbier** a estimé nécessaire que les médecins participent pleinement à la vie de l'établissement à travers la CME.

**Alain Vasselle** s'est déclaré d'accord pour maintenir l'avis du seul président de la CME à condition que la commission adopte l'amendement du rapporteur modifiant les conditions de nomination des chefs de pôle.

**Nicolas About, président,** a précisé que le rapporteur soumettra à la commission un amendement imposant la nomination du chef de pôle au sein d'une liste proposée par le président de la CME.

**François Autain** s'est déclaré pour sa part en faveur d'une nomination du président du chef de pôle sur avis conforme du président de la CME.

**Alain Milon, rapporteur,** a regretté que la nouvelle procédure d'examen en commission des projets de loi ne permette pas de percevoir clairement le travail effectué en amont par le rapporteur, les amendements de ce dernier étant noyés parmi tous les autres. Il sera peut-être nécessaire de réexaminer cette situation pour l'avenir, afin que les amendements du rapporteur soient débattus préalablement aux autres amendements pour éviter les débats confus.

**Nicolas About, président,** a déclaré qu'il n'a pas décidé des nouvelles modalités d'examen des projets de loi en commission, qu'il n'a pas souhaité ce mélange de l'ensemble des amendements et qu'il a formulé des propositions fort différentes qui n'ont pas été retenues par le groupe de travail sur la réforme du règlement du Sénat. La commission doit désormais appliquer les règles telles qu'elles sont et tenter de bâtir malgré tout le meilleur texte possible.

<b>Article 6</b> <b>Pouvoirs du directeur et du directoire des établissements publics de santé</b> <b>et contrôle des décisions des établissements publics de santé</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Groupe CRC - SPG	293	Rédactionnel	<b>Rejeté</b>
Groupe socialiste	547	Avis conforme du président de la CME sur la nomination des personnels	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1189	Amendement de conséquence d'amendements ultérieurs relatifs aux sages-femmes	<b>Irrecevabilité art. 40</b>
Kammermann	230	Identique au précédent	<b>Irrecevabilité art. 40</b>
Groupe CRC - SPG	294	Identique au précédent	<b>Irrecevabilité art. 40</b>



*Sur ces trois amendements identiques, **Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a estimé que la transformation des sages-femmes en praticiens hospitaliers ne peut être décidée sans une étude et des débats approfondis compte tenu de ses conséquences très importantes, notamment en termes financiers. Elle s'est, en revanche, déclarée favorable sans réserve à l'« universitarisation » de la profession de sage-femme.*

***Alain Milon, rapporteur**, a souligné que la reconnaissance des cinq années d'études effectuées par les sages-femmes est un élément absolument fondamental.*

***Nicolas About, président**, a alors invoqué l'article 40 de la Constitution sur les trois amendements n<sup>os</sup> 1189, 230 et 294.*

<b>Article 6</b> <b>Pouvoirs du directeur et du directeur des établissements publics de santé</b> <b>et contrôle des décisions des établissements publics de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1190	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	295	Avis de la CME et non de son seul président sur la nomination des personnels	<b>Rejeté</b>
Groupe socialiste	549	Nomination et mise en recherche d'affectation des personnels maïeutiques	<b>Tombe</b>
Groupe UC	137	Autorité du président du directoire sur le comptable public	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	548	Exercice des attributions d'ordonnateur des dépenses et recettes du directeur avec le concours d'un comptable public de proximité	<b>Rejeté</b>
Rapporteur	1191	Rédactionnel de précision	<b>Adopté</b>
Desessard, Voynet, Blandin, Boumediene-Thiery, Muller	6	Avis conforme de la majorité des membres du directoire pour les principales décisions relatives à la politique générale de l'établissement	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	296	Approbation du directoire pour les principales décisions de gestion de l'établissement	<b>Rejeté</b>
P. Blanc, Juillard, J. Blanc	60	Consultation du conseil de surveillance et non des membres du directoire pour les principales décisions de gestion de l'établissement	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	550	Avis conforme du conseil de surveillance pour la conclusion du contrat pluriannuel avec l'ARS et les décisions relatives à la constitution d'une CHT ou d'un groupement d'opérations sanitaires	<b>Rejeté</b>
Laménie	1087	Identique au précédent	<b>Rejeté</b>

*Par son amendement n° 550, **Jacky Le Menn** a souhaité le renforcement des attributions du conseil de surveillance pour éviter qu'il devienne un « conseil croupion ».*

*Alain Milon, rapporteur, a déclaré partager cet objectif mais a fait valoir que le conseil de surveillance n'est en aucun cas un conseil d'administration.*

<b>Article 6</b> <b>Pouvoirs du directeur et du directoire des établissements publics de santé</b> <b>et contrôle des décisions des établissements publics de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Gilles	1037	Avis conforme du conseil de surveillance sur le contrat pluriannuel avec l'ARS	<b>Tombe</b>
Rapporteur	1192	Décision conjointe du directeur et du président de la CME sur la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	<b>Adopté</b>
About, Amoudry, Arthuis, Badré, Biwer, Borotra, Boyer, Deneux, Détraigne, Dini, Dubois, Dupont, Fauchon, Férat, Gaudin, A. Giraud, Goulet, Gourault, Jégou, Kergueris, Maurey, Merceron, Mercier, Morin-Desailly, Pozzo di Borgo, Soulage, Vanlerenberghe ; Zocchetto	93	Transfert au directoire du soin d'arrêter le projet médical d'établissement	<b>Tombe</b>
Leclerc	172	Avis conforme du président de la CME et avis de la CME sur le projet médical d'établissement	<b>Tombe</b>
Barbier	910	Mise en œuvre du projet médical d'établissement et de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins par le directeur sur proposition de la CME	<b>Retiré</b>
Lardeux	46	Proposition par la CME du projet médical d'établissement	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	551	Avis conforme de la CME sur le projet médical d'établissement et décision conjointe du directeur et du président de la CME sur la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	<b>Retiré</b>
Gilles	1038	Décision conjointe du directeur et du président de la CME sur la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	<b>Satisfait</b>
Groupe CRC - SPG	297	Substitution du terme « patient » au terme « usager »	<b>Retiré</b>
Desessard, Voynet, Blandin, Boumediene-Thiery, Muller	7	Définition de la politique environnementale de l'établissement par le directeur	<b>Retiré</b>

<b>Article 6</b> <b>Pouvoirs du directeur et du directoire des établissements publics de santé</b> <b>et contrôle des décisions des établissements publics de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Desessard, Voynet, Cazeau, Le Menn, Alquier, Blondin, Botrel, Campion, Chastang, Cheve, Daudigny, Daunis, Demontès, Durieu, Fauconnier, Fichet, Ghali, Godefroy, Jarraud-Vergnolle, Jeannerot, Lagauche, Printz, Le Texier, Mirassou, Rebsamen, Schilinger, Teulade	986	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	552	Suppression de la définition des modalités d'une politique d'intéressement	<b>Retiré</b>
	553	Détermination du programme d'investissement après débat préalable au sein du conseil de surveillance	<b>Rejeté</b>
Barbier	911	Détermination du programme d'investissement après avis de la CME en ce qui concerne les équipements médicaux	<b>Adopté</b>
Rapporteur	1193	Compétence du directeur pour arrêter le compte financier et le soumettre à l'approbation du conseil de surveillance	<b>Adopté</b>
Leclerc	173	Avis conforme du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical pour arrêter l'organisation interne de l'établissement dans le périmètre universitaire des établissements ayant passé contrat avec leur université	<b>Retiré</b>
Gilles	1039	Avis conforme de la CME sur l'organisation interne de l'établissement	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	298	Prise en compte du projet médical d'établissement pour arrêter l'organisation interne	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	554	Conclusion des contrats de pôle d'activité conjointement avec le président de la CME	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	299	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1194	Amendement de conséquence de l'amendement confiant au conseil de surveillance le pouvoir de décision sur la politique de coopération	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	300	Avis du conseil de surveillance sur la participation à une CHT et à un groupement de coopération sanitaire	<b>Tombe</b>
Gilles	1040	Identique au précédent	<b>Tombe</b>
Desessard, Voynet, Blandin, Boumediene-Thiery, Muller	1001	Compétence du directeur pour faire l'inventaire des matériaux et consommables susceptible de diffuser des perturbateurs endocriniens	<b>Retiré</b>

<b>Article 6</b> <b>Pouvoirs du directeur et du directoire des établissements publics de santé</b> <b>et contrôle des décisions des établissements publics de santé</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Groupe CRC - SPG	301	Approbation du projet d'établissement par le conseil de surveillance	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	555	Respect de la durée légale du travail en l'absence d'accord sur l'organisation du travail	<b>Retiré</b>
	556	Compétence du directeur pour mettre fin aux fonctions d'un praticien après avis du président de la CME en cas de restructuration de l'établissement	<b>Retiré</b>

*La commission a décidé de se réunir le lendemain, jeudi 30 avril 2009, pour poursuivre l'examen des amendements à l'article 6 et aux articles suivants.*

## II. JEUDI 30 AVRIL 2009

*Au cours d'une première réunion tenue dans la matinée, sous la présidence de Nicolas About, président, la commission a poursuivi, sur le rapport d'Alain Milon, l'examen des amendements sur le projet de loi n° 290 (2008-2009), adopté par l'Assemblée nationale, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.*

*Elle a repris ses discussions à l'article 6 du texte.*

<b>Article 6</b>			
<b>Pouvoirs du directeur et du directoire des établissements publics de santé et contrôle des décisions des établissements publics de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1195	Insertion dans le code de la santé publique des dispositions relatives à la nomination du directeur à la suite de l'énoncé de ses compétences et nomination du directeur sur une liste de candidats proposés par le directeur général de l'ARS	Adopté

*Alain Milon, rapporteur, a présenté son amendement n° 1195, visant à préciser dans le code de la santé publique les conditions de nomination des directeurs d'établissements hospitaliers, par cohérence avec des modifications adoptées antérieurement dans le projet de loi.*

*Jacky Le Menn a approuvé l'amendement présenté par le rapporteur et indiqué qu'il retirerait, en conséquence, les amendements déposés par son groupe qui poursuivent le même objectif.*

*Puis la commission a examiné les amendements initialement déposés à l'article 4 mais qui avaient été précédemment réservés pour être intégrés à l'article 6 où ils trouvent mieux leur place.*

<b>Article 4</b>			
<b>Statut et gouvernance des établissements publics de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Hermange, Bout, Debré, Procacia, Henneron, Kammermann, P. Blanc, Rozier, Gournac, Pinton, Giudicelli	41	Obligation pour les directeurs d'établissements hospitaliers d'avoir reçu une double formation en gestion et en médecine	Adopté

*Marie-Thérèse Hermange a indiqué que l'amendement n° 41 tend à ce que les directeurs d'hôpitaux, recrutés parmi les personnels administratifs, suivent une formation médicale, tandis que les directeurs d'hôpitaux, recrutés parmi les personnels médicaux, recevraient une formation en gestion : de cette manière, l'antagonisme trop fréquent entre les personnels administratifs et le corps médical devrait être surmonté.*

<b>Article 4</b>			
<b>Statut et gouvernance des établissements publics de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Gouvernement	1413	Nomination des directeurs de CHU	<b>Satisfait</b>
Gilles	1027	Nomination des directeurs de CHU à vocation nationale	<b>Tombe</b>
Rozier	181	Nomination des directeurs de CHR	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	529	Identique au précédent	<b>Adopté</b>

*Isabelle Debré a indiqué, sur l'amendement n° 181, qu'il n'existe que trois centres hospitaliers régionaux (CHR) dont un, situé à Orléans, accueille 100 000 personnes par an. Il est donc légitime que les directeurs de ces établissements soient nommés dans les mêmes conditions que ceux des CHU.*

<b>Article 4</b>			
<b>Statut et gouvernance des établissements publics de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	530	Nomination des directeurs d'établissements publics de santé après avis et non sur proposition du directeur général de l'ARS	<b>Retiré</b>
Barbier	905	Présentation de plusieurs candidats à la direction d'un établissement public de santé par le directeur général de l'ARS	<b>Satisfait</b>
Groupe socialiste	531	Identique au précédent	<b>Satisfait</b>
Groupe UC	81	Nomination du directeur d'hôpital sur proposition du président du conseil de surveillance	<b>Retiré</b>
	80 rect.	Proposition de trois noms par le président du conseil de surveillance pour la nomination du directeur d'hôpital	<b>Adopté</b>

*Jean-Marie Vanlerenberghe a présenté l'amendement n° 80, qui prévoit que le directeur de l'hôpital sera nommé par le directeur général du centre national de gestion parmi trois candidats présentés par le président du conseil de surveillance.*

*Alain Milon, rapporteur, a souligné que cet amendement doit être rendu compatible avec son amendement n° 1195 qui prévoit que le directeur d'hôpital est nommé parmi les candidats proposés par le directeur général de l'ARS, après avis du président du conseil de surveillance.*

*François Autain a demandé que la loi demande l'avis conforme du président du conseil de surveillance.*

*Marie-Thérèse Hermange a considéré que le conseil de surveillance doit jouer un rôle d'orientation stratégique et qu'il ne devrait pas être lié au choix du directeur.*

*Jean-Marie Vanlerenberghe a répondu que son amendement est proche de celui du rapporteur, mais qu'il vise à préserver une des rares prérogatives du président du conseil de surveillance. Son adoption instaurerait un système proche de celui qui est aujourd'hui appliqué dans les faits.*

*Alain Milon, rapporteur, a contesté cette affirmation dans la mesure où le directeur d'hôpital est aujourd'hui nommé après avis, et non sur proposition, du conseil d'administration.*

*La commission a modifié l'amendement n° 80 et l'a adopté.*

<b>Article 4</b>			
<b>Statut et gouvernance des établissements publics de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Amoudry, Arthuis, Badré, Biwer, Borotra, Boyer, Deneux, Détraigne, Dini, Dubois, Dupont, Fauchon, Férat, Gaudin, A. Giraud, Goulet, Gourault, Jégou, Kergueris, Maurey, Merceron, Mercier, Morin-Desailly, Pozzo di Borgo, Soulage, Vanlerenberghe, Zocchetto	79	Avis conforme du président du conseil de surveillance pour la nomination du directeur d'hôpital	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	532	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
Groupe UC	82	Suppression des modalités particulières de nomination des directeurs d'hôpitaux membres d'une CHT	<b>Satisfait</b>
Groupe socialiste	533	Obligation pour le président du directoire de l'établissement siège de proposer plusieurs candidats pour la nomination du directeur d'un hôpital membre d'une CHT	<b>Retiré</b>
P. Blanc, Juilhard, J. Blanc	59	Accord obligatoire du président du conseil de surveillance pour la nomination du directeur d'hôpital	<b>Retiré</b>

<b>Article 4</b> <b>Statut et gouvernance des établissements publics de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Barbier	906	Avis conforme du président du conseil de surveillance de l'établissement membre pour la nomination du directeur d'un hôpital membre d'une CHT	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	282	Avis du conseil de surveillance et non de son seul président pour la nomination du directeur d'hôpital.	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	534	Avis conforme du conseil de surveillance de l'établissement membre d'une CHT pour la nomination du directeur	<b>Retiré</b>
	535	Avis du conseil de surveillance et non de son seul président pour le retrait d'emploi du directeur d'hôpital	<b>Retiré</b>

*La commission a ensuite repris l'examen des amendements déposés à l'article 6.*

<b>Article 6</b> <b>Pouvoirs du directeur et du directoire des établissements publics de santé et contrôle des décisions des établissements publics de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Gilles	1041	Compétence du directoire après avis de la CME pour arrêter le projet médical d'établissement	<b>Rejeté</b>
Rapporteur	1196	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
Morin-Desailly	1101	Elaboration du projet médical d'établissement par le président de la CME en lien avec le directeur	<b>Rejeté</b>
Groupe socialiste	559	Compétence du président de la CME pour arrêter le projet médical d'établissement	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	304	Préparation du projet médical d'établissement par le président de la CME en concertation avec la CME	<b>Retiré</b>
Groupe UC	94	Avis de la CME sur le projet médical d'établissement	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	558	Compétence du directoire après avis de la CME pour arrêter le projet médical d'établissement	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	302 rect.	Suppression de la référence à l'autorité du directeur pour la coordination de la politique médicale de l'établissement par le président de la CME	<b>Adopté</b>
Barbier	913 rect.	Identique au précédent	<b>Adopté</b>

*Gilbert Barbier a présenté l'amendement n° 913, qui tend à supprimer la disposition selon laquelle le président de la CME coordonne la politique médicale de l'établissement « sous l'autorité » du directeur de*



*l'hôpital. Cette formulation est, en effet, choquante pour les médecins qui se voient ainsi placés sous le contrôle hiérarchique du directeur.*

*Marie-Thérèse Hermange a estimé que, dans sa rédaction actuelle, le projet de loi assure que la mise en œuvre de la politique médicale de l'établissement se fait en cohérence avec la stratégie budgétaire arrêtée par le directeur.*

*Nicolas About, président, a indiqué qu'il ne s'agit pas en l'espèce de la stratégie financière, mais du projet médical, qui est approuvé par le directeur puis intégré dans le projet d'établissement, lui-même soumis au conseil de surveillance. Il est nécessaire que le directeur ait les moyens juridiques d'assurer une mise en œuvre cohérente de ce projet d'établissement.*

*Yves Daudigny s'est déclaré favorable au maintien de la formule dès lors qu'on la modifie pour indiquer que la politique médicale de l'établissement est coordonnée en liaison avec le directeur de l'hôpital.*

*En conséquence, la commission a modifié les amendements de façon à prévoir que le président de la CME coordonne la politique médicale « avec » le directeur de l'hôpital et les a adoptés.*

<b>Article 6</b>			
<b>Pouvoirs du directeur et du directoire des établissements publics de santé et contrôle des décisions des établissements publics de santé</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Rapporteur	1197	Compétence du directoire pour approuver le projet médical	<b>Adopté</b>
Groupe UC	95	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	306	Préparation du projet d'établissement par le directoire en concertation avec la CME	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	560	Préparation du projet d'établissement sur la base du projet médical	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	305	Soumission du projet d'établissement au conseil de surveillance pour délibération	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	561	Avis de la CME et de la commission des soins infirmiers sur la préparation du projet d'établissement	<b>Retiré</b>
	562	Prise en compte du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans la préparation du projet d'établissement	<b>Adopté</b>

*Jacky Le Menn a indiqué que l'amendement n° 562 vise à réintroduire le projet de soins infirmiers dans le projet d'établissement.*

*Alain Milon, rapporteur, a souligné que le chef d'établissement intègre d'ores et déjà le projet de soins infirmiers dans le projet d'établissement et que le texte ne prévoit pas de modifier le droit applicable*

*sur ce point. Il a néanmoins considéré que l'introduction de cette disposition pourrait avoir une vertu pédagogique.*

<b>Article 6</b>			
<b>Pouvoirs du directeur et du directoire des établissements publics de santé et contrôle des décisions des établissements publics de santé</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Rapporteur	1198 rect.	Composition du directoire et ajout d'une référence aux sages-femmes	<b>Adopté</b>
Gouvernement	1414	Composition du directoire des CHU	<b>Satisfait</b>

***Alain Milon, rapporteur,** a indiqué que l'amendement n° 1198, outre des améliorations rédactionnelles, tend à prévoir qu'un représentant des sages-femmes siège au directoire de l'hôpital.*

***François Autain** a estimé que la conséquence logique de l'adoption d'un tel amendement serait l'octroi aux sages-femmes du statut de praticien hospitalier.*

***Gilbert Barbier** s'est dit surpris par cet amendement, qui semble priver le personnel médical de la majorité des sièges au sein du directoire. Il a lui aussi considéré que les sages-femmes demanderont le statut de praticien hospitalier si elles siègent au sein du directoire.*

***Bernard Cazeau** a fait observer que l'amendement n° 1198 prévoit explicitement que le personnel médical est majoritaire au sein du directoire. A son sens, la présence d'un représentant des sages-femmes au sein du directoire n'implique en rien qu'elles bénéficient du statut des praticiens hospitaliers, contrairement à ce qui est allégué.*

***Nicolas About, président,** a indiqué qu'il lui apparaît essentiel de reconnaître le rôle éminent des sages-femmes et a apporté, en conséquence, son soutien à l'amendement présenté par le rapporteur.*

***Gilbert Barbier** a fait remarquer que la rédaction proposée par le rapporteur ne prévoit pas que le président de la CME soit consulté sur la nomination des autres membres du directoire.*

***Nicolas About, président,** a jugé qu'il serait utile que le président de la CME émette un avis au moment de la nomination des membres du directoire, mais aussi au moment de leur révocation, par souci de parallélisme des formes.*

***Alain Milon, rapporteur,** a déclaré partager cette position.*

*Répondant à une suggestion de **Jean-Marie Vanlerenberghe,** **Nicolas About, président,** a estimé qu'une simple information du conseil de surveillance serait suffisante. Il a ensuite indiqué que l'amendement déposé*

par le Gouvernement apporte certaines précisions sur la composition spécifique du directoire des CHU, qui comporterait plusieurs vice-présidents. Il a proposé de modifier en ce sens l'amendement n° 1198 du rapporteur, qui propose une remise en forme bienvenue de l'article L. 6143-7-4 du code de la santé publique, puis de rejeter l'amendement du Gouvernement.

**Marie-Thérèse Hermange** a fait observer que l'amendement du Gouvernement envisage d'instituer un vice-président du directoire chargé de la recherche. Elle s'est interrogée sur les conditions de désignation de ce vice-président à l'AP-HP, qui compte douze facultés de médecine. Elle a ensuite suggéré la création d'un conseil scientifique, considérant que la politique de prospective reste insuffisamment développée dans ce projet de loi.

**Nicolas About, président**, a fait valoir que les dispositions en débat, relatives à la composition du directoire, ont été négociées entre les ministères de l'enseignement supérieur et de la santé et jugé délicat de revenir sur l'équilibre obtenu.

**Gilbert Barbier** a suggéré d'indiquer que le directoire des CHU comporte neuf membres et non « au plus » neuf membres.

La commission a approuvé cette modification, qu'elle a étendue aux sept membres du directoire des autres établissements hospitaliers.

**Marie-Thérèse Hermange** a proposé que le responsable du comité d'éthique de l'hôpital siège également au directoire.

**Nicolas About, président**, a jugé préférable qu'il siège plutôt au conseil de surveillance et a suggéré à Marie-Thérèse Hermange de présenter en séance un amendement en ce sens.

La commission a adopté l'amendement n° 1198, rectifié dans le sens souhaité par ses débats et par l'amendement n° 1414 du Gouvernement.

<b>Article 6</b>			
<b>Pouvoirs du directeur et du directoire des établissements publics de santé et contrôle des décisions des établissements publics de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Gilles	1042	Suppression des limites posées au nombre de membres du directoire	<b>Tombe</b>
Groupe socialiste	564	Précision et assouplissement de la composition du directoire	<b>Retiré</b>
Rozier	182	Assimilation des CHR aux CHU pour la composition du directoire	<b>Rejeté</b>
Groupe socialiste	557	Identique au précédent	<b>Rejeté</b>
Groupe CRC - SPG	307	Représentation des membres du personnel au sein du directoire assurée pour moitié au moins par des chefs de pôle	<b>Rejeté</b>
Groupe UC	90	Proposition du conseil de surveillance pour la nomination des membres du directoire	<b>Retiré</b>

<b>Article 6</b> <b>Pouvoirs du directeur et du directoire des établissements publics de santé</b> <b>et contrôle des décisions des établissements publics de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Morin-Desailly	1100	Nomination des autres membres du directoire sur proposition du président de la CME	<b>Retiré</b>
Lardeux	47	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
Barbier	914	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	565	Nomination des autres membres du directoire en accord avec le président de la CME	<b>Retiré</b>
Morin-Desailly	1103	Nomination des autres membres du directoire conjointement avec le président de la CME	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	563	Nomination et révocation des membres du directoire après avis de la CME et non de son seul président	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	308	Nomination des membres du directoire après avis conforme de la CME	<b>Rejeté</b>
	309	Fin des fonctions des membres du directoire après avis conforme du conseil de surveillance	<b>Rejeté</b>
Groupe socialiste	566	Fin des fonctions des membres du directoire après avis du conseil de surveillance	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	303	Fin des fonctions des membres du directoire après avis conforme du conseil de surveillance	<b>Rejeté</b>
Barbier	915	Fin des fonctions des membres du directoire après avis conforme de la CME	<b>Rejeté</b>
Groupe socialiste	567	Prise en compte des sages-femmes pour la fin des fonctions des membres du directoire	<b>Satisfait</b>
Gilles	1043	Mention du président du comité de coordination de l'enseignement médical et du vice-président de la CME parmi les membres du directoire des CHU	<b>Satisfait</b>
Rapporteur	1199	Coordination	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	310	Publicité des délibérations du conseil de surveillance relatives au projet d'établissement, aux comptes financiers, à la création de fonctions hospitalières	<b>Rejeté</b>

*François Autain a expliqué que l'amendement n° 310 vise à rendre publiques les délibérations les plus importantes du directoire, dans un souci de plus grande transparence.*

*Jacky Le Menn a fait observer que ces délibérations sont déjà consignées dans un registre que le public peut consulter.*

*Alain Milon, rapporteur, a indiqué que l'obligation de rendre publiques ces délibérations engendrerait des coûts supplémentaires pour les hôpitaux.*

*Paul Blanc* a mis en garde contre le risque que des associations ou des particuliers attaquent en justice les établissements hospitaliers s'ils considèrent que la publicité des délibérations n'est pas correctement assurée.

*Gilbert Barbier* s'est dit réservé quant à l'éventuelle divulgation de décision à caractère nominatif.

*Nicolas About, président*, a estimé que l'amendement est en fait largement redondant dans la mesure où ces délibérations sont déjà communicables au public.

La commission a rejeté l'amendement n° 310.

Article 6			
Pouvoirs du directeur et du directoire des établissements publics de santé et contrôle des décisions des établissements publics de santé			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1200	Coordination	Retiré

*Puis la commission a adopté l'article 6 dans la rédaction résultant de ses travaux.*

Article additionnel après l'article 6			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Gouvernement	1415	Convention hospitalo-universitaire, prise en compte dans le projet d'établissement de la convention hospitalo-universitaire, prise en compte par le contrat quadriennal de l'université de la convention hospitalo-universitaire, approbation de la convention hospitalo-universitaire par le président de l'université	Rejeté

*Marie-Thérèse Hermange* a estimé que cet article additionnel renforce le lien entre l'hôpital et la recherche. Elle a cependant regretté que son premier volet ne fasse référence qu'à la seule recherche biomédicale, ce qui lui paraît trop restrictif.

*Nicolas About, président*, a fait observer que cet amendement, intéressant sur le fond, pose des problèmes rédactionnels en ce qu'il ne prévoit pas comment il s'intègre au texte du projet de loi. Il a donc proposé à la commission son rejet, ce qui permettra au Gouvernement de parfaire sa rédaction d'ici le passage du texte en séance publique.

*Gilbert Barbier* a fait part de ses réserves sur le fond de ces propositions : le ministre ne cherche-t-il pas à faire financer la recherche par la sécurité sociale ?

*François Autain a estimé que la question des CHU aurait mérité l'élaboration d'un projet de loi distinct.*

*Jacky Le Menn s'est déclaré disposé à suivre la proposition du président de la commission, à condition qu'il soit bien clair que ce rejet est motivé par des considérations rédactionnelles et non par un désaccord de fond.*

*Isabelle Debré a souligné le caractère interministériel de ce dispositif et a regretté que la commission n'ait pas entendu sur ce point Valérie Pécresse, ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche.*

*Alain Milon, rapporteur, s'est à son tour prononcé en faveur du rejet de cet amendement dans sa rédaction actuelle.*

Article 7 Nomination et gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1284	Rédactionnel et de précision juridique	Adopté
Groupe CRC - SPG	311	Formation des directeurs d'établissement non fonctionnaires similaire à celle des directeurs élèves	Rejeté

*François Autain a indiqué que l'amendement n° 311 vise à préciser quelle formation doit être dispensée aux directeurs d'hôpitaux qui ne sont pas anciens élèves de l'école des hautes études en santé publique (EHESP).*

*Alain Milon, rapporteur, s'est déclaré défavorable à cet amendement qui aboutirait à faire suivre à ces directeurs d'hôpitaux la totalité de la scolarité dispensée par l'EHESP.*

*François Autain a répondu que les directeurs recrutés en dehors des anciens élèves de l'EHESP ne présentent pas toujours, selon lui, des garanties suffisantes de professionnalisme.*

*Marie-Thérèse Hermange a considéré que les directeurs d'hôpitaux doivent avoir une formation médicale minimale.*

Article 7 Nomination et gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe CRC - SPG	312	Interdiction pour les directeurs d'établissement non fonctionnaires d'exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé privé, dans un délai de cinq ans suivant leur départ de l'établissement public dans lequel ils exerçaient précédemment	Rejeté

<b>Article 7</b>			
<b>Nomination et gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1285	Coordination et de précision juridique	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	313	Avis du conseil de surveillance sur le détachement des directeurs d'établissement sur un contrat de droit public	<b>Rejeté</b>
Groupe socialiste	568	Evaluation des pratiques professionnelles des cadres de direction des établissements publics de santé	<b>Retiré</b>

*Jacky Le Menn a indiqué que l'amendement n° 568 tend à prévoir une évaluation régulière des pratiques professionnelles des cadres de direction des établissements de santé.*

*Alain Milon, rapporteur, a estimé que cet amendement, à la rédaction imprécise, est satisfait par les dispositions en vigueur qui organisent déjà l'évaluation de ces professionnels. Il a ajouté que ces mesures sont, par ailleurs, de nature réglementaire.*

<b>Article 7</b>			
<b>Nomination et gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1286	Coordination	<b>Adopté</b>

*La commission a adopté l'article 7 dans la rédaction résultant de ses travaux puis l'article 7 bis sans modification.*

<b>Article 8</b>			
<b>Organisation interne des établissements publics de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1287	Constitution des pôles d'activité en structures internes	<b>Adopté</b>
	1288	Nomination des chefs de pôles par le directeur sur une liste élaborée par le président de la CME	<b>Adopté</b>

*Alain Milon, rapporteur, a indiqué que l'amendement n° 1287 tend à préciser que les pôles comportent, en leur sein, des services hospitaliers. Cette précision, qui figure actuellement dans le code de la santé publique, n'est en effet pas reprise dans le projet de loi.*

*François Autain a proposé d'apporter deux modifications à cet amendement : d'abord, pour indiquer que la création des pôles n'est pas obligatoire, ensuite, pour préciser que les pôles comportent obligatoirement différents services.*

*Nicolas About, président, a fait observer que le code de la santé publique dispose déjà que les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne. Il a donc jugé inutiles les compléments suggérés par François Autain.*

<b>Article 8</b>			
<b>Organisation interne des établissements publics de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe CRC - SPG	315	Organisation des pôles d'activité autour de services	<b>Retiré</b>
Gilles	1044	Organisation de l'établissement en pôles d'activité	<b>Tombe</b>
Leclerc	174	Détermination du périmètre universitaire des CHU par le directeur, après avis conforme du président de la CME, du directeur de l'UFR ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical	<b>Tombe</b>
Groupe CRC - SPG	314	Avis conforme de la CME sur l'organisation de l'établissement en pôles d'activité	<b>Rejeté</b>
Leclerc	175	Avis conforme du président de la CME sur la nomination des chefs de pôles d'activité	<b>Tombe</b>
Groupe socialiste	569	Nomination des chefs de pôles par le directeur et le président de la CME et, dans les CHU, par le directeur de l'UFR	<b>Retiré</b>
Gilles	1045	Nomination des chefs de pôles par le directeur et le président de la CME	<b>Tombe</b>
Barbier	916	Nomination des chefs de pôles sur proposition de la CME	<b>Satisfait</b>
Morin-Desailly	1097	Proposition par le président de la CME des personnalités susceptibles d'être nommées chef de pôle	<b>Tombe</b>
Rapporteur	1289	Nomination des chefs de pôles des CHU par le directeur, à partir d'une liste présentée par le président de la CME, après avis du directeur de l'UFR ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical	<b>Adopté</b>
Morin-Desailly	1098	Nomination des chefs de pôles des CHU, après proposition du président de la CME et après avis du directeur de l'UFR ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical	<b>Satisfait</b>
Groupe socialiste	570	Avis conforme du directeur de l'UFR ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical sur la nomination des chefs de pôles	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1290	Signature des contrats de pôles par le chef de pôle, le directeur d'établissement, le président de la CME et, dans les CHU, le directeur de l'UFR	<b>Adopté</b>



<b>Article 8</b>			
<b>Organisation interne des établissements publics de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	571	Avis conforme du président de la CME et, dans les CHU, du directeur de l'UFR en préalable à la signature des contrats de pôle	<b>Retiré</b>

*Jacky Le Menn a indiqué que l'amendement n° 571 tend à subordonner la signature du contrat de pôle à l'avis conforme du président de la CME.*

*Après qu'Alain Milon, rapporteur, a souligné que l'amendement n° 1290 prévoit déjà que le contrat de pôle doit être signé par le président de la CME, Jacky Le Menn a accepté de retirer son amendement.*

<b>Article 8</b>			
<b>Organisation interne des établissements publics de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Gilles	1046	Signature des contrats de pôles par le chef de pôle, le directeur, le président de la CME et, dans les CHU, le directeur de l'UFR	<b>Satisfait</b>
Groupe CRC - SPG	316	Co-signature du contrat de pôle par le directeur et le président de la CME	<b>Satisfait</b>
Groupe UC	91	Signature du contrat de pôle par le directeur et le chef de pôle après avis de la CME	<b>Satisfait</b>
Morin-Desailly	1099	Avis de la CME sur le contrat de pôle	<b>Satisfait</b>
Gilles	1047	Constitution des pôles d'activité en services	<b>Satisfait</b>
Rapporteur	1291	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
Barbier	917	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	572	Association de la direction des soins à la gestion des pôles	<b>Retiré</b>

*Jacky Le Menn a indiqué que l'amendement n° 572 tend à préciser les conditions de collaboration entre le chef de pôle et la direction des soins.*

*Alain Milon, rapporteur, a estimé que cet amendement est satisfait par les dispositions du projet de loi ainsi que par des dispositions réglementaires édictées en 2002.*

Article 8 Organisation interne des établissements publics de santé			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	573	Mise en œuvre du contrat de pôle dans le respect des droits du patient	<b>Rejeté</b>
Kammermann	231	Présence obligatoire d'une sage-femme parmi les collaborateurs du chef de pôle dès lors que le pôle comporte une unité obstétricale	<b>Adopté</b>
Chevé, Le Menn, Schillinger, Printz	1114	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Rapporteur	1292	Identique au précédent	<b>Adopté</b>

*Nicolas About, président, a indiqué que ces trois amendements poursuivent le même objectif : imposer qu'une sage-femme figure parmi les collaborateurs du chef de pôle dès lors que le pôle comporte un service d'obstétrique.*

*A Gilbert Barbier qui s'interrogeait sur la pertinence de cet ajout, Nicolas About, président, a répondu que les sages-femmes sont, en pratique, toujours exclues de ces fonctions.*

*Gilbert Barbier s'est étonné que le projet de loi ne comporte de précisions au sujet des collaborateurs des chefs de pôle qu'au profit des sages-femmes. Pourquoi ne pas préciser, par exemple, qu'un anesthésiste doit être collaborateur du chef de pôle lorsque le pôle comporte un service de réanimation ?*

*Nicolas About, président, a fait observer que le problème n'est pas le même puisqu'un anesthésiste peut devenir chef de pôle et s'est indigné d'une forme d'ostracisme qu'il a cru percevoir chez certains à l'égard des sages-femmes.*

Article 8 Organisation interne des établissements publics de santé			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	574	Modalités d'association et d'expression des personnels médicaux et non médicaux au sein des pôles	<b>Retiré</b>

*Jacky Le Menn a expliqué que l'amendement n° 574 tend à préciser les conditions d'expression du personnel au sein des conseils de pôle.*

*Après qu'Alain Milon, rapporteur, a indiqué que cette question relève du règlement intérieur du conseil de pôle, Jacky Le Menn a accepté de retirer cet amendement.*

<b>Article 8</b>			
<b>Organisation interne des établissements publics de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Procaccia	32	Honoraires des professionnels de santé libéraux admis à participer aux missions de l'établissement public de santé et limitation de l'activité de ces derniers au tiers de l'activité totale de l'établissement pour ladite discipline ou spécialité	<b>Retiré</b>

*Catherine Procaccia a indiqué que l'amendement n° 32 vise à répondre à une préoccupation des petits établissements hospitaliers publics qui craignent de ne pouvoir exiger des médecins libéraux qu'ils emploient le paiement d'une redevance.*

*Alain Milon, rapporteur, a expliqué que le paragraphe II de l'article 8 prévoit que les praticiens libéraux intervenant dans un établissement public de santé devront s'acquitter d'une redevance, sauf s'ils interviennent au domicile des patients usagers de l'établissement public concerné. Dans ce cas, en effet, l'établissement ne leur fournit aucune prestation puisque leur activité s'exerce à domicile.*

*Catherine Procaccia s'est déclarée satisfaite des explications du rapporteur et a accepté de retirer son amendement.*

<b>Article 8</b>			
<b>Organisation interne des établissements publics de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1293	Admission des professionnels de santé libéraux au sein des établissements publics de santé par le directeur, sur proposition du président de la CME, après avis du chef de pôle	<b>Adopté</b>
Gilles	1048	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Morin-Desailly	1102	Avis du président de la CME sur la participation des professionnels de santé libéraux aux missions des établissements publics de santé	<b>Satisfait</b>
Groupe socialiste	575	Admission des professionnels de santé libéraux par le directeur, sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la CME	<b>Satisfait</b>
Groupe UC	92	Avis de la CME sur le recrutement de professionnels de santé libéraux	<b>Satisfait</b>
Leclerc	176	Création d'un contrat rémunérant de façon spécifique l'activité clinique des médecins hospitalo-universitaires	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	576	Application des honoraires du secteur 1 aux professionnels de santé libéraux admis à participer aux missions des établissements publics de santé et paiement d'une redevance	<b>Retiré</b>

*Jacky Le Menn a indiqué que l'amendement n° 576 tend à appliquer les honoraires du secteur 1 aux médecins libéraux admis à participer à l'exercice des missions d'un établissement public de santé.*

*Alain Milon, rapporteur, a rappelé que l'objectif du paragraphe II de l'article 8 est de favoriser la participation des professionnels de santé libéraux aux missions des établissements publics de santé. Les praticiens pourront négocier librement leurs honoraires avec l'établissement qui les admet en son sein. Il a estimé que la mesure risque de perdre son caractère incitatif si les honoraires de ces professionnels sont limités à ceux du secteur 1.*

<b>Article 8</b>			
<b>Organisation interne des établissements publics de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	577	Possibilité d'une action récursoire envers les professionnels de santé libéraux participant aux missions des établissements publics de santé	<b>Retiré</b>

*Alain Milon, rapporteur, a considéré que l'amendement n° 577 est satisfait : un établissement de santé peut toujours engager une action en justice contre un professionnel avec lequel il est lié par contrat.*

<b>Article 8</b>			
<b>Organisation interne des établissements publics de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1294	Conservation des dispositions de l'article L. 6146-7 du code de la santé publique selon lesquelles les sages-femmes sont responsables de l'organisation générale des soins et des actes obstétricaux relevant de leur compétence	<b>Adopté</b>
Kammermann	233	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Chevé, Le Menn, Schillinger, Printz	1115	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Leclerc	179	Responsabilité du directeur de l'UFR ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical dans les contrats d'enseignement et de recherche passés entre sa faculté et des structures extra-CHU de la région	<b>Retiré</b>

*La commission a ensuite adopté l'article 8 dans la rédaction résultant de ses travaux.*

<b>Article 8 bis Coordination</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Pozzo di Borgo	157	Rétablissement du régime dérogatoire de tutelle de l'AP-HP	<b>Rejeté</b>
Vasselle	958	Identique au précédent	<b>Rejeté</b>
Hermange, B.Dupont	1013	Maintien du régime dérogatoire de tutelle de l'AP-HP et composition de son conseil de surveillance	<b>Rejeté</b>

*Marie-Thérèse Hermange a souligné que l'AP-HP dispose d'établissements en province et qu'elle exerce aussi des activités à l'international. Elle s'est donc déclarée défavorable à ce que l'AP-HP soit soumise à la seule tutelle de l'ARS d'Ile-de-France. L'amendement n° 1013 prévoit donc une tutelle conjointe, exercée par l'ARS et par les ministères concernés.*

*Alain Milon, rapporteur, a souhaité que l'article 8 bis, inséré par l'Assemblée nationale, ne soit pas modifié ; il a estimé que l'adoption de l'amendement n° 1013 affaiblirait la position de l'ARS d'Ile-de-France. Il s'est, en conséquence, déclaré hostile à l'adoption de cet amendement, ainsi qu'à celle des amendements de suppression de l'article nos 157 et 958.*

*La commission a rejeté ces trois amendements et **adopté les articles 8 bis, puis 8 ter, sans modification.***

<b>Articles additionnels après l'article 8 ter</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Leclerc	177	Création d'une habilitation spécifique pour diriger un pôle ou un service appartenant au périmètre universitaire d'un CHU	<b>Retiré</b>
	178	Déclaration annuelle sur la répartition du temps de travail des médecins hospitalo-universitaires	<b>Retiré</b>
	178 bis	Création d'un statut unique d'enseignant hospitalo-universitaire	<b>Retiré</b>

*Au cours d'une seconde réunion tenue dans l'après-midi, sous la présidence de Nicolas About, président, la commission a poursuivi, sur le rapport d'Alain Milon, l'examen des amendements sur le projet de loi n° 290 (2008-2009), adopté par l'Assemblée nationale, portant **réforme de l'hôpital et relatif aux patients**, à la **santé** et aux **territoires**.*

*Elle a repris ses travaux à l'article 9.*

<b>Article 9</b> <b>Certification des comptes des établissements de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe CRC - SPG	317	Extension du principe de la certification des comptes à tous les établissements de santé	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	578	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1346	Précision rédactionnelle et intervention du commissaire aux comptes	<b>Adopté</b>
Gilles	1049	Elargissement de la certification des comptes à tous les établissements publics de santé	<b>Rejeté</b>
	1050	Certification des comptes dès 2011	<b>Rejeté</b>

***La commission a adopté l'article 9 dans la rédaction résultant de ses travaux.***

<b>Article 9 bis</b> <b>Agence nationale d'appui à la performance</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Payet	151	Participation de la mutualité française à l'Anap	<b>Rejeté</b>
Gournac	205	Identique au précédent	<b>Rejeté</b>
Rapporteur	1309	Rédactionnelle	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	579	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Rapporteur	1310	Suppression de la mention explicite de la possibilité de choisir le président de l'Anap parmi les parlementaires	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	318	Emploi d'agents contractuels de droit public sur des contrats à durée indéterminée	<b>Rejeté</b>

***La commission a adopté l'article 9 bis dans la rédaction résultant de ses travaux.***

<b>Article 10</b> <b>Nouveau cadre d'emploi de praticien contractuel pour les médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes recrutés par les établissements publics de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1201	Statut de praticien hospitalier pour les sages-femmes	<b>Irrecevabilité art. 40</b>
Kammermann	234	Identique au précédent	<b>Irrecevabilité art. 40</b>

Article 10 Nouveau cadre d'emploi de praticien contractuel pour les médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes recrutés par les établissements publics de santé			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Chevé, Le Menn, Schillinger, Printz	1116	Identique au précédent	Irrecevabilité art. 40
Rapporteur	1202	Rédactionnel	Adopté
	1203	Statut de praticien hospitalier pour les sages-femmes, coordination	Irrecevabilité art. 40
Morin-Desailly	1103	Avis du président de la CME préalable au recrutement des praticiens libéraux	Rejeté
Groupe socialiste	580	Recrutement et rémunération des praticiens libéraux	Retiré

*Jacky Le Menn a indiqué que l'amendement n°580 a principalement pour objet de prévoir que le recrutement de praticiens libéraux sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus devait se faire après consultation du directoire et avis de la commission médicale d'établissement et du président du conseil de surveillance.*

*En rappelant que le président de la CME participe au directoire, **Nicolas About, président**, ne s'est pas déclaré favorable à cet ajout afin que les procédures restent efficaces et rapides.*

Article 10 Nouveau cadre d'emploi de praticien contractuel pour les médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes recrutés par les établissements publics de santé			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1204	Suppression de la dénomination « cliniciens hospitaliers »	Adopté

*François Autain a indiqué qu'au-delà de la question de la dénomination de ces praticiens, le véritable problème sera la différence de rémunération.*

Article 10 Nouveau cadre d'emploi de praticien contractuel pour les médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes recrutés par les établissements publics de santé			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1205	Affirmation des principes déontologiques	Adopté
Lardeux	48	Identique au précédent	Adopté
Groupe socialiste	581	Identique au précédent	Adopté

*A l'occasion de l'examen de ces amendements, **Gilbert Barbier** a regretté que le projet de loi n'aborde pas le problème des médecins étrangers recrutés sur des postes d'infirmiers ou de brancardiers. A cet égard, **Nicolas About, président**, a mis en parallèle la faiblesse du numerus clausus national et le recrutement de ces médecins étrangers.*

<b>Article 10</b>			
<b>Nouveau cadre d'emploi de praticien contractuel pour les médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes recrutés par les établissements publics de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Kammermann	235	Statut des sages-femmes, coordination	<b>Irrecevabilité art. 40</b>
Chevé, Le Menn, Schillinger, Printz	1117	Identique au précédent	<b>Irrecevabilité art. 40</b>
Rapporteur	1206	Suppression de l'insertion dans le code de la santé publique d'une mission particulière du centre national de gestion	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	582	Détachement des praticiens	<b>Tombe</b>

***Jacky Le Menn** a précisé que l'amendement n° 582 a pour objet de permettre une continuité de gestion de la carrière, par le centre national de gestion, pour les praticiens statutaires demandant un détachement sur des pôles présentant une difficulté particulière à être pourvus.*

<b>Article 10</b>			
<b>Nouveau cadre d'emploi de praticien contractuel pour les médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes recrutés par les établissements publics de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1207	Clause de non-concurrence des praticiens libéraux à l'égard de l'établissement public de santé qu'ils quittent	<b>Retiré</b>

***Alain Milon, rapporteur**, sensible aux arguments précédemment développés par la ministre, a retiré l'amendement n° 1207.*



<b>Article 10</b> <b>Nouveau cadre d'emploi de praticien contractuel pour les médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes recrutés par les établissements publics de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1208	Statut des sages-femmes, coordination	<b>Irrecevabilité art. 40</b>
Kammermann	236	Identique au précédent	<b>Irrecevabilité art. 40</b>
Chevé, Le Menn, Schillinger, Printz	1118	Identique au précédent	<b>Irrecevabilité art. 40</b>
Procaccia	33	Suppression de la condition de nationalité pour l'exercice de la médecine en cas de cursus entièrement effectué en France	<b>Adopté</b>
Payet	192	Dispense de justification de la maîtrise de la langue française	<b>Rejeté</b>

*Alain Milon, rapporteur, a proposé de rejeter l'amendement n° 192, car il relève du niveau réglementaire. Nicolas About, président, a confirmé que l'on constate parfois un véritable problème de maîtrise de la langue française par les médecins étrangers exerçant en France.*

<b>Article 10</b> <b>Nouveau cadre d'emploi de praticien contractuel pour les médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes recrutés par les établissements publics de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	583 Rect	Dispense des épreuves de vérification des connaissances pour les médecins et pharmaciens titulaires d'un diplôme obtenu en France et y ayant exercé	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	319 Rect	Identique au précédent	<b>Adopté</b>

*Jacky Le Menn a indiqué que l'amendement n° 583 prévoit de dispenser les médecins et les pharmaciens de nationalité étrangère titulaires d'un diplôme inter-universitaire de spécialisation (DIS) des épreuves de vérification des connaissances linguistiques, s'ils justifient de fonctions médicales rémunérées au cours des deux années précédentes.*

*Gilbert Barbier a fait observer que cette formulation, dans la rédaction proposée, intègre les DIS obtenus à l'étranger.*

*Avec l'accord de François Autain, qui présentait un amendement identique, Nicolas About, président, a proposé de préciser que le diplôme doit avoir été obtenu en France et que les praticiens doivent également y avoir exercé. Les amendements ont été adoptés ainsi rectifiés.*

<b>Article 10</b> <b>Nouveau cadre d'emploi de praticien contractuel pour les médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes recrutés par les établissements publics de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Payet	193	Nombre de présentations possibles aux épreuves de vérification des connaissances	<b>Rejeté</b>
Rapporteur	1209	Droit d'option pour les sages-femmes	<b>Irrecevabilité art. 40</b>

*La commission a adopté l'article 10 dans la rédaction résultant de ses travaux.*

<b>Article additionnel après l'article 10</b> <b>Praticiens hospitaliers venant travailler outre-mer</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Michaux-Chevry	867	Amélioration du statut des praticiens hospitaliers outre-mer	<b>Irrecevabilité art 40</b>

<b>Article 11</b> <b>Simplification du régime relatif aux cessions immobilières, baux et contrats de partenariat ; données informatiques ; commissions administratives paritaires</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1347	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	584	Simplification de l'application du code des marchés publics	<b>Retiré</b>

*La commission a adopté l'article 11 dans la rédaction résultant de ses travaux.*

<b>Article additionnel après l'article 11</b> <b>Politique d'intéressement</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe UC	138	Possibilité d'instaurer une politique d'intéressement du personnel dans les établissements publics de santé	<b>Retiré</b>

*La commission est ensuite passée à l'examen des amendements déposés à l'article 12 relatif aux communautés hospitalières de territoire.*

*En regrettant que le projet de loi s'écarte de la conception de la communauté hospitalière de territoire (CHT) préconisée par le rapport Larcher, **Alain Milon, rapporteur**, a présenté les principales modifications qu'il propose d'apporter à l'article 12, qui organise cette nouvelle forme de coopération entre établissements publics de santé. Il a précisé que ces modifications n'ont pas à ce stade l'assentiment de la ministre.*

*Leur objectif principal est de lever les ambiguïtés sur la nature juridique des CHT, d'affirmer leur nature conventionnelle pour laisser à chaque communauté la liberté de définir son organisation et ses méthodes de travail et, enfin, de supprimer la notion d'établissement siège qui serait destiné à devenir le chef de file de la CHT. Il est en effet essentiel de revenir à l'esprit du rapport Larcher, qui met en exergue le volontariat et l'égalité de traitement entre les différents partenaires. Si l'un des établissements a vocation à jouer le rôle de référent, cette réalité s'imposera d'elle-même et il n'est nul besoin de l'inscrire dans la loi.*

*Concrètement, il propose une nouvelle rédaction des dispositions de cet article pour prévoir que la convention constitutive sera préparée par les directeurs et les présidents de CME et approuvée par les conseils de surveillance des établissements concernés, après information des différents comités techniques. La convention sera ensuite soumise pour avis au préfet de région et transmise au directeur général de l'ARS, qui pourra demander des modifications si elle ne correspond pas aux besoins et aux exigences d'accessibilité prévus dans le schéma régional d'organisation des soins (Sros). Ainsi, il ne sera pas possible d'imposer une CHT de l'extérieur ou de la voir pilotée par un chef de file monopolisant tous les pouvoirs.*

*Ensuite, il s'agit d'organiser une procédure de résiliation de la convention, soit par délibération concordante des conseils de surveillance des établissements de la CHT, soit sur demande motivée de la majorité de ces conseils, soit par le directeur général de l'ARS en cas de non-application de ladite convention.*

*Enfin, il est important de conserver les incitations financières prévues pour favoriser la création et le développement des CHT.*

***Nicolas About, président**, a approuvé ces propositions, cohérentes avec celles du rapport Larcher, mais à la condition que l'ARS conserve des pouvoirs spécifiques en cas de mise en danger de la santé des personnes et en cas de situation financière très dégradée de tel ou tel établissement. Il s'est déclaré favorable au retour à l'esprit de volontariat qui est essentiel au bon fonctionnement de ces communautés.*

**Dominique Leclerc** a abondé dans ce sens, en souscrivant à l'idée d'un cadre réellement conventionnel, car il existe déjà des réseaux de moyens ou de répartition des spécialités qui fonctionnent très bien selon un mode souple et volontaire.

**Marie-Thérèse Hermange** a souligné que le volontariat est parfois insuffisant pour faire avancer les choses et s'est interrogée sur la définition du territoire de ces communautés.

**François Autain** a fait part de son pessimisme quant aux résultats, si les procédures sont uniquement fondées sur le volontariat. Il existe déjà des possibilités de partenariat mais qui ont très peu fonctionné. Dans ces conditions, la véritable question est, en réalité, celle des incitations financières offertes pour la création des communautés.

**Guy Fischer** a craint que la création des CHT ne cache en fait des fermetures ou des restructurations d'établissements, ce qui aura des conséquences néfastes sur l'emploi.

Evoquant la situation américaine où, pour certaines spécialités, il n'existe qu'un centre par Etat, **Nicolas About, président**, a mis en avant le problème de compétences que peut poser une trop grande dispersion : l'amélioration de la pratique médicale dans certaines spécialités, qui est une préoccupation de santé publique, peut parfois passer par une concentration des centres de soins.

Article 12 Communautés hospitalières de territoire (CHT)			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1210 Rect	Définition des CHT	Adopté

**Jacky Le Menn** a considéré que l'amendement n° 1210 insiste sur des points clés : le volontariat et l'absence de dépendance entre les établissements parties à la CHT. Il a également approuvé l'idée d'un établissement « référent », nettement préférable à celle d'un établissement leader qui imposerait son organisation et ses décisions aux autres partenaires de la communauté.

**Marie-Thérèse Hermange** a mis en avant l'importance des relations humaines et des personnalités dans ce type de partenariat ; ce seront elles qui sont déterminantes dans le bon fonctionnement d'une telle communauté.

**Muguette Dini** a également considéré qu'il est préférable d'offrir une faculté dont se saisiront les acteurs locaux, plutôt que de les contraindre à coopérer.

<b>Article 12</b> <b>Communautés hospitalières de territoire (CHT)</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	585	Reconnaissance de la place des établissements médico-sociaux	<b>Satisfait</b>
Groupe CRC - SPG	320	Prise en compte des besoins de santé de la population	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	586	Prise en compte des besoins de la population et de la situation des territoires	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1348	Promotion de la télémédecine	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	587 Rect	Insertion de la notion d'exception géographique	<b>Adopté</b>

*Par l'amendement n° 587, **Jacky Le Menn** a souhaité que l'on souligne l'importance de prendre en compte les particularités de certains territoires et la dimension sociale pour la constitution des CHT.*

***Alain Milon, rapporteur**, a approuvé l'insertion de cette notion d'exception géographique, mais a souhaité retirer du texte de l'amendement la référence à la dimension sociale des populations concernées, dès lors que cet aspect est déjà pris en considération par le texte.*

*A l'occasion de l'examen de cet amendement, **Gilbert Barbier** a relevé qu'il serait préférable de parler de coopération hospitalière de territoire plutôt que de communauté.*

***Marie-Thérèse Hermange** a également proposé de prendre en compte les problèmes thérapeutiques spécifiques de certaines populations.*

***Alain Milon, rapporteur**, a précisé que la convention constitutive prendrait naturellement en compte les spécialités médicales et l'aspect thérapeutique.*

<b>Article 12</b> <b>Communautés hospitalières de territoire (CHT)</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	588	Conditions géographiques et sociales propres à certains territoires	<b>Satisfait</b>
Rapporteur	1211	Elaboration, approbation et application de la convention constitutive	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	589	Avis des représentants de l'Etat dans les régions concernées	<b>Tombe</b>
Groupe CRC - SPG	321	Consultation des conseils de surveillance	<b>Retiré</b>

<b>Article 12</b> <b>Communautés hospitalières de territoire (CHT)</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Desessard, Voynet, Blandin, Boumediene-Thiery, Muller	8	Consultation des conseils régionaux	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	590	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
P. Blanc, Juilhard, J. Blanc	62	Consultation des comités de massif sur le projet de création d'une CHT	<b>Satisfait</b>
Groupe CRC - SPG	323	Identique au précédent	<b>Satisfait</b>
Groupe socialiste	591	Identique au précédent	<b>Satisfait</b>

*Alain Milon, rapporteur, a indiqué que l'adoption de l'amendement n° 587 rectifié permet de prendre en compte la dimension géographique, ce qui satisfait les amendements n<sup>os</sup> 62, 323 et 591.*

<b>Article 12</b> <b>Communautés hospitalières de territoire (CHT)</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1212	Avis des préfets de région et appréciation du directeur général de l'ARS sur la convention de la CHT	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	592	Avis conforme des conseils de surveillance pour la constitution des CHT et pour le transfert de compétences, d'autorisations ou d'équipements	<b>Satisfait</b>
Barbier	918	Identique au précédent	<b>Satisfait</b>
Groupe UC	86	Identique au précédent	<b>Satisfait</b>
Groupe CRC - SPG	322	Identique au précédent	<b>Satisfait</b>
Barbier	919	Validation de la convention par l'ensemble des CME	<b>Satisfait</b>
Rapporteur	1213	Conditions de réalisation des transferts d'activités et d'équipements soumis à autorisation	<b>Adopté</b>

*A cet instant du débat, Isabelle Debré a fait valoir qu'il serait nécessaire que la ministre soit présente compte tenu de l'ampleur des modifications envisagées par le rapporteur. Dès lors que le Sénat débattrait sur le texte de la commission, il sera difficile aux sénateurs de déposer des amendements cohérents si le Gouvernement souhaite, de son côté, rétablir son texte initial.*

*Gilbert Barbier a confirmé cette analyse, en s'interrogeant sur le droit d'amendement des parlementaires dans ce cas.*

*Yves Daudigny a soutenu que le rôle de la commission n'est pas la recherche du compromis avec le Gouvernement et qu'en tout état de cause, ce sont les parlementaires qui voteront le projet de loi.*

*Nicolas About, président, a indiqué que le dépôt d'un amendement par le Gouvernement ouvre le droit de sous-amendement à tout moment ; il demanderait alors une suspension de séance pour que la commission puisse examiner l'amendement et les sous-amendements. De plus, les parlementaires pourront tous déposer des amendements en vue de la séance publique, à partir du texte adopté par la commission.*

*Il a plus largement considéré que les parlementaires jouent pleinement leur rôle de législateur lorsqu'ils amendent un projet de loi. Si le Conseil constitutionnel a jugé que la présence du Gouvernement en commission est un droit, il n'existe pas de moyens d'obliger un ministre à assister aux réunions s'il ne le souhaite pas, ni en conclure que son absence empêche la commission de travailler.*

<b>Article 12</b> <b>Communautés hospitalières de territoire (CHT)</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Groupe CRC - SPG	326	Organes de direction et de contrôle des CHT	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	593	Nombre de représentants des usagers au conseil de surveillance de l'établissement siège	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	324	Obligation de créer des instances de représentation et de consultation du personnel	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	594	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	325	Participation des établissements médico-sociaux aux instances de décision de la CHT	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1214	Conditions de transferts ou d'échanges de propriété entre les établissements parties à une convention de CHT	<b>Adopté</b>
Rapporteur	1215	Conditions de mise à disposition des biens nécessaires à l'exercice des activités transférées	<b>Adopté</b>
Rapporteur	1216	Conditions de résiliation de la convention constitutive	<b>Adopté</b>

*Sur l'amendement n° 1216, Gilbert Barbier s'est interrogé sur les conditions de retrait d'un établissement qui souhaiterait quitter une CHT et sur la durée des conventions constitutives. Il faut éviter le problème qui existe dans les communautés de communes, où la durée de constitution est souvent illimitée et où le retrait d'une commune est presque impossible. Pour les CHT, il est nécessaire de prévoir une possibilité de retrait d'un établissement.*

*Muguette Dini est allée dans ce sens : même si des conditions doivent être posées, il est utile de prévoir une possibilité de retrait pour un établissement.*

*Alain Milon, rapporteur, a indiqué qu'une convention-type serait publiée à titre informatif, mais que c'est la convention de chaque communauté, librement définie selon le projet de la CHT, qui définirait la durée de son application.*

*Bernard Cazeau a proposé de préciser quelle serait l'instance d'appel pour ce type de décision.*

*De son côté, Isabelle Debré a proposé de prévoir un renouvellement de la convention par tacite reconduction, ce qui permet de donner des rendez-vous réguliers pour évaluer la communauté.*

*Nicolas About, président, a soutenu l'idée de préparer un amendement portant article additionnel pour ouvrir la possibilité de retrait d'un établissement, dans des conditions déterminées.*

<b>Article 12</b> <b>Communautés hospitalières de territoire (CHT)</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1217	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	327	Création d'une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge dans chaque CHT	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	595	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
Gilles	1051	Création d'une commission unique des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge	<b>Tombe</b>
Rapporteur	1218	Amendement de conséquence	<b>Adopté</b>
P. Blanc, Juilhard, J. Blanc	61	Suppression des transferts d'autorisation et d'équipements	<b>Tombe</b>
Groupe CRC - SPG	328	Avis conforme de chaque conseil de surveillance d'établissements membres d'une CHT pour le transfert ou la suppression de compétences des établissements	<b>Retiré</b>
Groupe UC	88	Avis conforme du conseil de surveillance pour le transfert de propriété entre établissements membres d'une CHT	<b>Retiré</b>
Groupe UC	87	Avis conforme du conseil de surveillance pour le transfert d'activité entre établissements membres d'une CHT	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1219	Amendement de conséquence	<b>Adopté</b>
Rapporteur	1220	Amendement de conséquence	<b>Adopté</b>
Rapporteur	1221	Amendement de conséquence	<b>Adopté</b>
Desessard, Voynet, Blandin, Boumediene- Thiery, Muller	9	Avis supplémentaire des conseils régionaux concernés lors de la dissolution d'une CHT	<b>Retiré</b>



<b>Article 12</b> <b>Communautés hospitalières de territoire (CHT)</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe CRC - SPG	329	Avis des conseils régionaux concernés par la dissolution d'une CHT	<b>Retiré</b>

***François Autain** a fait valoir l'intérêt de demander l'avis des conseils régionaux en cas de dissolution des CHT. **Alain Milon, rapporteur**, a répondu que les conseils régionaux sont présents dans les conseils de surveillance des établissements qui auront à se prononcer sur ces questions.*

<b>Article 12</b> <b>Communautés hospitalières de territoire (CHT)</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1222	Suppression de la CHT intégrée	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	330	Approbation des conseils de surveillance en cas de fusion des établissements dans une CHT	<b>Satisfait</b>
Rapporteur	1223	Amendement de conséquence	<b>Adopté</b>
Rapporteur	1224	Non codification d'une disposition transitoire	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	596	Financement majoré des projets de coopération	<b>Irrecevabilité art. 40</b>
Dériot	1122	Incitations financières pour les groupements de coopération sanitaire	<b>Irrecevabilité art. 40</b>
Rapporteur	1225	Rectification d'une erreur de référence	<b>Adopté</b>
Rapporteur	1226	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
Rapporteur	1227	Rédactionnel	<b>Adopté</b>

***La commission a adopté l'article 12 dans la rédaction résultant de ses travaux.***

*Après avoir mentionné les grandes incertitudes juridiques que soulève la rédaction actuelle de l'article 13 du projet de loi relatif aux groupements de coopération sanitaire (GCS), **Alain Milon, rapporteur**, a présenté son amendement n° 1228, qui le modifie sensiblement : il a principalement pour but de clarifier la définition des GCS et de les « recentrer » sur des groupements de moyens. En effet, les conditions d'élargissement du rôle des GCS à celui d'établissements de santé titulaires d'autorisations de soins - possibilité prévue dans la rédaction actuelle - ne sont pas définies de façon claire et soulèvent beaucoup de difficultés juridiques et pratiques.*

*Isabelle Debré a regretté ne pas avoir pu examiner cet amendement avec attention et s'est interrogée sur la nature juridique des GCS.*

*Alain Milon, rapporteur, a confirmé que le Gouvernement n'avait pas pu lui expliquer clairement si ces GCS seraient des GIE, des GIP ou quelque chose d'hybride. C'est pourquoi, par souci de clarté juridique, il propose de supprimer du texte la possibilité pour les GCS de se transformer en établissement de santé.*

*Nicolas About, président, a considéré qu'il serait loisible au Gouvernement de proposer de réintroduire cette disposition, en l'argumentant de manière satisfaisante durant le débat en séance publique.*

*Bernard Cazeau a souhaité étudier l'amendement plus attentivement, car il propose une réécriture assez large de l'article, alors même que, en l'état, il lui paraît plutôt bien organisé sur la forme.*

*Alain Milon, rapporteur, a également souhaité pouvoir continuer de discuter de cette question difficile avec la ministre.*

*Nicolas About, président, a alors proposé de réserver l'examen de l'article 13 pour une réunion ultérieure, en présence de la ministre si elle est disponible, tout en soulignant qu'il n'y avait aucune raison que le Gouvernement puisse y apporter les précisions utiles au débat, alors qu'interrogé depuis plusieurs mois sur ce point, il souhaite en fait rester flou sur la définition des GCS.*

***La commission a décidé de réserver l'examen de cet article.***

<b>Article additionnel après l'article 13</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Groupe socialiste	604	Participation des établissements publics de santé à des syndicats intercommunaux, à des syndicats mixtes ouverts ou à des sociétés d'économie mixte	<b>Retiré</b>

***La commission a adopté les articles 13 bis et 13 ter sans modification.***

<b>Article 13 quater Facturation des soins à domicile</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Barbier	937	Suppression de l'article	<b>Adopté</b>

*Sur avis favorable du rapporteur, la commission a supprimé l'article 13 quater.*

<b>Articles additionnels après l'article 13 quater</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Procaccia, Gournac	258	Avis des fédérations hospitalières sur les mesures conventionnelles avant approbation ou opposition	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	601	Assouplissement des règles de délai de paiement pour le secteur sanitaire et médico-social de droit privé	<b>Retiré</b>
Groupe UC	143	Création de critères de sélection pour les projets soumis à autorisation	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	602	Conditions d'équité pour l'examen des demandes d'autorisations sanitaires	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	342	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	603	Présence d'un représentant d'un établissement assurant une activité de soins à domicile dans les conférences régionales de santé	<b>Reporté au titre IV</b>

*La commission a décidé de poursuivre ses travaux le lundi 4 mai.*

### III. LUNDI 4 MAI 2009

*Au cours d'une première réunion tenue dans la matinée, sous la présidence de Nicolas About, président, la commission a poursuivi, sur le rapport d'Alain Milon, l'examen des amendements sur le projet de loi n° 290 (2008-2009), adopté par l'Assemblée nationale, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.*

*Elle a repris ses discussions à l'article 13 du texte précédemment réservé.*

*A titre liminaire, Alain Milon, rapporteur, a formulé plusieurs observations. Quels que soient les avantages que l'on peut attendre d'un approfondissement de la coopération entre établissements publics et privés de santé, et quelque nécessaire que cette collaboration puisse être pour favoriser l'amélioration de la qualité des soins ou le maintien d'une offre de proximité, on peut s'interroger sur la définition un peu floue du groupement de coopération sanitaire (GCS) qualifié d'établissement de santé. On relèvera d'ailleurs que son existence, prévue depuis plusieurs années par les textes législatifs, s'est révélée difficilement applicable, comme en témoigne la non-publication des textes qui devaient permettre de la concrétiser.*

*Il n'y a pas, au demeurant, lieu de s'en étonner : si cette coopération a été jusqu'à présent essentiellement recherchée par la voie de groupements de moyens - Gip, GIE ou GCS - et si l'article du code de la santé publique relatif aux modalités de coopération « public-privé » exclut implicitement le recours à la société d'économie mixte, c'est tout simplement en raison des difficultés que peut présenter la constitution d'établissements de santé mixtes.*

*C'est pourquoi, si l'on ne peut qu'approuver la nouvelle tentative d'approfondir la coopération « public-privé » que représente le « GCS établissement de santé », on peut aussi s'inquiéter que le texte proposé ne semble pas refléter un questionnement très approfondi sur les difficultés juridiques et pratiques de l'entreprise, et d'abord sur le statut des « GCS établissements », sur leurs relations avec leurs membres, sur leurs moyens et sur leur mode de fonctionnement.*

*Le rapporteur a alors soulevé plusieurs interrogations sur le fonctionnement des « GCS établissements ». Comment transformer un groupement de coopération en une personne morale pouvant avoir pour objet d'exercer les missions d'un établissement de santé (ce qui, en bonne logique, devrait exiger une dissolution préalable du groupement) ? Comment pourront*

*fonctionner les GCS établissements privés qui, dans la plupart des cas, seront mixtes, avec des praticiens hospitaliers mis à disposition et des praticiens libéraux qui devront passer un nouveau contrat avec le nouvel établissement ? Alors que la participation à un « GCS de moyens », en lui-même à but non lucratif, permet à une clinique privée de développer des activités lucratives (chirurgie, radiologie), celle-ci acceptera-t-elle aisément de transférer ces activités à un nouvel établissement ne poursuivant pas un but lucratif ? Peut-on imaginer qu'un établissement puisse durablement fonctionner avec des moyens - bâtiments, équipements, etc. - simplement mis à disposition par d'autres établissements ?*

*Compte tenu des nombreuses interrogations qui subsistent sur les GCS établissements, **Alain Milon, rapporteur**, a proposé à la commission de se borner à procéder à l'indispensable clarification des dispositions relatives aux « GCS de moyens » et de laisser la possibilité au Gouvernement de compléter par amendements ces dispositions pour prévoir une définition plus précise des « GCS établissements de santé ».*

***Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports**, a fait valoir que la refonte du droit des GCS est particulièrement importante. La transformation en établissements doit permettre d'améliorer la qualité des soins et le suivi de la tutelle, d'améliorer la transparence financière en permettant un financement direct par l'assurance maladie, enfin de développer pour les personnels les passerelles entre établissements de statut public et établissements de statut privé. Si le droit des GCS est maintenu en l'état, il conviendra à tout le moins de prévoir la possibilité d'un financement direct de ces groupements, d'adapter le droit des établissements de santé aux GCS autorisés et de répondre aux attentes des personnels qui ne peuvent qu'être mis fonctionnellement à disposition des GCS.*

*Elle a souhaité un encadrement réglementaire du droit d'option des membres d'un GCS entre le statut de droit public et le statut de droit privé. Le dispositif réglementaire devra tenir compte de la nature juridique des membres et du volume d'activité de chacun apprécié au regard des recettes de l'année précédente. Ainsi, un GCS pourrait recevoir un statut de droit public lorsque les deux tiers au moins des membres ont un statut public et que les deux tiers au moins de l'activité sont réalisés pour le compte de personnes publiques.*

***Nicolas About, président**, a estimé que l'introduction de seuils constituerait une évolution très intéressante, qui n'est pour l'instant pas prévue dans le texte issu des travaux de l'Assemblée nationale. La liberté totale de choix, dès lors qu'un seul partenaire représentant une part minimale de l'activité relèverait du droit privé, risquerait en effet d'offrir des opportunités d'échapper aux règles du droit administratif et surtout aux règles de la comptabilité publique.*

**Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a signalé que les « GCS établissements de santé » ont déjà fait l'objet d'expérimentations et que trente ont été créés ou sont en passe de l'être. Toutes les ambiguïtés peuvent être levées mais il convient de préserver cette possibilité dans le projet de loi.

**François Autain** a déclaré avoir pensé, dans un premier temps, que les GCS permettraient de mettre en commun les moyens d'établissements publics déficitaires et d'établissements privés excédentaires. En réalité, les établissements privés ne sont pas demandeurs d'entrer dans de telles structures.

**Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a rappelé que 54 % des établissements publics de santé sont en excédent budgétaire. La création des « GCS établissements de santé » doit permettre de résoudre un problème juridique : autoriser un GCS à être titulaire d'une autorisation de délivrer des soins alors que la jurisprudence du Conseil d'Etat précise qu'elle n'est accordée qu'aux établissements de santé.

**Nicolas About, président**, a alors indiqué que le rapporteur propose de ne maintenir pour l'instant dans le projet de loi que les « GCS de moyens ». Le rétablissement des dispositions relatives aux « GCS établissements de santé » implique au préalable un travail de réécriture afin de lever toutes les ambiguïtés qui entourent cette notion.

<b>Article 13</b> <b>Simplification du droit des groupements de coopération sanitaire</b> <b>et coordination de l'évolution du système de santé par l'ARS</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1228 rect.	Clarification de la définition du GCS et recentrage sur le groupement de coopération sanitaire de moyens	<b>Adopté</b>
Procaccia	34	Rédaction plus précise et exhaustive des coopérations pouvant être mises en œuvre dans le cadre d'un GCS de moyens	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	987	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	331	Mention de la satisfaction des besoins de soins dans l'objet des GCS	<b>Retiré</b>
Hermange	1012	Mention de la collecte et de la conservation des tissus et produits du corps humain dans l'objet des GCS	<b>Retiré</b>
Juilhard	195	Mention de la constitution de pôles de santé ou de maisons de santé dans l'objet des GCS	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1229 rect.	Définition des catégories de personnes susceptibles de constituer un GCS de moyens	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	332	Interdiction de la participation aux GCS des médecins libéraux et établissements privés à but lucratif	<b>Retiré</b>
Desessard, Voynet, Blandin, Boumediene- Thiery, Muller	10	Participation des maisons de santé aux GCS	<b>Retiré</b>

<b>Article 13</b> <b>Simplification du droit des groupements de coopération sanitaire</b> <b>et coordination de l'évolution du système de santé par l'ARS</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Bizet	882	Participation des pôles de santé aux GCS	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	333	Interdiction de la participation aux GCS des établissements privés à but lucratif	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1230 rect.	Précision des critères de définition de la nature publique ou privée du GCS	<b>Adopté</b>

*Sur l'amendement n° 1230, **Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, s'est demandé s'il ne conviendrait pas de mentionner la majorité renforcée nécessaire pour la détermination de la nature publique ou privée d'un GCS.*

***Gilbert Barbier** s'est interrogé sur la notion de GCS de moyens avec capital.*

***Isabelle Debré** a souhaité connaître le sort des dettes et frais en l'absence de capital.*

***Nicolas About, président**, a précisé que le sort des dettes devrait être réglé par l'accord initial entre établissements sur la constitution du GCS.*

<b>Article 13</b> <b>Simplification du droit des groupements de coopération sanitaire</b> <b>et coordination de l'évolution du système de santé par l'ARS</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe CRC - SPG	334	Impossibilité pour un GCS d'être qualifié d'établissement de santé	<b>Satisfait</b>
Rapporteur	1231 rect.	Précisions sur les droits statutaires, le paiement des dettes et le rôle de l'administrateur dans les GCS de moyens	<b>Adopté</b>

***Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a considéré que les amendements proposés par le rapporteur rendent le dispositif plus complexe que le texte initial.*

***Nicolas About, président**, a au contraire fait valoir que les propositions du rapporteur clarifient les choses en ne traitant que des « GCS de moyens », la question des « GCS établissements de santé » devant être reprise dans le cadre de nouveaux amendements, éventuellement déposés par le Gouvernement. A cette occasion, les amendements précédemment retirés par les sénateurs et traitant des « GCS établissements de santé » pourront être redéposés.*

<b>Article 13</b> <b>Simplification du droit des groupements de coopération sanitaire</b> <b>et coordination de l'évolution du système de santé par l'ARS</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe CRC - SPG	335	Transformation d'un GCS en établissement de santé sur décision de l'assemblée générale	<b>Retiré</b>
	336	Composition du conseil de surveillance du GCS	<b>Retiré</b>
	337	Règles de gouvernance des GCS	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1232 rect.	Présence d'un agent comptable dans les GCS et certification des comptes par un commissaire aux comptes	<b>Adopté</b>
	1233	Amendement de conséquence	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	338	Possibilité pour les seuls GCS composés d'établissements privés d'être constitués avec capital	<b>Satisfait</b>
Groupe Socialiste	597	Possibilité pour les personnels de la fonction publique hospitalière d'exercer dans les GCS	<b>Satisfait</b>
Rapporteur	1234	Re-numérotation d'article	<b>Adopté</b>
	1235	Amendement de conséquence	<b>Adopté</b>
	1236	Amendement de conséquence	<b>Adopté</b>
	1237	Suppression du versement direct de la dotation Migac au GCS	<b>Adopté</b>
Groupe Socialiste	598	Obligations d'employeur des structures de coopération publique relevant du code de la santé publique ou du code de l'action sociale et des familles	<b>Retiré</b>
Vasselle	959	Prise en compte du secteur conventionnel optionnel	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	340	Substitution du verbe « garantir » au verbe « assurer »	<b>Rejeté</b>
Rapporteur	1238	Rédactionnel	<b>Adopté</b>

Sur l'amendement n° 1238, **Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, s'est interrogée sur la pertinence de la substitution du terme « efficace » au terme « efficient ».

**François Autain** a déclaré que, dans son esprit, l'efficience est l'efficacité au moindre coût.

**Nicolas About, président**, a précisé que le terme « efficient » signifie : « qui produit un effet », tandis que le terme « efficace » veut dire : « qui produit l'effet qu'on attend ».

Après vérification dans un dictionnaire, la commission a adopté l'amendement n° 1238.



<b>Article 13</b> <b>Simplification du droit des groupements de coopération sanitaire</b> <b>et coordination de l'évolution du système de santé par l'ARS</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe Socialiste	599	Suppression de la possibilité de réduire les dotations des établissements pour les inciter à conclure des coopérations	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1239 rect.	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	339	Obligation pour l'ARS de garantir les moyens nécessaires à la réalisation des missions de service public	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1240	Coordination	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	341	Avis conforme du conseil régional pour la fusion d'établissements de santé	<b>Rejeté</b>
Barbier	920 rect.	Concertation avec le conseil de surveillance des établissements pour la mise en place de coopérations	<b>Adopté</b>

*Sur l'amendement n° 920, **Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a fait valoir qu'actuellement déjà, l'ARH prépare la fusion et peut l'imposer en l'absence de toute réponse, mais après une phase de concertation. Rien ne changera sur ce point avec la création des ARS.*

***Gilbert Barbier** a estimé indispensable que les établissements soient véritablement consultés dans un tel cas.*

***Nicolas About, président**, a alors proposé une rectification de l'amendement pour prévoir une concertation avec le conseil de surveillance des établissements avant que la fusion puisse être imposée.*

***Gérard Dériot** a observé que le conseil de surveillance, qui n'est pas un conseil d'administration, n'est pas le mieux placé pour exercer cette concertation.*

***Nicolas About, président**, a rappelé que le conseil de surveillance délibère sur les fusions et que la concertation doit donc être faite avec lui.*

***Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a cité le cas de la fusion des hôpitaux de Carhaix et de Brest, qui s'est faite après le vote du conseil d'administration, du CTE et de la CME des deux établissements.*

<b>Article 13</b> <b>Simplification du droit des groupements de coopération sanitaire</b> <b>et coordination de l'évolution du système de santé par l'ARS</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1241	Suppression de la mention de l'adhésion à un réseau de santé parmi les demandes auxquelles les établissements doivent déférer	<b>Adopté</b>
	1242	Amendement de conséquence	<b>Adopté</b>
	1243	Cohérence avec les amendements adoptés sur la CHT	<b>Adopté</b>
Groupe Socialiste	600	Consultation des représentants des collectivités territoriales concernées par les projets de fusion	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1244	Coordination	<b>Retiré</b>
	1245	Coordination	<b>Adopté</b>

*La commission a alors adopté l'article 13 dans la rédaction résultant de ses travaux.*

*Avant que la commission entame l'examen du titre II du projet de loi relatif à l'accès de tous à des soins de qualité, **Alain Milon, rapporteur**, a formulé quelques observations préliminaires. Les sujets de santé publique abordés par ce titre sont vastes et le Sénat ne devrait pas continuer à enrichir le texte comme l'a fait l'Assemblée nationale, mais bien plutôt à traiter ces questions dans le cadre des lois de santé publique et de santé mentale annoncées par le Gouvernement. De la même manière, il convient d'éviter d'insérer dans le dispositif des mesures qui relèvent du projet de loi de financement de la sécurité sociale ou du projet de loi de finances.*

*A propos de l'article 14, **Alain Milon, rapporteur**, a rappelé que ce texte est issu des états généraux de l'offre de soins. Texte de compromis, sa rédaction est malheureusement ambiguë et la définition des niveaux de recours qu'il contient peu opératoire. Ainsi, même si l'article 14 comporte une définition des missions du médecin généraliste de premier recours, aucune spécialité, aucune profession de santé, ni aucune forme d'exercice ne sont exclues du premier recours. Dans ces conditions, il est souhaitable d'éviter d'énumérer des professions ou des modes d'exercice au sein du premier recours. Par ailleurs, cet article ne remet pas en cause la réforme de l'assurance maladie de 2004 qui a instauré le médecin traitant et ne revient donc pas sur l'accès direct à certaines spécialités médicales. En réalité, cet article est essentiellement déclaratif mais contient un apport majeur : la mention de la proximité comme élément de l'accès aux soins.*

***Bernard Cazeau** s'est interrogé sur la portée et l'intérêt de l'article 14. La création de la notion de médecin de premier recours est inutile et risque de donner lieu à des contentieux entre médecins généralistes et spécialistes.*

*Nicolas About, président, a au contraire fait valoir que cette notion est compréhensible par tous et cette terminologie plus heureuse que celle de médecin traitant, dès lors qu'il n'existe guère de médecins qui ne traitent pas.*

Articles additionnels avant l'article 14			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	609	Insertion du mot proximité dans l'intitulé du titre II.	Rejeté
Groupe socialiste	605	Obligation pour les praticiens utilisant des équipements lourds de s'engager à réaliser 70 % de leur activité en secteur 1	Rejeté
	607	Remise d'un rapport sur les franchises médicales	Rejeté
	608	Remise d'un rapport sur la CMU-c	Rejeté

Article 14 Principes d'organisation des soins en niveaux de recours et définition de la médecine générale de premier recours			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Bizet	883	Concertation entre l'ARS et les professionnels de santé pour l'organisation des soins et limitation du premier recours au médecin généraliste	Rejeté
Rapporteur	1362	Rédactionnel	Adopté
P. Blanc, Juilhard, J. Blanc	64 rect.	Appréciation de la proximité en termes de temps de parcours	Adopté
Groupe CRC - SPG	345 rect.	Identique au précédent	Adopté

*Sur ces deux amendements poursuivant le même objectif, **Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a estimé qu'ils sont satisfaits par le schéma régional d'accès aux soins. Il est difficile de faire référence à un temps opposable pour l'accès aux soins de premier recours, ce temps dépendant d'un grand nombre de facteurs que sont les moyens de transport, les conditions de circulation ou les conditions météorologiques.*

***François Autain** a fait observer que le Gouvernement a visiblement, dans tous les domaines, de grandes difficultés à mettre en œuvre ce qui est opposable.*

***Gilbert Barbier** a exprimé la crainte que ces amendements soient source de contentieux.*

*Sur la proposition d'**Alain Milon, rapporteur**, la commission a rectifié les amendements n<sup>os</sup> 64 et 345 afin de faire référence à la fois à la distance et au temps de parcours pour apprécier la notion de proximité et les a adoptés.*

<b>Articles additionnels avant l'article 14 (déplacés à l'article 14)</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
P. Blanc, Juilhard, J. Blanc	63	Adaptation de l'offre de soins aux spécificités de la montagne	<b>Satisfait</b>
Groupe CRC - SPG	343	Identique au précédent	<b>Satisfait</b>
Groupe socialiste	606	Identique au précédent	<b>Satisfait</b>

<b>Article 14 Principes d'organisation des soins en niveaux de recours et définition de la médecine générale de premier recours</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Groupe CRC - SPG	344	Inclusion des tarifs opposables comme éléments des soins de premier recours	<b>Rejeté</b>
Barbier	921	Organisation des Sros en concertation avec les professionnels de santé	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	610	Fixation au 1 <sup>er</sup> janvier 2011 de la possibilité d'accéder en moins d'un quart d'heure à un pôle d'urgence	<b>Rejeté</b>
	611	Insertion de l'information dans les soins de premier recours	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	612	Participation des infirmiers aux soins de premier recours	<b>Retiré</b>
Payet	876	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
Gilles	1052	Précision que tous les professionnels peuvent concourir aux soins de premier recours	<b>Retiré</b>
Groupe UC	111	Mention des maisons de santé parmi les participants aux soins de premier recours	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1363	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
Payet	872	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Barbier	938	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	613	Enumération des spécialités susceptibles de participer aux soins de premier recours	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1417	Consécration législative de l'accès direct à certaines spécialités prévu par l'article D. 162-1-7 du code de la sécurité sociale	<b>Adopté</b>
Lardeux, Henneron, Bout, Debré, Vasselle, Payet, Leclerc, Desmarescaux, Dupont, Hermange, Vestri	1	Identique au précédent	<b>Satisfait</b>
Kammermann	40	Consécration de l'accès direct à la gynécologie médicale	<b>Satisfait</b>
Payet	183	Identique au précédent	<b>Satisfait</b>

<b>Article 14</b> <b>Principes d'organisation des soins en niveaux de recours</b> <b>et définition de la médecine générale de premier recours</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe CRC - SPG	346	Consécration législative de l'accès direct à certaines spécialités prévu par l'article D. 162-1-7 du code de la sécurité sociale	<b>Satisfait</b>

*Sur ces amendements, **Alain Milon, rapporteur**, a rappelé que le projet de loi ne remet aucunement en cause le choix opéré par la loi de 2004 ayant instauré le médecin traitant de renvoyer à la voie conventionnelle la liste des spécialités d'accès direct, les règles en la matière étant posées par l'article D. 162-1-7 de la sécurité sociale. Il n'est donc pas nécessaire d'inscrire dans la loi la liste des spécialités d'accès direct.*

***Christiane Kammermann** a fait état d'informations selon lesquelles certaines caisses de sécurité sociale appliquent des pénalités à des patientes qui consultent des gynécologues sans passer par leur médecin traitant.*

***Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a confirmé que l'accès direct des patientes aux gynécologues est déjà prévu et ne dépend en aucun cas des caisses d'assurance maladie.*

***Catherine Procaccia** a assuré avoir rencontré des cas de femmes qui se sont vu appliquer des pénalités sur le remboursement de leur consultation au motif qu'elles n'avaient pas désigné leur médecin traitant.*

***François Autain** a déclaré avoir reçu un courrier d'un pédiatre regrettant de n'être pas associé à la permanence de soins. Or, cette spécialité fait partie de celles auxquelles il est possible d'accéder directement.*

***Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a redit que, dans le cadre du parcours de soins, il est possible d'accéder directement aux gynécologues, ophtalmologistes et psychiatres, ainsi qu'aux pédiatres dès lors que le parcours de soins n'est pas applicable aux enfants.*

***Gérard Dériot** a souligné que les caisses d'assurance maladie, bien que la loi n'ait jamais prévu cela, exigent dans les faits la désignation d'un médecin traitant pour accorder le remboursement sans pénalité d'une consultation chez un spécialiste auquel il est pourtant possible d'accéder directement.*

***Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a déclaré que la doctrine du Gouvernement est qu'il est possible de bénéficier du remboursement d'une consultation d'un spécialiste d'accès direct même en l'absence de désignation d'un médecin traitant.*

***Nicolas About, président**, a alors estimé nécessaire d'inscrire cette doctrine dans la loi pour éviter toute interprétation permettant aux caisses de refuser abusivement des remboursements.*

*La commission a alors adopté un amendement n° 1417 présenté par son rapporteur permettant de donner satisfaction aux amendements n°s 1, 40, 183 et 346 et de lever l'ambiguïté des textes.*

<b>Article 14</b>			
<b>Principes d'organisation des soins en niveaux de recours et définition de la médecine générale de premier recours</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Leclerc	165	Obligation pour l'établissement hospitalier de demander à quel professionnel de santé transmettre les informations nécessaires au suivi des soins d'un patient	<b>Retiré</b>
Gilles	1053	Participation des généralistes exerçant une spécialité aux soins de premier et second recours	<b>Satisfait</b>
	1054	Participation de tous les médecins aux soins de premier recours	<b>Retiré</b>

*Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, a précisé que le projet de loi vise simplement à définir le médecin généraliste de premier recours, sans que cela remette en cause la participation d'autres médecins aux soins de premier recours ou la reconnaissance de la médecine générale en tant que spécialité.*

<b>Article 14</b>			
<b>Principes d'organisation des soins en niveaux de recours et définition de la médecine générale de premier recours</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Payet	873	Attribution des soins de premier recours aux médecins traitants	<b>Retiré</b>
	874	Attribution des soins de premier recours aux médecins traitants	<b>Retiré</b>
Barbier	939	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
Gilles	1055	Extension de la définition des missions du médecin généraliste de premier recours à l'ensemble des médecins participant à ce niveau de soins	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	614	Mise en place de modes de rémunération et d'organisation collective pour l'exercice des soins de premier recours	<b>Rejeté</b>

*Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, a indiqué que cet amendement n° 614 relève du projet de loi de financement de la sécurité sociale et que le principe de la mise en place de financement alternatifs a déjà été entériné par le Parlement.*

<b>Article 14</b>			
<b>Principes d'organisation des soins en niveaux de recours et définition de la médecine générale de premier recours</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Juilhard	196	Appui des médecins généralistes de premier recours sur les réseaux de santé	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	615	Information des patients sur les décisions d'orientation prises par le médecin généraliste de premier recours	<b>Rejeté</b>
Barbier	940	Attribution de la coordination des soins aux médecins de premier recours	<b>Adopté</b>
Gilles	1056	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	616	Adaptation des protocoles de la HAS par le médecin	<b>Rejeté</b>
Laménie	1088	Inclusion des soins dispensés par les services de santé au travail dans les soins coordonnés	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	347 rect.	Rappel du caractère de service public de la permanence des soins	<b>Adopté</b>

***Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, a estimé délicat juridiquement de qualifier la permanence des soins de service public.***

***Alain Milon, rapporteur, a alors proposé la rectification de l'amendement pour faire référence à la mission de service public de la permanence des soins.***

<b>Article 14</b>			
<b>Principes d'organisation des soins en niveaux de recours et définition de la médecine générale de premier recours</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe UC	106	Formation des stagiaires dans les maisons de santé	<b>Retiré</b>

***Muguette Dini a indiqué que l'amendement n° 106 a pour objectif d'indiquer que les maisons de santé assureront l'accueil et la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales de médecin généraliste de premier recours.***

***Alain Milon, rapporteur, a noté que les maisons de santé n'accueillent pas elles-mêmes les stagiaires, ce rôle revenant aux praticiens qui y exercent.***

***Jean Boyer a fait valoir que cet amendement, comme plusieurs autres, a pour objet de répondre à l'inquiétude qui se manifeste dans les milieux ruraux face à la désertification médicale.***

<b>Article 14</b>			
<b>Principes d'organisation des soins en niveaux de recours et définition de la médecine générale de premier recours</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	617	Possibilité pour le médecin généraliste de premier recours de participer à un exercice coordonné des soins	<b>Rejeté</b>
	618	Définition des missions de l'infirmière de premier recours	<b>Rejeté</b>
Procaccia	255	Définition des missions du chirurgien dentiste de premier recours	<b>Retiré</b>

*Alain Milon, rapporteur, a estimé contre-productif de mentionner toutes les professions susceptibles de participer aux soins de premier recours.*

*Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, a indiqué que les pharmaciens n'ont fait l'objet de dispositions spécifiques dans le cadre du projet de loi que parce que leurs missions ne sont pas définies jusqu'à présent dans le code de la santé publique, contrairement à celles des autres professionnels, notamment des chirurgiens-dentistes.*

*François Autain a estimé souhaitable que les chirurgiens-dentistes participent à la permanence de soins, les médecins généralistes étant souvent mobilisés pour des problèmes dentaires.*

*Alain Milon, rapporteur, a indiqué qu'il existe déjà une permanence de soins dentaires.*

*La commission a alors adopté l'article 14 dans la rédaction résultant de ses travaux.*

<b>Articles additionnels après l'article 14</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe UC	112	Association des missions de santé aux missions de formation des CHU	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	348	Obligation d'exercer cinq ans en médecine de premier recours à l'issue de la spécialisation en médecine générale	<b>Retiré</b>
	349	Sanction du non-exercice pendant cinq ans de la médecine générale de premier recours	<b>Retiré</b>

*François Autain a fait valoir que les amendements n<sup>os</sup> 348 et 349 visent à lutter contre la désertification médicale dans les zones rurales et péri-urbaines, dans la mesure où beaucoup de médecins généralistes choisissent de ne pas s'installer, mais de faire des remplacements, de la médecine salariée ou de la médecine urgentiste.*



**Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a relevé qu'un tel dispositif permettrait de sanctionner des femmes qui interrompraient leur pratique médicale pour élever leurs enfants.

**Nicolas About, président**, a souligné que le métier de médecin généraliste se féminise et qu'un grand nombre de femmes choisissent de travailler à temps partiel, voire d'arrêter toute activité après quelques années. Le nombre de médecins qui s'installent effectivement diminue sensiblement et ne correspond pas, en termes de temps médical dédié, au numérus clausus des étudiants formés. Ainsi, dans les Yvelines, trente médecins cessent leur activité chaque année, tandis que dix seulement s'installent.

**Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a estimé nécessaire de renforcer l'attractivité du métier de médecin généraliste plutôt que de mettre en œuvre des mesures coercitives qui détourneront un peu plus les médecins de cette spécialité.

**François Autain** a observé que le manque de médecins généralistes n'est pas seulement lié à la féminisation du métier, mais à une évolution profonde des mentalités qui conduit les médecins d'aujourd'hui à refuser de travailler dans les mêmes conditions que leurs prédécesseurs.

Articles additionnels après l'article 14			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	621	Mise en place du tiers payant pour le médecin généraliste de premier recours	<b>Retiré</b>
	622	Publicité des contrats entre les médecins et les entreprises ou établissements produisant ou exploitant des produits de santé	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	350	Egalité du traitement conventionnel entre centres de santé et professionnels libéraux	<b>Rejeté</b>
Groupe socialiste	623	Identique au précédent	<b>Rejeté</b>
Vasselle	960	Valorisation de la médecine générale	<b>Retiré</b>
Barbier	923	Consécration législative de l'accès direct à certaines spécialités prévu par l'article D. 162-1-7 du code de la sécurité sociale	<b>Satisfait</b>
Groupe socialiste	988	Accès direct aux spécialités de gynécologie médicale, ophtalmologie et psychiatrie	<b>Satisfait</b>
About	1131	Obligation pour le médecin en charge des personnes hospitalisées de s'enquérir des professionnels à qui transmettre les informations de suivi	<b>Adopté</b>

**Alain Milon, rapporteur**, a fait remarquer que l'amendement n° 1131 donne satisfaction à l'amendement n° 165 présenté par Dominique Leclerc et précédemment retiré.

*La commission a adopté cet article additionnel dans la rédaction résultant de ses travaux.*

<b>Article 14 bis</b>			
<b>Missions des pharmaciens d'officine</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Rapporteur	1364	Déplacement des dispositions au sein du code	<b>Adopté</b>
Payet	152	Extension aux pharmaciens mutualistes des missions du pharmacien d'officine	<b>Adopté</b>
Gournac	206	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	351	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	624	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Rapporteur	1365	Coordination	<b>Adopté</b>
	1366	Coordination	<b>Adopté</b>
Lardeux	49 rect.	Suppression de la mention du pharmacien de coordination	<b>Adopté</b>
Barbier	922 rect.	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Rapporteur	1367	Remplacement de l'alinéa relatif aux pharmaciens de coordination par la possibilité d'un renouvellement des traitements des maladies chroniques	<b>Adopté</b>

*Sur les amendements n<sup>os</sup> 49, 922 et 1367, **Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, s'est déclarée opposée à la suppression du pharmacien de coordination. La notion de « pharmacien traitant » apparue préalablement était confuse, mais celle de pharmacien de coordination est en revanche féconde.*

***Nicolas About, président**, a observé que le pharmacien de coordination ne fait l'objet d'aucune définition, de sorte que personne ne sait ce qu'il coordonne.*

***Dominique Leclerc** a considéré que l'Assemblée nationale a élaboré sur ce sujet un dispositif équilibré qui satisfait les professionnels et qu'il convient de ne pas remettre en cause.*

***Isabelle Debré** a demandé sur quels critères sera désigné le pharmacien de coordination par le patient.*

***Bernard Cazeau** a fait part de son accord sur l'amendement présenté par le rapporteur.*

<b>Article 14 bis</b> <b>Missions des pharmaciens d'officine</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1368 rect.	Clarification des missions des pharmaciens d'officine en matière de conseil	<b>Adopté</b>

*Sur l'amendement n° 1368, **Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, s'est étonnée de la suppression de la référence aux prestations effectuées par les pharmaciens, car ceux-ci assurent effectivement de telles prestations, par exemple dans le cadre de l'hospitalisation à domicile ou de prises en charge orthopédiques.*

***Alain Milon, rapporteur**, a souligné que le terme de « prestations » renvoie à des actes remboursables, ce qui peut poser des difficultés.*

***Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a indiqué que le mot « prestations » ne vise pas nécessairement des actes remboursables. Elle a également regretté que l'amendement présenté par le rapporteur fasse disparaître toute référence aux actions de prévention et de dépistage.*

***Alain Milon, rapporteur**, a fait valoir que le cadre de ces actions de prévention et de dépistage n'est pas précisé.*

***Nicolas About, président**, a estimé que le dispositif proposé est trop détaillé, certaines précisions relevant du domaine réglementaire.*

***Gilbert Barbier** a relevé que la référence à l'éducation pour la santé pourrait également être supprimée.*

***Alain Milon, rapporteur**, a rectifié son amendement pour maintenir la référence aux prestations assurées par les pharmaciens et ne plus viser comme objectif des conseils et prestations que l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.*

<b>Article 14 bis</b> <b>Missions des pharmaciens d'officine</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
About	1132	Possibilité pour les pharmaciens de délivrer une seule fois pour trois mois une contraception œstroprogestative en l'absence de prescription médicale	<b>Adopté</b>

***Alain Milon, rapporteur**, s'est déclaré favorable à l'amendement tout en s'interrogeant sur un éventuel problème de diagnostic.*

**Dominique Leclerc** a demandé s'il ne serait pas préférable de limiter à une durée d'un mois la délivrance par le pharmacien d'une contraception œstroprogestative.

**Nicolas About, président,** a fait observer qu'à sa connaissance la plupart de ces contraceptifs sont conditionnés dans des boîtes prévues pour trois mois.

**Bernard Cazeau** a estimé que le dispositif proposé est dangereux et qu'il ne revient pas au pharmacien, ni à l'infirmière d'ailleurs, de délivrer des contraceptifs sans prescription médicale alors que cela peut poser des problèmes de santé, surtout chez de très jeunes filles.

**Gilbert Barbier** a fait part de son opposition à toute délivrance de contraceptifs sans prescription médicale préalable, notant que les femmes concernées pourront changer de pharmacien tous les trois mois.

**Nicolas About, président,** a précisé que son amendement, qui lui a été suggéré par des médecins gynécologues, vise à éviter certains avortements en permettant à des jeunes filles de se faire délivrer une seule fois par un pharmacien une contraception œstroprogestative dans l'attente d'un rendez-vous avec un gynécologue qui, bien souvent, n'est pas disponible immédiatement. La délivrance du contraceptif sera enregistrée sur la carte Vitale, en sorte qu'aucun renouvellement ne sera possible sans prescription médicale. Un dispositif réglementaire permettra de prévoir que le pharmacien devra poser quelques questions essentielles avant de délivrer le contraceptif pour éviter qu'il ne produise des effets secondaires néfastes.

**Bernadette Dupont** a considéré que la délivrance de contraceptifs en dehors de toute prescription ne fait pas partie des missions du pharmacien, qui prendrait une responsabilité considérable en délivrant une contraception dans ces conditions.

**Catherine Procaccia** a soutenu l'amendement, dès lors que les gynécologues eux-mêmes, lorsqu'ils reçoivent une jeune fille pour la première fois, lui prescrivent d'emblée un contraceptif sans attendre le résultat des différents examens qu'ils prescrivent.

**Muguette Dini** a considéré que ce dispositif peut être très utile, dans la mesure où dans de nombreuses villes, les gynécologues refusent de prendre de nouveaux patients, de sorte qu'obtenir un premier rendez-vous chez ce spécialiste peut être très long.

**Gilbert Barbier** s'est déclaré formellement opposé à ce dispositif qui ne permet pas de faire face aux situations d'urgence pour lesquelles existe déjà la pilule du lendemain.

**Alain Milon, rapporteur,** a estimé qu'il ne faut pas exagérer les conséquences nuisibles sur la santé des contraceptions œstroprogestatives pour s'opposer à l'amendement, la pilule du lendemain, déjà délivrée sans prescription médicale, ayant des effets plus sévères. Tout danger pourra être

*écarté grâce aux questions que poseront les pharmaciens aux jeunes femmes concernées avant de leur délivrer le contraceptif.*

*Nicolas About, président, a déclaré qu'une seule réponse positive au questionnaire sur les antécédents médicaux suffira à empêcher la délivrance de la contraception par le pharmacien dans l'attente d'une prescription médicale.*

*François Autain a fait part de son soutien à l'amendement.*

*La commission a alors adopté l'amendement n° 1132, puis l'article 14 bis dans la rédaction résultant de ses travaux.*

*Au cours d'une deuxième réunion tenue dans l'après-midi, la commission a poursuivi, sur le rapport d'Alain Milon, l'examen des amendements sur le projet de loi n° 290 (2008-2009), adopté par l'Assemblée nationale, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.*

*Elle a repris ses travaux à l'article additionnel après l'article 14 bis.*

<b>Article additionnel après l'article 14 bis</b> <b>Officines de pharmacie</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Henneron, Rozier	1128	Prise en compte des populations travaillant dans une zone pour l'implantation des officines de pharmacie	<b>Retiré</b>

<b>Article 14 ter</b> <b>Maisons et centres de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe CRC - SPG	352	Renvoi aux notions de soins de premier et second recours dans la définition des maisons de santé	<b>Rejeté</b>
Rapporteur	1369	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
Juilhard	197	Mention dans le projet de santé de la coordination avec d'autres acteurs	<b>Retiré</b>
	202	Possibilité pour les réseaux de santé de percevoir une dotation du Fiqs	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	353	Conditionnement de la perception de la dotation du Fiqs par les maisons de santé à l'application des tarifs opposables	<b>Rejeté</b>
Rapporteur	1370	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
	1371	Détermination des modalités d'attribution de la dotation attribuée par le Fiqs par ses instances	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	354	Certification des médecins exerçant dans les maisons de santé par la HAS	<b>Rejeté</b>

<b>Article 14 ter</b> <b>Maisons et centres de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Gilles	1057	Avis des organisations professionnelles avant la prise de l'arrêté fixant la dotation du Fiqs	<b>Satisfait</b>
Groupe socialiste	620	Discussion, lors du PLFSS, de la dotation attribuée aux centres de santé	<b>Retiré</b>
	619	Elaboration d'un projet de santé par les professionnels exerçant dans les centres de santé	<b>Retiré</b>

*La commission a adopté l'article 14 ter dans la rédaction résultant de ses travaux.*

<b>Article 14 quater</b> <b>Définition des pôles de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Bizet	884	Attribution de la personnalité morale aux pôles de santé	<b>Retiré</b>

*Réagissant à l'amendement n° 884 visant à doter les pôles de santé de la personnalité morale de droit privé, **Alain Milon, rapporteur**, a exprimé son désaccord avec cette disposition.*

***François Autain** s'est étonné que la rédaction proposée par cet amendement ne reprenne pas la disposition selon laquelle les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours au sens de l'article L. 1411-1 du code de la santé publique, le cas échéant de second recours au sens de l'article L. 1411-2.*

***Alain Milon, rapporteur**, a précisé que les pôles de santé doivent être distingués des maisons de santé. Les pôles de santé sont un regroupement de divers acteurs du système de santé. Les maisons de santé peuvent faire partie d'un réseau de santé, lui-même pouvant être compris dans un pôle de santé.*

<b>Article 14 quater</b> <b>Définition des pôles de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1372	Participation des centres de santé aux pôles de santé	<b>Adopté</b>
Groupe UC	127	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Gournac	207	Identique au précédent	<b>Adopté</b>

<b>Article 14 <i>quater</i></b> <b>Définition des pôles de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe CRC - SPG	355	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	625	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Vasselle	961	Identique au précédent	<b>Adopté</b>

*Alain Milon, rapporteur, a présenté l'amendement n° 1372 qui prévoit la participation des centres de santé aux pôles de santé.*

*Nicolas About, président, a défini les pôles de santé comme des structures regroupant l'ensemble des acteurs qui participent aux soins de premier recours.*

*Alain Milon, rapporteur, a complété cette définition : les pôles de santé, constitués sur la base du volontariat, assurent la couverture des soins sur une zone géographique déterminée.*

*Pour sa part, Gilbert Barbier a contesté la possibilité offerte aux centres de santé de participer aux pôles de santé.*

<b>Article 14 <i>quater</i></b> <b>Définition des pôles de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1373	Suppression du recours à un décret en Conseil d'Etat	<b>Adopté</b>
	1374	Amendement de cohérence	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	356	Certification des médecins participant aux pôles par la HAS	<b>Retiré</b>
Gilles	1418	Mention des professionnels de santé au sein des pôles	<b>Retiré</b>
	1419	Mention des professionnels de santé au sein des pôles	<b>Retiré</b>

*La commission a adopté l'article 14 quater dans la rédaction résultant de ses travaux. Puis elle a adopté l'article 14 quinquies sans modification.*

<b>Article 15</b> <b>Fixation du numerus clausus des études médicales et régulation pluriannuelle de l'offre de postes d'internat de médecine en fonction des besoins de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1311	Réécriture du I de l'article	<b>Adopté</b>

*Alain Milon, rapporteur, a indiqué que l'amendement n° 1311 a pour objectif, d'une part, d'harmoniser la rédaction de cet article avec le texte de la proposition de loi portant réforme de la première année des études de santé qui devrait être prochainement adoptée, d'autre part, de supprimer un ajout de l'Assemblée nationale consistant à remplacer le terme « odontologique » par les mots « chirurgie dentaire ». Cette substitution n'est pas souhaitable car elle aboutit à réduire le champ couvert par les articles concernés du code de l'éducation, l'odontologie recouvrant un champ plus vaste que la chirurgie dentaire.*

Article 15 Fixation du numerus clausus des études médicales et régulation pluriannuelle de l'offre de postes d'internat de médecine en fonction des besoins de santé			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe UC	103	Création d'une filière de formation « médecine générale de premier recours »	<b>Retiré</b>

*Muguette Dini a indiqué que l'amendement n° 103 prévoit d'assurer une formation en quatre ans pour la spécialité « médecine générale » et d'instaurer, au sein de celle-ci, une filière « médecine générale de premier recours ».*

*Alain Milon, rapporteur, a fait observer que la rédaction de cet amendement laisse penser qu'une sous-spécialité « médecine générale de premier recours » au sein de la spécialité « médecine générale » est créée, ce qui n'est pas acceptable.*

Article 15 Fixation du numerus clausus des études médicales et régulation pluriannuelle de l'offre de postes d'internat de médecine en fonction des besoins de santé			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe UC	104	Création d'une filière de formation « maladies vasculaires »	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	627	Fixation par la loi de financement de la sécurité sociale du nombre de postes d'internes	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	358	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
Gilles	1058	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	628	Fixation du nombre d'internes à former en tenant compte des besoins identifiés dans les schémas régionaux d'organisation des soins	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1312	Fixation du nombre d'internes à former par spécialité et par territoire compte tenu des capacités de formation existant dans chaque territoire	<b>Adopté</b>



<b>Article 15</b> <b>Fixation du numerus clausus des études médicales et régulation pluriannuelle de l'offre de postes d'internat de médecine en fonction des besoins de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Gilles	1059	Fixation du nombre d'internes à former compte tenu des possibilités d'organiser des stages en exercice libéral	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	359	Avis de l'observatoire national de la démographie des professions de santé pour la fixation du nombre annuel de postes d'internes	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	629	Avis du conseil national de pilotage des agences régionales de santé pour la fixation du nombre de postes d'internes	<b>Retiré</b>

*François Autain a indiqué que l'amendement n° 359 prévoit l'avis de l'observatoire national de la démographie des professions de santé pour la fixation du nombre annuel de postes d'internes.*

*Sur cette question, Jacky Le Menn a fait remarquer que l'amendement n° 629 envisage de requérir l'avis du conseil national de pilotage des agences régionales de santé.*

*Bien qu'approuvant ces dispositions, Alain Milon, rapporteur, a considéré qu'elles ne s'insèrent pas correctement à cet endroit du texte de l'article 15. Ces amendements ont donc été retirés afin de faire l'objet d'une réécriture.*

<b>Article 15</b> <b>Fixation du numerus clausus des études médicales et régulation pluriannuelle de l'offre de postes d'internat de médecine en fonction des besoins de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	630	Egalité entre le nombre d'internes formés chaque année et le nombre de postes offerts dans les différentes spécialités	<b>Retiré</b>

*Par l'amendement n° 630, Jacky Le Menn a souhaité que l'on insiste sur un point clef : le principe d'égalité entre le nombre d'internes formés chaque année et le nombre de postes offerts dans la spécialité correspondante.*

*Nicolas About, président, a demandé ce qu'il se passe si un interne refuse de pourvoir le poste sensé lui revenir en fonction de son classement et préfère redoubler. Faute de candidat, le poste en question serait-il laissé vacant ?*

*Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, lui a répondu que le poste refusé est alors proposé à l'interne suivant sur la liste. Toutefois, en l'absence de candidat intéressé par ledit poste, celui-ci reste vacant.*

*En réaction aux propos de la ministre, **Nicolas About, président**, a considéré que la vacance de certains postes d'internes constitue un véritable problème.*

*Pour sa part, **Alain Milon, rapporteur**, a estimé que les dispositions contenues dans cet amendement relèvent non pas de la loi, mais du règlement.*

***Jean Boyer**, a regretté que le présent projet de loi ne réponde pas à la question de la désertification médicale, en particulier dans les zones rurales.*

*Revenant sur l'amendement, **Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a rappelé qu'actuellement, le nombre de postes offerts chaque année par discipline ou spécialité est déjà égal au nombre d'internes formés pour ladite discipline ou spécialité. Cet amendement n'a donc pas lieu d'être.*

<b>Article 15</b> <b>Fixation du numerus clausus des études médicales et régulation pluriannuelle de l'offre de postes d'internat de médecine en fonction des besoins de santé</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Desessard, Voynet, Blandin, Boumediene-Thiery, Muller	11	Mise en place d'un examen classant interrégional	<b>Retiré</b>
Groupe UC	107	Inclusion des centres de santé dans la liste des entités formatrices du troisième cycle des études médicales	<b>Satisfait</b>
Gilles	1060	Possibilité de stages en exercice libéral	<b>Satisfait</b>
Groupe socialiste	631	Mise en place de mesures destinées à pallier les déficits des régions d'outre-mer en matière médicale	<b>Retiré</b>
Payet	875	Fixation par un décret en Conseil d'Etat des modalités de stage en exercice libéral	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	360	Rétablissement de l'inscription de contenus spécifiques du programme des études médicales dans le code de l'éducation	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	632	Développement de stages dans les établissements hospitaliers publics non universitaires	<b>Retiré</b>
Morin-Dessailly	878	Mise en place d'un dispositif de validation des acquis de l'expérience pour les études de médecine	<b>Adopté</b>
Barbier	924	Identique au précédent	<b>Adopté</b>

***Alain Milon, rapporteur**, a indiqué que les amendements n<sup>os</sup> 878 et 924 poursuivent le même objectif : la mise en place d'un dispositif de validation des acquis de l'expérience pour les études de médecine.*

***Isabelle Debré** s'est interrogée sur les modalités pratiques de mise en œuvre d'un tel dispositif. Est-on sûr que des commissions de validation des acquis de l'expérience pourront être réellement créées avec les personnels disponibles nécessaires ?*

**Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a assuré que la constitution de telles commissions ne pose aucun problème : les candidats souhaitant siéger au sein de ces structures sont particulièrement nombreux.

**Nicolas About, président**, a ajouté que si la validation des acquis de l'expérience pour les études de médecine rencontre des difficultés de mise en œuvre, il reviendrait alors à l'ordre des médecins de l'organiser.

**Gilbert Barbier** a estimé que ces dispositions ne relèvent pas de la loi.

**Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, s'est dite étonnée par cette remarque. Il revient bien au législateur de réguler la formation des médecins.

Article 15			
Fixation du numerus clausus des études médicales et régulation pluriannuelle de l'offre de postes d'internat de médecine en fonction des besoins de santé			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Barbier	925	Modalités d'obtention de la qualification de médecin compétent	Retiré

**Gilbert Barbier** a expliqué que l'amendement n° 925 reprend une disposition adoptée par le Parlement dans le cadre de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, mais supprimée par le Conseil constitutionnel. Il propose de rétablir la qualification de médecin compétent, supprimée en 1982.

**Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, s'est déclarée défavorable à la réintroduction de la notion de médecin compétent pour trois raisons. Tout d'abord, la formation actuelle des médecins est une formation de qualité, validée sur le plan universitaire. Ensuite, la qualification de médecin compétent risque de porter préjudice à la médecine générale. Enfin, une telle mesure pourrait entrer en contradiction avec la réglementation européenne sur le sujet.

**Alain Milon, rapporteur**, a rappelé avoir voté cette mesure lors de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. Son opinion sur le sujet a néanmoins évolué. Il lui semble en effet plus urgent de promouvoir la validation des acquis de l'expérience en médecine que de réintroduire la qualification de médecin compétent.

Article 15			
Fixation du numerus clausus des études médicales et régulation pluriannuelle de l'offre de postes d'internat de médecine en fonction des besoins de santé			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe UC	108	Inclusion des maisons de santé au nombre des structures pouvant participer à la formation pratique des internes	Retiré

<b>Article 15</b> <b>Fixation du numerus clausus des études médicales et régulation pluriannuelle de l'offre de postes d'internat de médecine en fonction des besoins de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Gilles	1061	Substitution d'un état des lieux régional de la démographie médicale au schéma régional d'organisation des soins	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	357	Mise en place du contrat santé solidarité dès l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins	<b>Rejeté</b>

*Par l'amendement n° 357, **François Autain** a souhaité que le contrat santé solidarité soit mis en place le plus rapidement possible. Compte tenu de la pénurie de médecins que connaissent certains territoires, il n'y a pas lieu d'attendre que se soit écoulée une période de trois ans pour appliquer le dispositif.*

***Alain Milon, rapporteur**, a exprimé son désaccord avec la suppression du délai de trois ans.*

***Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a indiqué n'être pas favorable aux mesures coercitives pour lutter contre la désertification médicale. Il faut laisser le temps aux mesures incitatives, prévues par le projet de loi, de se déployer avant d'envisager des solutions plus contraignantes. C'est pourquoi, le contrat santé solidarité n'a pas vocation à être immédiatement mis en œuvre.*

<b>Article 15</b> <b>Fixation du numerus clausus des études médicales et régulation pluriannuelle de l'offre de postes d'internat de médecine en fonction des besoins de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Bizet	885	Suppression du contrat santé solidarité	<b>Rejeté</b>
Groupe CRC - SPG	361	Interdiction temporaire du conventionnement de médecins dans les zones où l'offre de soins est particulièrement élevée	<b>Rejeté</b>
Rapporteur	1313	Précision sur les zones dans lesquelles les médecins peuvent signer un contrat santé solidarité	<b>Adopté</b>
	1314	Suppression du caractère obligatoire du contrat santé solidarité	<b>Adopté</b>
Gilles	1062	Identique au précédent	<b>Satisfait</b>

***Alain Milon, rapporteur**, a indiqué que l'amendement n° 1314 vise à supprimer le caractère obligatoire du contrat santé solidarité.*

***Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, s'est opposée à cette proposition.*

***Gilbert Barbier** a abondé dans le sens du rapporteur.*

<b>Article 15</b> <b>Fixation du numerus clausus des études médicales et régulation pluriannuelle de l'offre de postes d'internat de médecine en fonction des besoins de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	633	Facilitation de la coordination entre les professionnels de santé et les établissements et services médico-sociaux par les agences régionales de santé	<b>Retiré</b>
	634	Fixation de critères pour les mesures d'aide à l'installation des professionnels de santé	<b>Retiré</b>
	635	Fixation de règles d'accessibilité aux soins de premier recours	<b>Retiré</b>

***La commission a adopté l'article 15 dans la rédaction résultant de ses travaux.***

<b>Articles additionnels après l'article 15</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	649	Prise en compte des besoins des personnes en situation de handicap dans l'organisation d'un meilleur accès aux soins	<b>Retiré</b>
	636	Mise en place d'enseignements dans le domaine de la santé environnementale	<b>Rejeté</b>
Rapporteur	1349	Suppression d'une discrimination pour les ressortissants français titulaires de diplômes leur permettant de se présenter aux épreuves classantes nationales	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	362	Durée minimum d'expérience professionnelle dans un établissement de santé avant toute installation en libéral pour les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes	<b>Rejeté</b>
Groupe socialiste	637	Identique au précédent	<b>Rejeté</b>

***Alain Milon, rapporteur, a fait observer que la mesure prévue aux amendements nos 362 et 637, à savoir imposer une durée minimum d'expérience professionnelle dans un établissement de santé avant toute installation en libéral pour les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes, n'a fait l'objet d'aucune négociation avec les professionnels concernés.***

***Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, a estimé que cette question relève non pas de la loi, mais de la négociation conventionnelle.***

***La commission a adopté cet article additionnel après l'article 15 dans la rédaction résultant de ses travaux.***

<b>Article additionnel avant l'article 15 bis</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Groupe socialiste	626	Obligation de pratiquer des tarifs conventionnés pendant au moins cinq ans après la fin des exonérations fiscales et sociales obtenues par les professionnels installés dans les zones franches urbaines	<b>Rejeté</b>

*Jacky Le Menn a indiqué que l'amendement n° 626 entend obliger les médecins installés dans les zones franches urbaines à pratiquer les tarifs conventionnés pendant au moins cinq ans après l'expiration des exonérations fiscales et sociales dont ils ont bénéficié.*

*Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, s'est dite opposée à cette proposition : si les dépassements d'honoraires ne sont plus autorisés pour les médecins exerçant dans ces zones, plus personne ne voudra y exercer. Par ailleurs, une telle mesure relève du champ conventionnel.*

*Nicolas About, président, a précisé que seuls les médecins ayant été chefs de clinique au cours de leur carrière peuvent passer du secteur 1 au secteur 2.*

<b>Article 15 bis</b>			
<b>Contrat d'engagement de service public pour les étudiants en médecine</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Rapporteur	1315	Nouvelle rédaction de l'article	<b>Adopté</b>

*Alain Milon, rapporteur, a présenté l'amendement n° 1315 qui propose de réécrire le paragraphe I de l'article 15 bis créant une allocation mensuelle pour les étudiants en médecine qui s'engagent à exercer dans les zones déficitaires à l'issue de leurs études. Cette nouvelle rédaction rend le dispositif plus lisible et plus sûr sur le plan juridique.*

*Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, a approuvé cette rédaction à laquelle elle se propose d'adopter deux précisions ultérieurement : la première concerne les modalités de recouvrement des cotisations auxquelles sera soumise cette allocation ; la seconde porte sur l'interdiction, pour les médecins bénéficiant du contrat d'engagement de service public, d'avoir recours à des dépassements d'honoraires durant leur période d'engagement. A son échéance, ils auront le choix d'exercer en secteur 1 ou en secteur 2.*

*Gérard Dériot a indiqué que, dans son département, un régime de bourses existe déjà, destiné aux étudiants en médecine acceptant d'exercer, après leur formation, en zone sous-dotée. En revanche, aucune obligation de pratiquer les tarifs conventionnés n'est prévue.*

**Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a précisé qu'il s'agit non pas d'une bourse mais d'une indemnité contractuelle. En outre, elle s'est opposée à la disposition du rapporteur, ramenant l'indemnité due par les médecins qui se dégageraient de leurs obligations d'exercice au montant des sommes perçues au titre du contrat, et non au double de celles-ci.

**François Autain** a demandé au rapporteur les raisons pour lesquelles il souhaite réduire cette pénalité.

**Alain Milon, rapporteur**, a répondu que cette proposition répond à un souci de parallélisme avec les grandes écoles, comme Polytechnique ou l'Ena. Celles-ci n'obligent leurs étudiants, qui renoncent à honorer leurs engagements, qu'à rembourser le seul montant des sommes perçues pendant leur scolarité.

**Isabelle Debré** a souhaité savoir si l'allocation perçue par un étudiant rattaché au foyer fiscal de ses parents sera incluse dans leurs revenus pour le calcul de l'impôt sur le revenu.

**Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a confirmé que l'allocation sera intégrée dans les revenus des parents.

**Nicolas About, président**, et **Gilbert Barbier** ont demandé si l'allocation permettra de valider des semestres cotisés pour la retraite.

**Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, y a répondu par la négative.

**Nicolas About, président**, a estimé que le contrat d'engagement de service public s'apparente à un revenu par anticipation. Les étudiants pourront certes bénéficier d'une bourse, mais seront ensuite dans l'obligation d'exercer en secteur 1. Autrement dit, parce qu'une allocation leur aura été versée pendant leurs études, ils ne pourront pas, une fois installés, augmenter leurs revenus en pratiquant des dépassements d'honoraires.

Partageant cet avis, **Gérard Dériot** a considéré que la mesure perd son caractère incitatif si elle interdit aux jeunes médecins boursiers de recourir aux tarifs non conventionnés.

**Raymonde Le Texier** a fait observer que les documents remis par la ministre utilisent indifféremment tantôt le terme de « bourse », tantôt celui d'« allocation ». Quelle est la nature exacte de cette mesure ?

S'agissant des amendements de précision que le Gouvernement envisage de déposer sur cet article, **Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a considéré qu'ils méritent d'être revus afin d'améliorer leur rédaction et seront déposés ultérieurement.

<b>Article 15 bis</b> <b>Contrat d'engagement de service public pour les étudiants en médecine</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
P. Blanc, J. Blanc, Juilhard	65	Incitation à effectuer des remplacements de médecins généralistes ou spécialistes prioritairement dans les zones de revitalisation rurale ou les zones urbaines sensibles	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	639	Interdiction de pratiquer des tarifs non conventionnés pendant la durée du contrat d'engagement de service public	<b>Retiré</b>

*La commission a adopté l'article 15 bis dans la rédaction résultant de ses travaux.*

<b>Article 15 ter</b> <b>Formation des étudiants en médecine sur la contraception et l'IVG</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1316	Suppression de l'article	<b>Adopté</b>
Groupe UC	102	Création d'un module de médecine générale dans le deuxième cycle des études médicales	<b>Tombe</b>
Groupe socialiste	640	Mise en place d'un enseignement sur les problèmes spécifiques des populations en difficulté	<b>Tombe</b>

*La commission a supprimé l'article 15 ter.*

<b>Article additionnel après l'article 15 ter</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe UC	105	Précision sur la spécialité de médecine générale	<b>Irrecevabilité art. 40</b>

<b>Article 15 quater</b> <b>Nombre minimal annuel de postes d'enseignants en médecine générale</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1317	Rédactionnel	<b>Adopté</b>

*La commission a adopté l'article 15 quater dans la rédaction résultant de ses travaux.*



**Présidence d'Isabelle Debré, vice-présidente. -**

<b>Article 16</b>			
<b>Permanence des soins</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Gilles	1063	Consécration législative de la participation volontaire aux permanences	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	363	Précisions du caractère éventuellement contraignant de la permanence	<b>Rejeté</b>
Rapporteur	1375 rect.	Obligation d'avoir conservé une pratique médicale pour participer à la permanence des soins	<b>Adopté</b>

*Alain Milon, rapporteur, a indiqué que l'amendement n° 1375 vise à préciser que seuls les médecins ayant conservé une pratique médicale peuvent être appelés à participer à la permanence des soins.*

*Gilbert Barbier a regretté le flou qui entoure la notion de « pratique médicale ». De quoi est-il exactement question ici ?*

*Alain Milon, rapporteur, a répondu que le texte vise tout médecin, inscrit au conseil de l'ordre, qui continue de pratiquer son activité.*

*Gilbert Barbier a proposé de faire plus précisément référence à la « pratique clinique ».*

**La commission a modifié dans ce sens l'amendement puis l'a adopté.**

<b>Article 16</b>			
<b>Permanence des soins</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Gilles	1064	Suppression de la possibilité de réquisition	<b>Rejeté</b>

*Dominique Leclerc a exprimé son profond désaccord avec l'amendement n° 1064 tendant à supprimer la possibilité de réquisitionner des médecins. L'exercice libéral de la médecine s'accompagne d'une obligation de service de garde. Or, celle-ci est de plus en plus remise en cause par les jeunes générations qui ne veulent plus assumer la permanence des soins.*

<b>Article 16</b> <b>Permanence des soins</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	641	Information du président du conseil général en cas de réquisition	<b>Retiré</b>
	642	Information des comités de massifs sur l'organisation de la permanence	<b>Adopté</b>
P. Blanc, Juilhard, J. Blanc	66	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	365	Identique au précédent	<b>Adopté</b>

*Alain Milon, rapporteur, s'est dit favorable aux amendements n<sup>os</sup> 642, 66 et 365, dont l'objet est identique : informer les comités des massifs sur l'organisation de la permanence des soins. La disposition prévue à l'amendement n° 365 est toutefois mieux insérée dans le texte.*

*Gérard Dériot a demandé pourquoi il est question des comités des massifs dans cet article.*

*Gilbert Barbier a estimé que ces structures n'ont rien à voir avec la permanence des soins.*

*Bernard Cazeau a précisé que ces amendements visent à répondre à une demande des comités des massifs eux-mêmes.*

*Gérard Dériot a regretté que cette mesure complexifie un peu plus le « millefeuille territorial ».*

<b>Article 16</b> <b>Permanence des soins</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe CRC - SPG	364	Obligation de réquisition en cas de défaillance de la permanence	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	643	Accessibilité de la permanence en toute circonstance	<b>Rejeté</b>
Doligé, Pinton, Bordier, Leroy	994	Relations financières entre les services d'assistance médicale et les services d'incendie et de secours	<b>Retiré</b>
	995	Relations financières entre les services d'assistance médicale et les services d'incendie et de secours	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	644 rect.	Mise en place d'un schéma de permanence par l'ARS en cas de constat d'échec du volontariat	<b>Adopté</b>

**Bernard Cazeau** a indiqué que l'amendement n° 644 prévoit la mise en place d'un schéma de la permanence des soins par l'ARS si, à l'échéance d'un délai d'un an suivant la publication de la loi, la mission de service public de permanence des soins n'est pas assurée.

**Catherine Procaccia** a proposé de porter ce délai à trois ans afin de laisser le temps à la permanence des soins de se mettre en place.

**Isabelle Debré, présidente**, s'est déclarée favorable à cette suggestion. La commission a modifié dans ce sens l'amendement puis l'a adopté.

Article 16 Permanence des soins			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe UC	77	Interconnexion des centres 15 et 18	Retiré
	78	Mise en place de formes de prescription adaptées à la permanence de soins	Retiré

**Dominique Leclerc** s'est déclaré très réservé sur l'amendement n° 78 qui vise à permettre au médecin régulateur d'un centre 15 et au médecin régulateur libéral de permanence des soins d'effectuer des prescriptions par fax, courriel ou téléphone, fut-ce dans un cadre préservant la sécurité de l'acte médical.

**Isabelle Debré, présidente**, a estimé que les courriels sont facilement falsifiables et que cette mesure est à son sens dangereuse.

**Jean-Marie Vanlerenberghe** a précisé que l'amendement prévoit que les modalités particulières de prescription seront fixées par voie réglementaire.

**Gilbert Barbier** s'est interrogé sur le sens du terme « prescription » tel qu'employé dans cet amendement.

**Gérard Dériot** s'est étonné qu'un médecin puisse prescrire sans avoir ausculté le patient.

Article 16 Permanence des soins			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Bizet	886	Couverture assurantielle des médecins participants à la permanence	Rejeté
Rapporteur	1376	Extension du régime de responsabilité public aux actes des médecins participant à la permanence	Adopté

*Par l'amendement n° 1376, **Alain Milon, rapporteur**, a souhaité étendre la protection offerte par le régime de responsabilité administrative des établissements de santé à l'ensemble des médecins participant à la permanence des soins.*

***Gilbert Barbier** a demandé s'il est prévu une restriction à ce régime en cas de faute grave.*

***Alain Milon, rapporteur**, a répondu que les médecins seront couverts par le régime de responsabilité administrative même dans ce cas de figure.*

<b>Article 16</b> <b>Permanence des soins</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe CRC - SPG	366	Doublement de l'amende en cas de refus de réquisition	<b>Rejeté</b>
	367	Doublement de l'amende en cas de refus de réquisition	<b>Rejeté</b>
Gilles	1065	Obligation pour le médecin d'informer à chaque absence le conseil départemental de l'ordre	<b>Retiré</b>
Bizet	887	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1377	Amendement de rectification d'une erreur rédactionnelle	<b>Adopté</b>
	1378	Suppression de la mention d'un contrôle du directeur général de l'ARS sur la permanence des soins	<b>Adopté</b>

***La commission a adopté l'article 16 dans la rédaction résultant de ses travaux.***

<b>Article 16 bis</b> <b>Expérimentation du dossier médical sur clef USB pour les patients atteints d'affections de longue durée</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1318	Rédactionnel	<b>Adopté</b>

<b>Article 17</b> <b>Coopération entre les professionnels de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1379	Amendement de rectification d'une erreur rédactionnelle	<b>Adopté</b>
Groupe UC	128	Organisation des délégations d'activités ou d'actes par l'ARS	<b>Retiré</b>
	129	Création de nouvelles professions de santé lors de transferts d'activités ou d'actes de soins	<b>Retiré</b>
Juilhard	198	Information du patient sur sa prise en charge par un professionnel participant à une coopération	<b>Adopté</b>

Par l'amendement n° 198, **Jean-Marc Juilhard** a souhaité que le patient soit informé par les professionnels de santé, lorsqu'ils s'engagent dans une démarche de coopération interdisciplinaire impliquant des transferts d'activités ou d'actes de soins.

Soulevant la question de la responsabilité du praticien, éventuellement engagée lors d'une telle délégation de compétences, **Gilbert Barbier** a fait valoir les limites à fixer à ce type de dispositif.

**Isabelle Debré, présidente**, a relevé que l'amendement ne prévoit que l'information du patient.

**Alain Milon, rapporteur**, a également considéré qu'il est important d'assurer la transparence que méritent ces transferts d'activités ou d'actes de soins, lesquels seront d'ailleurs organisés dans le cadre de protocoles définis par la Haute Autorité de santé.

**Brigitte Bout** a fait valoir que le patient devra être à même de comprendre les informations qui lui seront fournies.

**Jean-Marie Vanlerenberghe** a approuvé cet amendement, cohérent avec l'ensemble du projet de loi qui met le patient au cœur des préoccupations de santé publique.

Article 17			
Coopération entre les professionnels de santé			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1380	Rédactionnel	Adopté
Groupe socialiste	645	Agrément d'établissements de santé susceptibles de donner leur avis sur les protocoles de coopération	Retiré
Rapporteur	1381	Rédactionnel	Adopté
	1382	Intégration des protocoles de coopération étendus dans la formation initiale ou continue	Adopté

Sur l'amendement n° 1382 qui mentionne la formation continue, **François Autain** a relevé que l'Assemblée nationale a modifié le projet de loi pour remplacer cette formule par celle de « développement professionnel continu ». A ce moment du débat, il a considéré qu'il est indispensable que le Gouvernement renonce à la procédure d'urgence sur ce texte pour permettre une navette entre les deux assemblées.

<b>Article 17</b> <b>Coopération entre les professionnels de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1383	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
	1384	Exigence de preuves de compétences pour la participation à une coopération	<b>Adopté</b>
	1385	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	368	Association des fédérations hospitalières représentatives aux concertations sur la valorisation et la hiérarchisation des actes médicaux	<b>Retiré</b>
Groupe UC	144	Association des fédérations hospitalières représentatives aux concertations les concernant	<b>Retiré</b>
Procaccia, Gournac	35	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	648	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	369	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	646	Coopérations fondées sur des projets de regroupement en cabinet partagé ou en maison de santé pluridisciplinaire	<b>Retiré</b>
	647	Discriminations géographiques en matière de conventionnement	<b>Retiré</b>

***La commission a adopté l'article 17 dans la rédaction résultant de ses travaux.***

<b>Article additionnel après l'article 17</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe UC	134	Possibilité pour les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes de déduire la cotisation à leur ordre de leur impôt sur le revenu	<b>Retiré</b>

<b>Article 17 bis</b> <b>Lactariums</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1386	Maintien du monopole des lactariums	<b>Adopté</b>

***La commission a adopté l'article 17 bis dans la rédaction résultant de ses travaux.***

<b>Article 17 ter</b>			
<b>Report de la transmission électronique des feuilles de soins au 1<sup>er</sup> septembre 2009</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Procaccia	256	Amendement de suppression	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1387	Possibilité de saisine de la HAS par les caisses d'assurance maladie sur les référentiels de prise en charge	<b>Adopté</b>

***Catherine Procaccia** a fait valoir le caractère à son avis inapplicable de l'article 17 ter du fait qu'il n'existe pas de convention pour toutes les professions.*

***Alain Milon**, rapporteur, a indiqué que la rédaction actuelle permet l'achèvement de la mise en place de la télétransmission.*

***Gilbert Barbier**, **François Autain** et **Jean-Marc Juilhard** ont plaidé en faveur de cet article qui permet de développer de nouvelles formes de télétransmission.*

*Présentant l'amendement n° 1387, **Alain Milon**, rapporteur, a souhaité élargir la possibilité de saisine de la Haute Autorité de santé en ce qui concerne les actes en série, en permettant à l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et aux caisses nationales chargées de la gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie de solliciter son avis sur tout référentiel encadrant la prise en charge d'un type particulier de soins.*

***François Autain** a mis en avant les risques de chevauchement entre les compétences des régimes d'assurance maladie et des ARS en ce qui concerne la gestion du risque assurantiel.*

***Gilbert Barbier** a souligné la nécessité de demander à la HAS d'avancer plus rapidement dans la mise en œuvre des protocoles.*

***La commission a adopté l'article 17 ter dans la rédaction résultant de ses travaux.***

<b>Article additionnel après l'article 17 ter</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Leclerc	158	Obligation pour l'établissement hospitalier de solliciter le nom des professionnels de santé à qui transmettre les informations nécessaires au suivi des soins	<b>Satisfait</b>

*Abordant l'article 18, **Alain Milon**, rapporteur, a présenté de manière synthétique les amendements qu'il propose. Cet article touche un point sensible, celui des discriminations qui sont parfois une réalité pour l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU, de la CMU-c et de l'aide*

médicale d'Etat (AME). La sanction de ces comportements contraires à la déontologie professionnelle doit être renforcée. Ainsi, il ne faut pas prévoir de procédure de conciliation dans les cas de récidive. Pour autant, la loi ne doit pas consacrer la méthode du « testing » qui fait peser un soupçon injustifié sur l'ensemble des professionnels. Enfin, il est nécessaire de clarifier la procédure prévue dans la rédaction actuelle.

**Catherine Procaccia** a indiqué avoir discuté de cette question avec différents professionnels qui lui ont rapporté que certains patients bénéficiaires de ces différents régimes de couverture sociale oublient trop facilement qu'ils ont également des devoirs, par exemple celui d'honorer les rendez-vous qu'ils prennent. De plus, il arrive que certaines caisses ne versent pas d'indemnisation aux médecins pendant les périodes de renouvellement de CMU.

**Alain Milon**, rapporteur, a confirmé que ces problèmes existent un peu partout sur le territoire.

**Dominique Leclerc** a abondé dans ce sens et précisé que des problèmes se posent également lorsque les droits à la CMU viennent à échéance.

**François Autain** s'est interrogé sur la pertinence d'une rémunération à l'acte pour des populations marginales, mais **Catherine Procaccia** et **Isabelle Debré** ont indiqué que tous les bénéficiaires de la CMU ne sont pas dans cette situation.

<b>Article 18</b>			
<b>Limitation des refus de soins par les professionnels de santé</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Payet	188	Renversement de la charge de la preuve dans les cas de discrimination	<b>Rejeté</b>
Lardeux	50	Renvoi aux obligations déontologiques	<b>Rejeté</b>
Rapporteur	1388	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	650	Identique au précédent	<b>Satisfait</b>
Rapporteur	1389	Clarification de la procédure	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	370	Possibilité de saisine au travers des associations	<b>Rejeté</b>
Groupe CRC - SPG	371	Possibilité de saisine de l'ARS	<b>Rejeté</b>
Leclerc	166	Saisine du conseil ordinal compétent	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	652	Possibilité de saisine au travers des assurances complémentaires	<b>Retiré</b>

A l'occasion de l'examen de l'amendement n° 652 qui prévoit d'élargir aux organismes d'assurance maladie complémentaire la faculté de recevoir les requêtes de patients à l'encontre des professionnels de santé,



**Bernard Cazeau** a indiqué qu'il est important de rendre accessible, notamment pour les personnes en difficulté, la possibilité de porter plainte.

De son côté, **Gérard Dériot**, considérant qu'il s'agit d'un problème d'éthique, a considéré plus légitime de laisser la compétence à l'ordre concerné.

<b>Article 18</b>			
<b>Limitation des refus de soins par les professionnels de santé</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Rapporteur	1390	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	655	Convocation du professionnel mis en cause dans les quinze jours	<b>Rejeté</b>
Rapporteur	1391	Suppression du testing	<b>Adopté</b>
Lardeux	51	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Bizet	888	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Barbier	941	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Gilles	1066	Identique au précédent	<b>Adopté</b>

**Alain Milon, rapporteur**, a proposé la suppression de la pratique du testing qui fait peser inutilement sur l'ensemble des médecins un soupçon infondé.

**Dominique Leclerc** a vivement approuvé cet amendement.

**François Autain** s'est déclaré d'un avis strictement inverse, en se demandant pourquoi les médecins ne feraient pas l'objet de cette méthode qui a été développée pour d'autres professions et qui a reçu l'agrément de la Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (Halde). Les médecins sont des professionnels comme les autres et le testing n'a rien d'infamant.

**Bernard Cazeau** a également soutenu cette méthode car on ne peut nier que certains professionnels abusent. Si l'on prévoit de supprimer le testing, il est nécessaire de proposer une autre façon de faire.

**Alain Milon, rapporteur**, a précisé que l'ensemble de l'article améliore la procédure classique, qui est celle du dépôt d'une plainte par le patient.

<b>Article 18</b>			
<b>Limitation des refus de soins par les professionnels de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	651	Possibilité de saisine au travers des associations	<b>Rejeté</b>
Rapporteur	1392	Absence de conciliation en cas de récidence	<b>Adopté</b>
	1393	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	656	Renvoi immédiat devant la juridiction ordinaire	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1394	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	657	Obligation de la prononciation d'une sanction par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie en cas de carence de l'ordre	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1395	Correction d'une erreur de référence	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	372	Suppression de la mention des cas où le professionnel peut refuser des soins	<b>Rejeté</b>
Rapporteur	1396	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	373	Obligation pour un médecin de s'assurer de la prise en charge d'un patient auquel il refuse des soins	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	658	Obligation pour un médecin de s'assurer de l'orientation d'un patient auquel il refuse des soins	<b>Retiré</b>
Bizet	889	Suppression de la possibilité de sanction par l'organisme local d'assurance maladie	<b>Retiré</b>
Barbier	927	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
Gilles	1067	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
Desessard, Blandin, Boumediene-Thiery, Voynet, Muller	12	Fixation d'un plafond permettant de déterminer les dépassements d'honoraires disproportionnés	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	374	Identique au précédent	<b>Rejeté</b>

*Par l'amendement n° 374, **François Autain** a souhaité remplacer l'appréciation par le médecin du tact et de la mesure par un plafond défini par décret, en ce qui concerne le dépassement d'honoraires. Il s'est en effet demandé comment un médecin peut apprécier les conditions sociales de son patient.*

***Alain Milon**, rapporteur, est convenu que le tact et la mesure sont difficiles à apprécier mais que rien d'autre n'est satisfaisant en la matière.*

<b>Article 18</b>			
<b>Limitation des refus de soins par les professionnels de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	659	Fixation de la notion de tact et mesure à deux fois le plafond du secteur 1	<b>Rejeté</b>
Gilles	1068	Avis conforme des commissions des pénalités sur les sanctions prononcées par les caisses	<b>Retiré</b>
	1069	Suppression de la possibilité de sanction par les caisses	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	375	Publication des sanctions appliquées aux récidivistes	<b>Rejeté</b>
Groupe socialiste	660	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
	661	Publication des sanctions dans la salle d'attente ou le lieu d'exercice	<b>Rejeté</b>
Gilles	1070	Limitation de la possibilité de publication aux décisions devenues définitives	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	654	Possibilité de consulter une liste des professionnels ayant fait l'objet d'une sanction	<b>Rejeté</b>
Groupe UC	153	Information de l'organisme d'assurance maladie complémentaire sur les sanctions prononcées	<b>Adopté</b>
Gournac	208	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	653	Identique au précédent	<b>Adopté</b>

*La commission a adopté l'article 18 dans la rédaction résultant de ses travaux ; le groupe CRC-SPG et le groupe socialiste ont déclaré voter contre.*

<b>Articles additionnels après l'article 18</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Procaccia, Rozier, Gournac	36	Consécration législative de l'accès direct à certaines spécialités prévu par l'article D. 162-1-7 du code de la sécurité sociale	<b>Satisfait</b>
Groupe socialiste	662	Composition de la commission des pénalités	<b>Retiré</b>
	663	Remise au patient d'une copie de la feuille de soins télétransmise	<b>Rejeté</b>

*Sur l'amendement n° 663, **Bernard Cazeau** a souhaité, d'une part, que les professionnels de santé remettent une copie de la feuille de soins télétransmise à leurs patients, d'autre part, qu'ils leur fournissent une quittance si le règlement s'effectue en espèces.*

***Catherine Procaccia** a fait observer qu'il n'existe pas de copie de la feuille de soins en cas de télétransmission.*

*Sylvie Desmarescaux a dénoncé à la fois le manque de confiance envers les professionnels de santé que cette mesure suppose et la surcharge administrative qu'elle entraîne.*

*Selon Jacky Le Menn, il ne faut pas y voir de défiance particulière envers les professionnels, mais la fourniture d'une quittance peut permettre de lever tout risque de contestation.*

*Catherine Procaccia a indiqué que les problèmes de remboursement arrivent plus souvent du fait des feuilles de soins-papier perdues par les caisses d'assurance maladie plutôt que de celles télétransmises par le médecin.*

<b>Article additionnel après l'article 18</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Vasselle	962	Possibilité pour les caisses de mettre en place des services pour faciliter le retour à domicile	<b>Retiré</b>

<b>Article 18 bis Consultation annuelle gratuite d'un généraliste pour les jeunes</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1319	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
	1320	Rédactionnel	<b>Adopté</b>

*La commission a adopté l'article 18 bis dans la rédaction résultant de ses travaux.*

<b>Article 18 ter Transmission d'informations par les caisses d'assurance maladie aux ordres professionnels compétents</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Juillard	199	Refonte de la procédure de signalement d'un comportement déontologique défaillant des professionnels de santé	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1321	Suppression du pouvoir d'amende institué en faveur des instances disciplinaires ordinaires	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	376	Amendement de cohérence	<b>Tombe</b>
	377	Relèvement du montant des sanctions financières prévues pour le non-respect de la notion de tact et mesure par les professionnels de santé	<b>Tombe</b>

*Alain Milon, rapporteur, a proposé, dans son amendement n° 1321, de supprimer le pouvoir d'amende en faveur des instances ordinales, qui disposent déjà d'un large éventail de peines disciplinaires. Les sanctions financières relèvent plutôt de la responsabilité des organismes d'assurance maladie.*

*La commission a adopté l'article 18 ter dans la rédaction résultant de ses travaux.*

Articles additionnels après l'article 18 ter			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Barbier	926	Faculté pour les chambres disciplinaires des instances ordinales de prononcer des amendes	Rejeté
Desmarescaux, Bout, Debré, Goy-Chavent, Gournac, Hermange, Kammermann, Payet	251	Information des patients sur le coût et la provenance des prothèses	Adopté
About	1133	Information des patients sur le coût, la qualité et la provenance des prothèses et autres dispositifs médicaux actifs qui leur sont implantés	Satisfait

*Sylvie Desmarescaux a présenté son amendement n° 251 qui prévoit lors de la fourniture d'une prothèse que le patient doit être informé de son coût d'achat auprès du prothésiste et de son origine de fabrication. De nombreux chirurgiens-dentistes se fournissent en effet à l'étranger, ce qui entraîne d'importantes différences dans la qualité des prothèses. En tout état de cause, il est essentiel d'assurer la transparence et la complète information des patients. Isabelle Debré, présidente, a également mentionné les risques de plus en plus importants d'allergies à certains matériaux.*

*La commission a adopté l'article additionnel après l'article 18 ter dans la rédaction résultant de ses travaux.*

Articles additionnels après l'article 18 ter			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Barbier	942	Renforcement du droit des patients à l'information par les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance	Retiré
Rapporteur	1399	Clarification du cadre législatif applicable à la garantie des risques de responsabilité civile encourus par les médecins	Adopté

*Alain Milon, rapporteur, a présenté l'amendement n° 1399 qui concerne la garantie des risques de responsabilité civile encourus par les médecins. Les assureurs plafonnent généralement cette garantie à 3 millions d'euros, ce qui est inférieur aux indemnités les plus élevées accordées par le juge. Même en prenant en compte la prise en charge par l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des infections iatrogènes et des infections nosocomiales (Oniam), cette situation peut exposer les praticiens exerçant des spécialités à risques importants à des difficultés considérables. Cet amendement vise en conséquence à clarifier le cadre législatif et à éviter les recours au-delà du plafond de garantie.*

*Bernard Cazeau a approuvé cet amendement particulièrement important pour les gynécologues-obstétriciens.*

*La commission a adopté l'article additionnel après l'article 18 ter dans la rédaction issue de ses travaux.*

*Puis elle a adopté l'article 18 quater sans modification.*

Article additionnel après l'article 18 quater			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	664	Obligation pour les médecins d'indiquer sur la plaque apposée à l'extérieur de leur cabinet le secteur conventionnel auquel ils appartiennent	Rejeté

*Bernard Cazeau a présenté l'amendement n° 664 qui a pour but d'obliger les médecins à indiquer, sur la plaque apposée à l'extérieur de leur cabinet, le secteur conventionnel auquel ils appartiennent, afin de permettre aux patients de connaître immédiatement les tarifs pratiqués.*

*Catherine Procaccia a précisé que l'indication du secteur ne renseigne pas obligatoirement sur les tarifs pratiqués. Gilbert Barbier a fait observer que les tarifs sont déjà affichés dans les salles d'attente. Isabelle Debré, présidente, s'est interrogée sur la pertinence de rendre cette disposition obligatoire.*

Article additionnel avant l'article 19			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe CRC - SPG	378	Information du public sur l'existence d'une convention entre un membre des professions médicales et une entreprise pharmaceutique	Rejeté

Sur l'amendement n° 378, **François Autain** a indiqué qu'il souhaite renforcer la transparence de l'information en matière de santé, en rendant publique l'existence de conventions entre les professionnels de santé et les entreprises du secteur.

**Alain Milon**, rapporteur, a précisé qu'il existe déjà diverses dispositions à ce sujet dans le code de la santé publique.

<b>Article 19</b>			
<b>Développement professionnel continu des professionnels de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe CRC - SPG	379	Sanction des médecins qui ne remplissent pas leur obligation de formation continue	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1322	Limitation des fonctions de l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu au financement des actions de formation	<b>Adopté</b>
Gilles	1071	Gestion des fonds affectés à la formation continue par les partenaires conventionnels	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	665	Obligation d'une durée minimum d'expérience professionnelle dans un établissement de santé avant toute installation en exercice libéral pour les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes	<b>Rejeté</b>
Procaccia	257	Réintroduction du conseil national du développement professionnel continu en chirurgie-dentaire	<b>Retiré</b>

Par son amendement n° 257, **Catherine Procaccia** a proposé de réintroduire dans le code de la santé publique le conseil national de la formation continue des chirurgiens-dentistes qui a servi de pilote pour l'organisation de la formation continue des autres professions médicales.

**Alain Milon**, rapporteur, a précisé que la réforme prévue à cet article crée un gestionnaire unique pour la gestion des fonds du développement professionnel continu mais prévoit le maintien d'un conseil national par profession pour l'organisation des actions de formation. Ces conseils nationaux seront créés par la voie réglementaire, comme la ministre s'y est engagée lors de la discussion à l'Assemblée nationale.

<b>Article 19</b>			
<b>Formation continue des professionnels de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe CRC - SPG	381	Suppression de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé de la liste des objectifs de la formation continue des professionnels de santé	<b>Retiré</b>

<b>Article 19</b>			
<b>Formation continue des professionnels de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
	380	Sanction des chirurgiens-dentistes qui ne remplissent pas leur obligation de formation continue	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1323	Limitation des fonctions de l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu au financement des actions de formation	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	383	Coordination	<b>Retiré</b>
	384	Sanction des pharmaciens qui ne remplissent pas leur obligation de formation continue	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1324	Limitation des fonctions de l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu au financement des actions de formation	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	382	Coordination	<b>Retiré</b>
	385	Sanction des sages-femmes qui ne remplissent pas leur obligation de formation continue	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1325	Limitation des fonctions de l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu au financement des actions de formation	<b>Adopté</b>
Kammermann	237	Possibilité pour les sages-femmes exerçant en établissement hospitalier de bénéficier de la formation continue existant dans ce cadre pour les autres professions médicales	<b>Retiré</b>
Chevé, Le Menn, Schillinger, Printz	1119	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	666	Coordination	<b>Adopté</b>

*Par l'amendement n° 666, **Jacky Le Menn** a proposé de maintenir les dispositions relatives au développement professionnel continu pour les professionnels de santé exerçant dans les établissements de santé privés d'intérêt collectif, comme cela existait pour le secteur privé à but non lucratif participant au secteur public hospitalier (PSPH). **Alain Milon**, rapporteur, a émis un avis favorable sur cette coordination.*

<b>Article 19</b>			
<b>Formation continue des professionnels de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe CRC - SPG	386	Sanction des auxiliaires médicaux qui ne remplissent pas leur obligation de formation continue	<b>Retiré</b>



*La commission a adopté l'article 19 dans la rédaction résultant de ses travaux.*

*Présidence d'Isabelle Debré, vice-présidente. -*

*Au cours d'une troisième réunion tenue dans la soirée, la commission a poursuivi, sur le rapport d'Alain Milon, l'examen des amendements sur le projet de loi n° 290 (2008-2009), adopté par l'Assemblée nationale, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.*

*Elle a repris ses travaux aux articles additionnels après l'article 19.*

<b>Articles additionnels après l'article 19</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Bout	71	Exclusion des stages à finalité pédagogique des étudiants auxiliaires médicaux de l'obligation de gratification des stagiaires	<b>Satisfait</b>
Payet	184	Identique au précédent	<b>Satisfait</b>
Lardeux	203	Identique au précédent	<b>Satisfait</b>
Desmarescaux, Hermange, Goy-Chavent, Gournac	240	Identique au précédent	<b>Satisfait</b>
Groupe UC	864	Identique au précédent	<b>Satisfait</b>
Pinton, Mayet	217	Exclusion des stages à finalité pédagogique des étudiants orthophonistes de l'obligation de gratification des stagiaires	<b>Adopté</b>

*Brigitte Bout a présenté l'amendement n° 71 qui concerne les conditions dans lesquelles les étudiants auxiliaires médicaux effectuent des stages dans le cadre de leur cursus. Sylvie Desmarescaux s'est dite convaincue de la nécessité d'un tel amendement car les étudiants connaissent aujourd'hui de réelles difficultés à trouver des stages en raison de l'obligation pour l'employeur de les rémunérer.*

*L'amendement n° 217 limitant cette dispense de rémunération aux étudiants orthophonistes, la commission a retenu cette version, considérant qu'elle satisfait partiellement les autres.*

*La commission a alors adopté cet article additionnel après l'article 19 dans la rédaction issue de ses travaux.*

<b>Articles additionnels après l'article 19</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Kammermann	238	Possibilité d'intégrer une formation de sage-femme à l'université	<b>Satisfait</b>
Groupe socialiste	668	Identique au précédent	<b>Satisfait</b>
Barbier	930	Identique au précédent	<b>Satisfait</b>
About	1134	Reconnaissance du diplôme d'Etat de sage-femme au niveau master	<b>Adopté</b>

*Alain Milon, rapporteur, a soutenu l'amendement n° 1134 qui, dans le cadre des financements existants, permet la conclusion de conventions entre les régions, les écoles de sages-femmes et les universités pour reconnaître au diplôme d'Etat de sage-femme le niveau master.*

*La commission a alors adopté cet article additionnel après l'article 19 dans la rédaction issue de ses travaux.*

<b>Articles additionnels après l'article 19</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe CRC - SPG	387	Ouverture d'une négociation annuelle obligatoire entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie	<b>Retiré</b>
	388	Création de la profession d'assistant-dentaire	<b>Retiré</b>
About	1135	Identique au précédent	<b>Retiré</b>

*Alain Milon, rapporteur, est convenu de la nécessité d'adopter un statut pour les assistants dentaires qu'il semble cependant prématuré d'adopter à ce stade, car la ministre de la santé a commandé un rapport sur cette question.*

<b>Article 19 bis Encadrement de la médecine esthétique</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Michaux-Chevry	870	Encadrement plus rigoureux des actes à visée esthétique	<b>Satisfait</b>
Gournac	259	Renforcement du contrôle des actes à visée esthétique	<b>Adopté</b>
Rapporteur	1326	Amendement de cohérence	<b>Adopté</b>

***La commission a adopté l'article 19 bis dans la rédaction résultant de ses travaux.***

<b>Article 19 ter</b>			
<b>Ordres des professions médicales</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Rapporteur	1327	Encadrement de la procédure de retrait de l'inscription aux ordres des professions médicales	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	390	Suppression de la possibilité de traduire les professionnels de santé chargés d'un service public devant la chambre disciplinaire de l'instance ordinale	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1328	Suppression de la possibilité ouverte aux ordres de poursuivre les praticiens en charge de la médecine de contrôle devant les chambres disciplinaires	<b>Adopté</b>
Leclerc	164	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Vasselle	963	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	669	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	389	Maintien du principe de la tenue d'un registre des délibérations des chambres disciplinaires de première instance des ordres professionnels	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1329	Réintroduction de l'adjonction à la chambre disciplinaire, avec voix consultative, d'un professeur de médecine et d'un praticien conseil	<b>Adopté</b>
	1330	Encadrement de la procédure de retrait de l'inscription aux ordres des professions médicales	<b>Adopté</b>
	1331	Coordination sur l'effectif du conseil de la section hospitalière de l'ordre national des pharmaciens	<b>Adopté</b>
	1332	Dispositions transitoires pour les élections aux conseils de l'ordre des pharmaciens	<b>Adopté</b>
Leclerc	167	Identique au précédent	<b>Adopté</b>

***La commission a adopté l'article 19 ter dans la rédaction résultant de ses travaux.***

<b>Article 19 quater</b>			
<b>Ordres des professions paramédicales</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Groupe CRC - SPG	391	Suppression de la mise à disposition de l'ordre national des infirmiers de la liste des infirmiers hospitaliers	<b>Rejeté</b>

*Par l'amendement n° 391, François Autain a souhaité s'opposer à ce que l'ordre national des infirmiers dispose de la liste nominative des professionnels. Alain Milon, rapporteur, a au contraire considéré que cette disposition est nécessaire au bon fonctionnement de l'ordre.*

<b>Article 19 quater</b> <b>Ordres des professions paramédicales</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1333	Fixation par décret des conditions de l'inscription automatique d'infirmiers au tableau de l'ordre	<b>Adopté</b>
	1334	Précision sur les critères d'inscription à l'ordre requis pour les infirmiers	<b>Adopté</b>
	1335	Suppression de l'instauration d'un seuil démographique pour la mise en place de conseils départementaux au sein de l'ordre des infirmiers	<b>Adopté</b>
Michaux-Chevry	869	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Lardeux	52	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Groupe UC	109	Suppression de l'instauration d'un seuil démographique pour la mise en place de conseils départementaux au sein des ordres des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes	<b>Satisfait</b>
Barbier	928	Identique au précédent	<b>Satisfait</b>
Groupe socialiste	667	Dispensation de l'inscription automatique au tableau de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes employés par des structures publiques	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1336	Fixation par décret des conditions de l'inscription automatique de masseurs-kinésithérapeutes au tableau de l'ordre	<b>Adopté</b>
	1337	Suppression de l'instauration d'un seuil démographique pour la mise en place de conseils départementaux au sein de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes	<b>Adopté</b>
Gilles	1072	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Rapporteur	1338	Possibilité de regroupement de conseils départementaux de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes en cas de difficultés de fonctionnement liées à la démographie des masseurs-kinésithérapeutes	<b>Rejeté</b>
	1339	Amendement de conséquence	<b>Tombe</b>

*Alain Milon, rapporteur, a présenté l'amendement n° 1338 qui vise à permettre le regroupement de conseils départementaux dans les cas où la faiblesse démographique des masseurs-kinésithérapeutes en rend difficile le fonctionnement optimal.*

*A l'occasion de l'examen de cet amendement, Gilbert Barbier et Gérard Dériot se sont interrogés sur la suppression du seuil de création des*

*conseils départementaux qui revient à imposer à cette profession de s'organiser dans ce cadre territorial défini.*

*Enfin, Alain Milon, rapporteur, a soulevé le problème du niveau des cotisations à certains ordres professionnels, qui n'est pas toujours raisonnable.*

<b>Article 19 quater</b> <b>Ordres des professions paramédicales</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1340	Disposition transitoire pour les élections aux conseils de l'ordre national des infirmiers	Adopté

*La commission a adopté l'article 19 quater dans la rédaction résultant de ses travaux.*

<b>Article 19 quinquies</b> <b>Contrôle des établissements de formation agréés en ostéopathie et chiropraxie</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1341	Rédactionnel	Adopté
	1342	Rédactionnel	Adopté
	1343	Instauration d'une durée minimale de formation pour l'obtention du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur	Adopté
Groupe socialiste	989	Allongement de la durée minimum de formation des ostéopathes	Adopté

*Interrogé par Sylvie Desmarescaux et Gilbert Barbier sur la capacité des écoles d'ostéopathie à délivrer au minimum 3 520 heures de formation et sur leur agrément, Alain Milon, rapporteur, a précisé que la procédure d'agrément est maintenue et que l'ensemble du dispositif vise à sécuriser les manipulations et assurer la sécurité des patients.*

*La commission a alors adopté l'article 19 quinquies dans la rédaction résultant de ses travaux.*

<b>Article 19 sexies</b> <b>Contrôle des cabinets d'exercice libéral par l'Inspection générale des affaires sociales</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Gilles	1073	Suppression de l'article	Retiré

**La commission a adopté l'article 19 sexies sans modification.**

*Alain Milon, rapporteur, a ensuite présenté l'article 20 du projet de loi qui concerne l'habilitation accordée au Gouvernement pour conduire par voie d'ordonnance la réforme de la biologie médicale. L'enjeu est double : avoir la meilleure qualité d'examens possible et préserver le caractère médical de l'exercice de cette profession qui ne doit pas être soumise au droit de la concurrence que pourrait imposer la Cour de Justice des Communautés européennes. Plusieurs amendements légitimes semblent satisfaits par la rédaction actuelle du projet d'ordonnance ; il sera en conséquence utile que chaque parlementaire puisse l'examiner pour réévaluer ses amendements. Dès à présent, il semble nécessaire de limiter les formes d'exercice commercial possibles pour un laboratoire de biologie médicale.*

*Dominique Leclerc a mis en avant le caractère particulièrement complexe et technique de la réforme des laboratoires de biologie médicale. De plus, le ministère a procédé à de larges et fructueuses consultations auprès des professionnels. La réforme qui en résulte prend bien en compte l'impératif de considérer la biologie médicale comme une spécialité et garantit la qualité dans la chaîne des soins pour les patients. Par ailleurs, comme l'a prévu l'Assemblée nationale, il est essentiel de lutter contre la financiarisation à outrance de ce secteur car elle n'apporterait pas les garanties pour le patient en termes de santé publique. Il s'est enfin inquiété de l'impact du droit communautaire sur les modalités d'organisation des laboratoires.*

<b>Article 20</b>			
<b>Réforme du statut des laboratoires de biologie médicale par voie d'ordonnance</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Desessard, Voynet, Blandin, Boumediene-Thiery, Muller	13	Amendement de suppression	<b>Retiré</b>
Gilles	1074	Identique au précédent	<b>Retiré</b>

*Présentant l'amendement n° 1074, **Brigitte Bout** a fait valoir que la procédure d'habilitation accordée au Gouvernement pour prendre des dispositions par voie d'ordonnance en vue de réformer le statut des laboratoires n'est pas satisfaisante.*

Article 20 Réforme du statut des laboratoires de biologie médicale par voie d'ordonnance			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	670	Qualité et assurance qualité sous le contrôle de la HAS	Retiré

*Par l'amendement n° 670, **Jacky Le Menn** a souhaité renforcer les garanties effectives de la qualité des examens de biologie médicale.*

***Gilbert Barbier** a indiqué que le projet d'ordonnance prévoit d'instituer des procédures d'accréditation précises allant dans ce sens.*

***Gérard Dériot** a ajouté que les professionnels ont par eux-mêmes mis en place des systèmes de contrôle obligatoire. Le projet d'ordonnance les renforce, afin d'améliorer encore la qualité et la sécurité et pour répondre aux progrès techniques importants que le secteur a accomplis. Il a également rejeté l'ouverture du capital des laboratoires à des organismes financiers.*

*Enfin, selon **Dominique Leclerc**, la démarche qualité engagée par les professionnels se conjugue aux contrôles de la Haute Autorité de santé pour améliorer la sécurité des patients.*

Article 20 Réforme du statut des laboratoires de biologie médicale par voie d'ordonnance			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Bizet, Pinton, Beaumont, Dulait, Le Grand, Trillard	879	Possibilité pour les vétérinaires de continuer à faire une spécialisation en biologie médicale	Rejeté

*Sur l'amendement n° 879, **Alain Milon**, rapporteur, a précisé qu'il a pour objet de préserver la possibilité actuellement ouverte aux vétérinaires de se spécialiser en biologie humaine et de diriger par voie de conséquence un laboratoire d'analyses. La France est le seul pays à autoriser cette spécialisation et la direction d'un laboratoire d'analyses médicales par un vétérinaire pourrait amener la Commission européenne à considérer que ce secteur est soumis au droit de la concurrence.*

Article 20 Réforme du statut des laboratoires de biologie médicale par voie d'ordonnance			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	671	Autorité du médecin pharmacien biologiste sur l'activité du laboratoire	Retiré

*Jacky Le Menn a souhaité, au travers de l'amendement n° 671, éviter les conflits d'intérêt en interdisant toute détention, directe ou indirecte, du capital social d'un laboratoire par un non-professionnel.*

*Alain Milon, rapporteur, a indiqué que cet amendement est satisfait par la rédaction actuelle du projet d'ordonnance.*

*Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports, a également considéré que cette précision est inutile car le monopole de la direction des laboratoires par un professionnel est au cœur de l'ordonnance.*

*François Autain a fait valoir qu'on ne dispose pas de ce texte à ce stade du débat.*

*Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, remet à François Autain, à l'intention de la commission, le projet d'ordonnance.*

<b>Article 20</b>			
<b>Réforme du statut des laboratoires de biologie médicale par voie d'ordonnance</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1400	Limitation des formes d'exercice possibles	<b>Retiré</b>

*Par l'amendement n° 1400, Alain Milon, rapporteur, a souhaité limiter les formes d'exercice de la biologie médicale aux sociétés civiles professionnelles et aux sociétés d'exercice libéral. Tout en comprenant l'intention du rapporteur, Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, a trouvé trop restreinte la formulation de l'amendement qui empêcherait certaines formes de sociétés commerciales ; elle a plaidé en faveur d'une évaluation plus précise.*

<b>Article 20</b>			
<b>Réforme du statut des laboratoires de biologie médicale par voie d'ordonnance</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe UC	156	Libéralisation de l'accès au capital	<b>Retiré</b>

*Jean-Marie Vanlerenberghe a dénoncé une éventuelle industrialisation du secteur des laboratoires de biologie médicale, qui pourrait être la conséquence de l'ouverture de leur capital. La santé publique serait perdante si les aspects économiques prédominent.*



*A sa demande de précision sur cette question, **Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a confirmé qu'elle a apporté des garanties explicites lors des débats à l'Assemblée nationale. Elle a rappelé que plus d'une dizaine de laboratoires sont fermés chaque année pour des défauts de qualité. L'ensemble du processus d'expertise et de consultation qui a été mis en œuvre pour préparer cette réforme, notamment le rapport Ballereau, a pointé du doigt certaines insuffisances dans le maillage territorial des laboratoires et a permis de préparer la rédaction de cette ordonnance sous le signe de l'amélioration de la qualité et de la sécurité pour les patients.*

<b>Article 20</b>			
<b>Réforme du statut des laboratoires de biologie médicale par voie d'ordonnance</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	672	Limitation à cinq du nombre de sites	<b>Retiré</b>
	673	Maintien des contrats de collaboration	<b>Retiré</b>
	674	Possibilité pour les seuls médecins ou pharmaciens biologistes de diriger un laboratoire	<b>Retiré</b>
	675	Limitation du nombre de sociétés exploitant un laboratoire dans lesquelles une même personne peut avoir des parts	<b>Retiré</b>
	676	Direction de chaque site par un médecin ou pharmacien biologiste associé exerçant à titre libéral	<b>Retiré</b>
	677	Détention de plus de 50 % du capital et des votes par les médecins ou pharmaciens biologistes	<b>Retiré</b>

***La commission a adopté l'article 20 dans la rédaction issue de ses travaux.***

<b>Article 21</b>			
<b>Habilitation du Gouvernement à prendre par ordonnance les mesures nécessaires à la transposition de certaines règles communautaires en matière de qualifications professionnelles et de dispositifs médicaux</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1350	Encadrement de l'habilitation accordée pour compléter la transposition de la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et suppression de celle accordée pour modifier le code de l'éducation	<b>Adopté</b>

***La commission a adopté l'article 21 dans la rédaction résultant de ses travaux.***

<b>Articles additionnels après l'article 21</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Groupe socialiste	678	Incitations à la souscription d'une complémentaire santé	<b>Irrecevabilité art. 40</b>
	679	Prise en charge de nuitées d'hôtel pour des parents accompagnant un enfant malade	<b>Irrecevabilité art. 40</b>
	680	Dispense des épreuves de vérification des connaissances pour des médecins étrangers justifiant de fonctions rémunérées au cours des deux années précédentes	<b>Satisfait</b>
	681	Transformation des services de médecine préventive universitaire en centres de santé	<b>Irrecevabilité art. 40</b>
	682	Consultations de gynécologie et de suivi psychologique dans les services de médecine préventive universitaire	<b>Irrecevabilité art. 40</b>
	683	Rapport du Gouvernement au Parlement sur la transformation des services de médecine préventive universitaire en centres de santé	<b>Rejeté</b>
	684	Aide à la souscription d'une complémentaire santé pour les étudiants	<b>Irrecevabilité art. 40</b>
	685	Aide à la souscription d'une complémentaire santé pour les étudiants boursiers	<b>Irrecevabilité art. 40</b>
	686	Gel du montant de la cotisation au régime étudiant de sécurité sociale	<b>Retiré</b>
Payet	871	Relèvement du plafond de ressources pour le bénéfice de la CMU	<b>Irrecevabilité art. 40</b>
Groupe socialiste	993	Identique au précédent	<b>Irrecevabilité art. 40</b>

*Yves Daudigny a regretté que l'application de l'article 40 de la Constitution empêche d'améliorer l'accès aux soins des personnes démunies.*

<b>Article 21 bis</b>			
<b>Publicité des associations de patients financées par les industriels de santé</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Rapporteur	1351	Précisions relatives à la date d'entrée en vigueur, à l'annualité de la publication et au rôle de la Haute Autorité de santé	<b>Adopté</b>

*La commission a adopté l'article 21 bis dans la rédaction résultant de ses travaux.*

<b>Article 21 ter</b> <b>Assurance des professionnels de santé salariés</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1352	Correction d'une erreur de référence d'alinéa	<b>Adopté</b>

*La commission a adopté l'article 21 ter dans la rédaction résultant de ses travaux.*

<b>Article 21 quater</b> <b>Reconnaissance de diplômes et qualifications professionnelles de pays non-membres de la Communauté européenne</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1353	Amendement de précision	<b>Adopté</b>

*La commission a adopté l'article 21 quater dans la rédaction résultant de ses travaux.*

<b>Article 21 quinquies</b> <b>Laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1354	Suppression de la ratification de l'ordonnance n° 2005-866 relative au laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies	<b>Adopté</b>

*En ce qui concerne le laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies, **Marie-Thérèse Hermange** a salué l'initiative du Gouvernement de proposer d'intégrer dans ce projet de loi sa réforme, car elle répond aux propositions faites dans son rapport d'information n° 79 (2008-2009) relatif au sang de cordon.*

***François Autain** a précisé qu'il envisage de déposer ultérieurement un amendement de suppression de l'article.*

*La commission a ensuite adopté l'article 21 quinquies dans la rédaction résultant de ses travaux.*

<b>Article 21 <i>sexies</i> Télémédecine</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1355	Correction de la numérotation de l'article dans le code de la santé publique	<b>Adopté</b>
	1356	Ajouts du respect des règles de déontologie et de la prise de décision thérapeutique comme acte possible de télémédecine	<b>Retiré</b>

*La commission a adopté l'article 21 *sexies* dans la rédaction résultant de ses travaux.*

*Elle a adopté l'article 21 *septies* sans modification.*

<b>Article 21 <i>octies</i> Non-application de pénalités dans certains parcours de soins</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1357	Suppression de la non-application de pénalités lors d'une consultation en établissement médico-social	<b>Adopté</b>

*La commission a adopté l'article 21 *octies* dans la rédaction résultant de ses travaux.*

<b>Article 21 <i>nonies</i> Elimination des matériels médicaux usagés perforants</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1358	Suppression de l'article	<b>Adopté</b>
Gilles	1075	Définition des personnes amenées à financer l'élimination des déchets d'activités de soins à risque infectieux	<b>Tombe</b>
	1076	Date d'entrée en vigueur	<b>Tombe</b>

*Sans préjuger du fond du dispositif, **Alain Milon, rapporteur**, a proposé de supprimer l'article 21 *nonies* qui concerne la gestion des déchets d'activités de soins à risque infectieux pour laquelle le projet de loi « Grenelle II », qui viendra prochainement en débat au Sénat, offre un cadre mieux adapté de discussion.*

*La commission a supprimé l'article 21 *nonies*.*

*Elle a ensuite abordé l'examen du titre III relatif à la prévention et la santé.*

<b>Article 22 A</b> <b>Définition OMS de la santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1401	Amendement de suppression	<b>Adopté</b>
Barbier	929	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	687	Inclusion de la santé environnementale	<b>Tombe</b>

***La commission a supprimé l'article 22 A.***

<b>Article 22 B</b> <b>Définition de l'éducation à la santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1402	Amendement de suppression	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	392	Remplacement de l'intitulé	<b>Tombe</b>
Groupe socialiste	688	Correction en : « éducation pour la santé »	<b>Tombe</b>
Groupe CRC - SPG	401	Définition de l'éducation pour la santé	<b>Tombe</b>
Groupe UC	130	Inscription de l'éducation à la santé dans les programmes scolaires	<b>Tombe</b>
Groupe socialiste	689	Prévention des maladies de civilisation liées aux comportements et aux modes de vie	<b>Tombe</b>

***Alain Milon**, rapporteur, a estimé inutile de définir une notion nouvelle d'« éducation à la santé », alors que l'on parle d'« éducation pour la santé » depuis 1972.*

***François Autain** s'est déclaré opposé à la suppression de cet article : il est en effet nécessaire de définir l'éducation à la santé, puisque cette notion est utilisée dans l'article du présent projet de loi relatif à l'éducation thérapeutique.*

***La commission a supprimé l'article 22 B.***

Article 22 C			
Rôle de veille de la Haute Autorité de santé en matière d'affichage, par les sites informatiques dédiés à la santé, d'hyperliens vers les autres sites français dédiés à la santé et aux médicaments			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1403	Amendement de suppression	Adopté

*En concertation avec la Haute Autorité de santé, **Alain Milon**, rapporteur, a jugé peu utile d'imposer aux sites internet à contenu médical déjà certifiés une obligation supplémentaire.*

**La commission a supprimé l'article 22 C.**

Article additionnel avant l'article 22			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe CRC - SPG	393	Signalement par les patients et associations des incidents en matière de pharmacovigilance	Rejeté

*Constatant la sous-déclaration des effets indésirables des médicaments, **François Autain** a proposé par l'amendement n° 393 de faire participer les patients au système de pharmacovigilance.*

***Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a précisé qu'une directive européenne est en préparation sur cette question. Une évaluation complémentaire semble nécessaire pour pouvoir mettre en place un système de filtrage des déclarations.*

***Gilbert Barbier** a relevé que le système de pharmacovigilance est organisé autour du médecin-traitant et que l'adoption de l'amendement aboutirait à un engorgement du dispositif.*

Article additionnel avant l'article 22			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	690	Elargissement du répertoire des génériques	Retiré

*Par l'amendement n° 690, **Jacky Le Menn** a souhaité lutter contre les stratégies de contournement de prescription des génériques en mettant au point un répertoire plus large que celui existant.*

***Alain Milon, rapporteur**, a estimé ce dispositif intéressant mais dépourvu de lien avec le présent texte.*

Article additionnel avant l'article 22			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	691	Révision du prix des molécules innovantes	Rejeté

***Bernard Cazeau** a présenté l'amendement n° 691 qui tend à promouvoir l'utilisation par les établissements publics de santé des médicaments issus de molécules innovantes.*

***Alain Milon, rapporteur**, s'est interrogé sur l'équilibre financier de la recherche pharmaceutique en cas de baisse du prix de ces molécules.*

*Après le rejet de cet amendement, il a présenté l'équilibre général de l'article 22 du projet de loi, qui définit l'éducation thérapeutique du patient, ainsi que les amendements qu'il propose. L'éducation thérapeutique est la possibilité pour les personnes atteintes de pathologies longues ou chroniques de prendre en charge certains aspects de leur traitement. Elle mobilise autour du patient de nombreux acteurs : les personnels soignants, l'entourage du malade, les associations, les services du ministère, la Haute Autorité de santé ou encore les entreprises. Les relations entre ces différents intervenants sont soumises à des tensions diverses : la défiance réciproque entre les associations et les médecins, la volonté d'encadrement du ministère et le souhait des entreprises de promouvoir l'usage de médicaments et autres dispositifs qu'elles commercialisent. Dès lors, un problème éthique se pose, celui de l'implication des entreprises dans l'éducation thérapeutique du patient.*

*A la suite du rapport présenté par Christian Saout, président du collectif inter associatif sur la santé (Ciss), et de la discussion qui a eu lieu à l'Assemblée nationale, **Alain Milon, rapporteur**, a indiqué avoir cherché le moyen de garantir la séparation entre les entreprises et les patients, tout en tenant compte des souhaits exprimés par les associations. La possibilité pour une entreprise d'élaborer un programme d'éducation thérapeutique sera ainsi soumise à une triple condition : la participation des associations de patients et des professionnels de santé, une autorisation par l'ARS et une évaluation par la HAS.*

*Par ailleurs, il a souhaité inclure l'observance dans la définition de l'éducation thérapeutique, sous l'appellation d'« adhésion aux traitements prescrits », et conserver l'idée de la remise d'un rapport par le Gouvernement sur la création d'un fonds national.*

*En prenant comme contre-exemple la situation du président du Ciss, **François Autain** s'est déclaré radicalement opposé à la position du rapporteur, qui n'offre pas de garantie suffisante sur l'absence de lien, direct ou indirect, entre les associations de patients et les laboratoires pharmaceutiques.*

Après avoir récusé les accusations graves et infondées portées à l'égard du président du Ciss, **Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a jugé contre-productif de fermer totalement la porte à des financements en provenance des laboratoires. Si la transparence et l'étanchéité sont dûment organisées, il n'y a rien de répréhensible à ce que les laboratoires financent des actions d'éducation thérapeutique.

**Jean-Marie Vanlerenberghe** a également mis en avant la question de l'indépendance et de la neutralité de l'éducation thérapeutique, qui doit être disjointe de l'acte commercial. Il est essentiel d'organiser la transparence pour éviter toute manipulation.

**Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a salué le travail du rapporteur pour améliorer la rédaction de l'article. Elle en a partagé les principes généraux et a proposé à la commission une rédaction alternative.

Au regard de l'importance de ce nouvel amendement, **Isabelle Debré, présidente**, a proposé à la ministre, qui l'a accepté, de le déposer à un stade ultérieur afin qu'il puisse être examiné de manière satisfaisante par la commission.

<b>Article 22</b>			
<b>Education thérapeutique du patient</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Rapporteur	1404	Réécriture de l'article	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	396	Mention de la seule éducation thérapeutique dans l'intitulé	<b>Satisfait</b>
Leclerc	160	Définition de l'éducation thérapeutique	<b>Satisfait</b>
Payet	154	Interdiction de démarches indirectes - Création d'un fonds national - Renforcement de l'encadrement du programme d'apprentissage	<b>Rejeté</b>
Groupe socialiste	693	Identique au précédent	<b>Rejeté</b>

**Jean-Marie Vanlerenberghe** a défendu l'amendement n° 154 qui propose notamment de créer un fonds public national dédié à l'éducation thérapeutique.

**Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a relevé que la création d'un tel fonds a été préconisée dans un rapport d'information de la commission des affaires sociales du Sénat mais qu'il est nécessaire d'expertiser plus avant les modalités de sa constitution.



<b>Article 22</b> <b>Education thérapeutique du patient</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe CRC - SPG	394	Interdiction de toute démarche indirecte	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	692	Place de l'éducation thérapeutique dans l'éducation pour la santé	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	409	Prise en charge de l'éducation thérapeutique par l'assurance maladie	<b>Irrecevabilité sociale</b>
	398	Monopole des éducateurs et professionnels de santé en matière d'éducation thérapeutique	<b>Rejeté</b>
	399	Caractère non promotionnel des programmes	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	694	Précision de la part de financements public et privé dans les programmes	<b>Retiré</b>
	695	Evaluation des programmes selon les critères de la HAS et des enquêtes régionales	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	395	Sanction du non-respect des interdictions	<b>Retiré</b>
Gilles	1077	Participation des entreprises à l'éducation thérapeutique	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	397	Suppression de la possibilité des financements privés	<b>Retiré</b>
	400	Taxe pour le financement de l'éducation thérapeutique	<b>Rejeté</b>
Leclerc	169	Dénomination de « programmes de guidance technique »	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	402	Inclusion des dispositifs médicaux dans le champ de l'éducation thérapeutique	<b>Retiré</b>
	405	Priorité des alternatives thérapeutiques aux programmes d'apprentissage	<b>Retiré</b>
Gilles	1078	Inclusion de l'observance dans l'éducation thérapeutique	<b>Satisfait</b>
Groupe UC	131	Priorité des professionnels de santé ayant en charge le patient pour la mise en œuvre des programmes d'apprentissage	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	404	Limitation dans le temps des programmes d'apprentissage	<b>Retiré</b>
	403	Encadrement de la rémunération des participants aux programmes	<b>Retiré</b>
	406	Amendement de cohérence	<b>Retiré</b>
	407	Renforcement des règles de confidentialité	<b>Retiré</b>
	408	Interdiction des contreparties pour le médecin prescripteur	<b>Retiré</b>
	410	Interdiction des contreparties pour le patient et son entourage	<b>Retiré</b>
	411	Publicité des décisions et sanctions prononcées par l'Afssaps	<b>Retiré</b>
	412	Sanction du non-respect des autorisations	<b>Retiré</b>
	413	Financement de l'éducation thérapeutique	<b>Retiré</b>

***La commission a adopté l'article 22 dans la rédaction résultant de ses travaux.***

<b>Articles additionnels après l'article 22</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Desessard, Voynet, Blandin, Boumediene-Thiery, Muller	14	Possibilité pour une fille mineure de se faire prescrire le vaccin contre le papillomavirus	<b>Retiré</b>
	15	Expérimentation du vaccin contre le papillomavirus sur les garçons	<b>Retiré</b>

<b>Article 22 bis Extension des missions des sages-femmes</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe UC	132	Expérimentation de la possibilité pour les sages-femmes de prescrire l'IVG médicamenteuse	<b>Adopté</b>

*Jean-Marie Vanlerenberghe a présenté l'amendement n° 132 qui reprend une recommandation de la délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale pour mener dans une région française une expérimentation autorisant les sages-femmes à pratiquer des interruptions volontaires de grossesse (IVG) lorsqu'elles sont réalisées par voie médicamenteuse. Il peut en effet être utile d'étendre l'accès à cette méthode dans certaines régions connaissant un taux important de recours à l'IVG.*

*Bernard Cazeau s'est opposé au transfert de cette responsabilité médicale aux sages-femmes.*

*Gilbert Barbier s'est interrogé sur l'âge des femmes concernées par ce dispositif.*

*Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, s'est déclarée favorable à cet amendement même s'il existe des centres de planning familial qui dispensent déjà ce type d'IVG.*

*La commission a alors adopté l'article 22 bis dans la rédaction résultant de ses travaux.*

<b>Article 22 ter Délivrance des médicaments contraceptifs par les services de médecine de prévention des universités</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Lardeux	53	Suppression de l'article	<b>Retiré</b>

*La commission a adopté l'article 22 ter sans modification.*

<b>Articles additionnels après l'article 22 ter</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Groupe CRC - SPG	414	Formation des sages-femmes au sein des universités	<b>Satisfait</b>
	415	Rapport sur l'opportunité d'intégrer la formation des sages-femmes aux universités	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	696	Soutien de l'Etat au planning familial	<b>Retiré</b>
	990	Renouvellement de certaines formes de contraception par les infirmiers	<b>Retiré</b>

*Sur l'amendement n° 990 qui propose d'autoriser les infirmiers à renouveler dans certaines conditions les prescriptions de contraceptifs oraux, **Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, s'est déclarée favorable à son principe mais a souhaité qu'une concertation soit organisée avec les ordres compétents car se pose la question de la responsabilité des professionnels.*

***Marie-Thérèse Hermange et Gilbert Barbier** se sont déclarés formellement opposés à cet amendement car un tel acte médical doit relever de la responsabilité du médecin.*

<b>Articles additionnels après l'article 22 ter</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Groupe socialiste	991	Renouvellement de certaines formes de contraception par les pharmaciens	<b>Rejeté</b>
	992	Coordination	<b>Tombe</b>

<b>Article 22 quater Mission de l'Afssaps</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Rapporteur	1407	Suppression pour coordination	<b>Adopté</b>

***La commission a supprimé l'article 22 quater.***

***Puis elle a adopté l'article 22 quinquies sans modification.***

<b>Article 22 <i>sexies</i></b> <b>Initiation à l'utilisation du défibrillateur lors de la journée d'appel à la défense nationale</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1408	Suppression de l'article	<b>Adopté</b>

*La commission a supprimé l'article 22 *sexies*.*

<b>Article 22 <i>septies</i></b> <b>Formation des psychothérapeutes</b>			
Auteur	N°	Objet	Décision de la commission
Debré	877	Suppression de l'article	<b>Retiré</b>
Desessard, Voynet, Blandin, Boumediene-Thiery, Muller	16	Suppression de l'article	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1344	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
Groupe UC	148	Suppression de la condition de diplôme prévue pour l'accès à la formation en psychopathologie clinique	<b>Retiré</b>
Vasselle, Gournac	964	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
	965	Accès au titre de psychothérapeute pour les étudiants inscrits dans une école de psychothérapie et les professionnels en exercice	<b>Retiré</b>

*Alain Milon, rapporteur, a indiqué que cet article a pour but d'améliorer la base légale nécessaire à l'adoption d'un décret en Conseil d'Etat en ce qui concerne la profession de psychothérapeute.*

*Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, a souscrit aux propos du rapporteur et a mentionné les difficultés juridiques résultant de la rédaction de l'article 52 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Il est pourtant nécessaire de garantir la formation des professionnels, alors que les patients concernés sont particulièrement vulnérables.*

*Bernard Cazeau a annoncé que son groupe déposera ultérieurement des amendements sur cet article.*

*Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, lui a indiqué que le décret prévoira des procédures de validation pour les professionnels qui exercent depuis un certain nombre d'années.*

*A la remarque d'Isabelle Debré, présidente, sur la confusion entre psychanalyse et psychothérapie, Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, a justement souhaité sortir de ce conflit.*

*Jean-Marie Vanlerenberghe a mis en avant la nécessité de sortir de la situation actuelle tout en résolvant le problème de la validation des acquis de l'expérience.*

*Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, a conclu en indiquant que la validation des acquis ne doit pas obérer la sécurité et la qualité des soins au bénéfice des patients.*

***La commission a donc adopté l'article 22 septies sans modification.***

<b>Article additionnel après l'article 22 septies Accueillants familiaux thérapeutiques</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Décision de la commission</b>
Lardeux	1130	Situation juridique des accueillants familiaux thérapeutiques	<b>Adopté</b>

*Marie-Thérèse Hermange a présenté l'amendement n° 1130 qui a pour objet de clarifier la situation juridique des accueillants familiaux thérapeutiques employés par des établissements ou services de soins. Il s'agit, d'une part, de donner une traduction législative à une jurisprudence du Tribunal des Conflits relative à leur statut, d'autre part, de donner aux établissements de soins la capacité légale de les agréer.*

***La commission a adopté l'article additionnel après l'article 22 septies dans la rédaction issue de ses travaux.***

*La commission a décidé de poursuivre ses travaux le mardi 5 mai.*

#### IV. MARDI 5 MAI 2009

*Au cours d'une première réunion tenue dans l'après-midi, sous la présidence de Nicolas About, président, la commission a poursuivi, sur le rapport d'Alain Milon, l'examen des amendements sur le projet de loi n° 290 (2008-2009), adopté par l'Assemblée nationale, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.*

*Alain Vasselle s'est fait l'écho d'un article de presse annonçant que la ministre de la santé et des sports a informé la fédération hospitalière de France d'un report à 2010 de la mise en œuvre de la convergence tarifaire. Il est pour le moins regrettable que les parlementaires travaillant depuis fort longtemps sur ces questions n'aient pas été informés au préalable de cette initiative. Trop de temps a été perdu par les services du ministère, et notamment la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (Dhos), pour réaliser les études sur cette réforme alors que les difficultés de sa mise en œuvre sont pourtant bien connues.*

*Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports, a confirmé avoir écrit à la fédération hospitalière de France pour annoncer le report à 2010 de la mise en œuvre de la convergence tarifaire compte tenu des difficultés rencontrées. Il faut en effet prendre en considération de nombreux éléments très différents dans le secteur public et dans le secteur privé. Les premières maquettes élaborées se sont révélées insuffisantes, de sorte que des études complémentaires doivent encore être réalisées.*

*La commission a alors repris ses travaux à l'article additionnel avant l'article 23.*

Article additionnel avant l'article 23			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	697	Création dans le code de la santé publique d'un titre relatif au service public de la santé mentale	Retiré
Groupe socialiste	698	Obligation pour les psychiatres exerçant en secteur libéral de participer au service public	Retiré
	699	Rémunération forfaitaire pour les médecins de premier recours en santé mentale	Retiré
	700	Rapport sur les modalités de mise en œuvre de la rémunération forfaitaire	Retiré

*A l'occasion de l'examen de ces quatre amendements, **Alain Milon, rapporteur**, a rappelé que le Gouvernement vient d'être destinataire d'un rapport sur les missions et l'organisation de la santé mentale et de la psychiatrie établi par Edouard Couty et que l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (Opeps) a publié tout récemment un rapport sur un sujet voisin. Il convient d'attendre la discussion du projet de loi de santé mentale dont le Gouvernement a annoncé le dépôt pour débattre de manière exhaustive des questions relatives à la santé mentale.*

<b>Article 23</b> <b>Interdiction de vente d'alcool aux mineurs</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	701	Possibilité de vérification de l'âge pour la vente d'alcool à emporter	<b>Irrecevabilité art. 41</b>
Ferat	1112	Identique au précédent	<b>Irrecevabilité art. 41</b>

*Après qu'**Alain Milon, rapporteur**, a donné un avis favorable à ces amendements, **Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a invoqué l'article 41 de la Constitution.*

<b>Article 23</b> <b>Interdiction de vente d'alcool aux mineurs</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Ferat	1111	Apposition d'une affiche dans les lieux de vente à emporter	<b>Adopté</b>

*Sur l'amendement n° 1111, **Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a invoqué à nouveau l'article 41 de la Constitution.*

***Nicolas About, président**, a considéré que cette position est contestable dès lors que l'article L. 3342-4 du code de la santé publique prévoit déjà l'apposition d'une affiche dans les débits de boissons, l'amendement ne faisant qu'étendre le dispositif aux débits de boissons à emporter.*

*Après consultation du Président du Sénat sur l'applicabilité de l'article 41 de la Constitution, il a été déclaré que cette irrecevabilité n'était pas fondée et la commission a adopté l'amendement n° 1111.*

<b>Article 23</b>			
<b>Interdiction de vente d'alcool aux mineurs</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Groupe socialiste	701 bis	Fixation à un an de la durée de la peine complémentaire d'interdiction d'exercice en matière de débit de boissons	<b>Rejeté</b>

***Roselyne Bachelot-Narquin, ministre,** a estimé qu'il convient de laisser au juge la possibilité de moduler la durée de la peine complémentaire dans la limite d'une durée d'un an.*

***Nicolas About, président,** a précisé qu'il est plus efficace de laisser au juge la possibilité de prononcer éventuellement la peine complémentaire pour une durée de trois ou six mois.*

***La commission a adopté l'article 23 dans la rédaction résultant de ses travaux.***

<b>Article 24</b>			
<b>Interdiction de vente d'alcool au forfait, dans les stations services, réglementation de la vente d'alcool réfrigéré et à domicile, contrôle</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Vasselle	966	Suppression de l'interdiction de vente d'alcool dans les stations-service	<b>Rejeté</b>
	952	Interdiction de vente d'alcool dans les stations-service après 20 heures	<b>Adopté</b>
About	1136	Interdiction de la vente d'alcool le long des autoroutes et nationales à deux fois deux voies - Possibilité de vente d'alcool dans les autres points de vente de carburant jusqu'à 20 heures	<b>Adopté</b>

***Alain Milon, rapporteur,** s'est déclaré défavorable aux amendements remettant en cause, dans un sens ou dans l'autre, l'équilibre atteint lors du débat à l'Assemblée nationale sur la limitation des possibilités de vente de boissons alcooliques. En particulier, il est nécessaire de maintenir l'interdiction de vente de ces boissons dans les stations-service à partir de 18 heures.*

***Jean-Pierre Godefroy** a indiqué qu'il envisage de déposer, en vue du débat en séance publique, un amendement similaire à l'amendement n° 952 d'Alain Vasselle. Il est absolument nécessaire de faire une distinction entre les stations-service d'autoroute, dans lesquelles l'interdiction de la vente d'alcool est parfaitement justifiée, et les commerces de proximité qui, notamment en zone rurale, vendent du carburant. Interdire à ces commerces la vente*



*d'alcool dès 18 heures serait absurde dans la mesure où les grandes surfaces voisines pourront quant à elles continuer à en vendre jusqu'à leur fermeture.*

***Roselyne Bachelot-Narquin, ministre,** a fait valoir que les commerces évoqués par Jean-Pierre Godefroy ne seront pas considérés comme des stations-service au sens de la loi. Plusieurs amendements tendent à élargir les possibilités de vendre des boissons alcooliques, mais le texte adopté par l'Assemblée nationale a déjà fait l'objet de négociations intenses avec l'ensemble des acteurs concernés et a permis de prendre en compte les impératifs économiques en excluant notamment les dégustations et les foires des dispositions d'interdiction des « open bars ». Il s'agit d'un bon équilibre entre les exigences de santé publique et les impératifs économiques et commerciaux qu'il convient de ne pas dénaturer.*

***Nicolas About, président,** a observé que l'interdiction des « open bars » est déjà contournée dans les faits. Lorsqu'un jeune assiste à ce type de soirée, les tickets de boisson qu'on lui remet à l'entrée ne sont en réalité jamais réclamés au bar, de sorte que la consommation n'est pas limitée. Il a indiqué que son amendement n° 1136 tend d'une part à reporter de 18 à 20 heures l'heure à partir de laquelle la vente d'alcool est interdite dans les points de vente de carburant car cet horaire n'est pas tenable face à la concurrence des autres commerces proches, notamment en milieu rural ; il prévoit d'autre part d'interdire totalement la vente de boissons alcooliques sur les aires de repos et aires de service en bordure des autoroutes et des routes à deux fois deux voies car il est désormais démontré que la consommation d'alcool est le premier facteur d'accident de la route, en particulier la nuit.*

***Patricia Schillinger** a indiqué qu'une grande station-service a été construite entre Strasbourg et Mulhouse, dans laquelle sont vendues dix-huit mille bouteilles de vin alsacien chaque année, essentiellement à des touristes dont les cars s'arrêtent dans la station. L'interdiction de la vente d'alcool entre 18 heures et 8 heures du matin pénalisera considérablement l'activité de cette station-service et la diffusion des produits locaux sans qu'il en résulte un progrès pour la sécurité routière dès lors que les produits achetés ne sont pas consommés immédiatement.*

***Alain Vasselle** a déclaré partager les objectifs poursuivis par le Gouvernement tout en divergeant sur les moyens à employer. Le texte adopté par l'Assemblée nationale ne constitue pas un équilibre satisfaisant dès lors que l'interdiction de la vente d'alcool dans les points de vente de carburant est discriminatoire et inopérante, de nombreux commerces de proximité pouvant pour leur part poursuivre cette activité. L'existence d'un compromis entre le Gouvernement et l'Assemblée nationale ne justifie pas que le Sénat renonce à prévoir des dispositions cohérentes et véritablement équilibrées dans ce domaine.*

***Nicolas About, président,** a observé que l'inquiétude de Jean-Pierre Godefroy sur le sort des commerces de proximité délivrant du carburant est*

*justifiée, dès lors que le texte adopté par l'Assemblée nationale mentionne les « points de vente de carburants » et non les « stations-service ».*

***Samia Ghali** a fait valoir que le texte provenant de l'Assemblée nationale donne le sentiment que les accidents liés à l'alcool ont tous lieu sur l'autoroute. En réalité, ils se déroulent le plus souvent sur route et certains commerces délivrent de l'alcool jour et nuit sans que le projet de loi prenne en compte cette situation. Il est nécessaire d'avoir une vision plus large de cette question et de protéger les mineurs en exigeant systématiquement la carte d'identité avant de vendre de l'alcool.*

***Bernard Cazeau** a relevé que tout équilibre se situe entre « trop » et « pas assez ». Il est souhaitable de trouver une formule qui atteigne réellement les objectifs recherchés et l'amendement n° 1136 de Nicolas About est à cet égard le plus complet.*

***Sylvie Desmarescaux** a constaté que les interdictions relatives au tabac sont largement contournées en zone frontalière par l'approvisionnement dans les pays voisins et qu'il en ira de même pour l'alcool.*

***Roselyne Bachelot-Narquin, ministre,** a déclaré avoir pleinement conscience que les politiques de santé publique ne sont pas des filets aux mailles parfaitement étanches. Ces interdictions, qui prennent place dans une politique globale, ont d'abord pour objet d'appeler l'attention de chacun sur la dangerosité de ces produits. Le comité interministériel de sécurité routière a recommandé l'interdiction totale de la vente d'alcool dans les points de vente de carburants. En prévoyant une interdiction à partir de 18 heures, le texte réalise effectivement un équilibre entre les recommandations des experts et les impératifs économiques. Étendre encore la possibilité de vente d'alcool dans ces lieux serait contraire à l'éthique.*

***Alain Milon, rapporteur,** a alors fait part de l'expérience dramatique récente qu'il a vécue dans sa commune où, au cours du week-end du 4 avril 2009, trois accidents mortels se sont produits. Tous impliquaient des conducteurs ayant une grande quantité d'alcool dans le sang. Certes, toutes les interdictions subiront parfois des contournements. Pour autant, la commission des affaires sociales doit avoir à cœur de faire prévaloir les impératifs de santé publique. Le texte adopté par l'Assemblée nationale réalise un équilibre qu'il n'est pas souhaitable de remettre en question.*

*A propos de l'amendement déposé par Nicolas About, **Alain Vasselle** s'est demandé si l'interdiction totale de la vente d'alcool sur les aires d'autoroute n'est pas déjà prévue, sauf pour les produits régionaux.*

*La commission a alors rejeté l'amendement n° 966 puis a adopté les amendements nos 952 et 1136.*

Article 24 Interdiction de vente d'alcool au forfait, dans les stations services, réglementation de la vente d'alcool réfrigéré et à domicile, contrôle			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Ferat	1108	Mise en place d'un permis de vente d'alcool à emporter	Rejeté
Groupe socialiste	729	Interdiction de vente des boissons alcooliques entre 1 heure et 8 heures du matin dans les épiceries de nuit	Satisfait

*Jean-Pierre Godefroy a souligné les difficultés importantes posées par les épiceries de nuit. Lorsque les bars ferment, les épiceries de nuit continuent à pouvoir vendre de l'alcool sans que le maire n'ait aucune possibilité de remédier à cette situation.*

*Alain Milon, rapporteur, a indiqué que l'article 24 bis inséré dans le projet de loi par l'Assemblée nationale satisfait cette préoccupation en donnant au maire le pouvoir d'interdire, la nuit, la vente à emporter de boissons alcooliques.*

Article 24 Interdiction de vente d'alcool au forfait, dans les stations services, réglementation de la vente d'alcool réfrigéré et à domicile, contrôle			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Desmarescaux, Bout, Henneron	250	Suivi d'une formation pour la vente d'alcool entre 22 heures et 8 heures	Adopté
Ferat	1105	Obligation de formation pour l'ensemble des ventes d'alcool	Satisfait

*Sylvie Desmarescaux a estimé que la formation prévue pour la vente d'alcool ne doit pas être réservée aux seules boissons réfrigérées mais étendue à l'ensemble des boissons alcooliques.*

*Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, a souhaité qu'un premier bilan soit réalisé sur la mise en œuvre des formations d'ores et déjà prévues avant d'envisager une extension aussi considérable.*

*Gisèle Printz s'est demandé quelle formation est dispensée pour pouvoir vendre de l'alcool.*

*André Lardeux s'est interrogé sur le caractère opérationnel du dispositif proposé. Un grand nombre de bénévoles vendent de l'alcool dans le cadre de certaines manifestations.*

*Sylvie Desmarescaux a alors rectifié son amendement pour ne plus faire référence aux lieux publics mais seulement aux commerces.*

*Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, a précisé que la formation à la vente d'alcool comporte notamment un volet consacré à la législation, qui est complexe en ce qui concerne les différentes catégories de boissons, et un volet de sensibilisation aux dangers de l'alcool.*

<b>Article 24</b>			
<b>Interdiction de vente d'alcool au forfait, dans les stations services, réglementation de la vente d'alcool réfrigéré et à domicile, contrôle</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Ferat	1107	Obligation de formation pour les salariés d'une entreprise vendant des boissons alcooliques réfrigérées	<b>Rejeté</b>
Barbier	931	Limitation de l'obligation de licence aux dépositaires non agréés en matière de vente à distance	<b>Rejeté</b>
Ferat	1106	Exemption de l'obligation de formation pour les ventes à titre accessoire	<b>Rejeté</b>
	1109	Délai d'un an pour la mise en conformité en matière de formation des vendeurs d'alcool réfrigéré	<b>Rejeté</b>
	1110	Peine de substitution de formation	<b>Rejeté</b>
Groupe socialiste	702	Responsabilité pénale de l'incitation à la consommation excessive d'alcool dans les lieux fréquentés majoritairement par les jeunes	<b>Adopté</b>

*Après que **Nicolas About, président**, a souligné que l'amendement n° 702 tend à engager la responsabilité pénale des sociétés alcoolières en cas d'incitation à la consommation excessive d'alcool, la commission a adopté cet amendement.*

***Bernard Cazeau** a estimé que cette initiative est tout à fait conforme aux objectifs poursuivis par le projet de loi.*

***André Lardeux** s'est néanmoins interrogé sur la cohérence d'ensemble de l'article tel qu'amendé en ce sens.*

***La commission a adopté l'article 24 dans la rédaction résultant de ses travaux.***

<b>Articles additionnels après l'article 24</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	703	Peine complémentaire d'installation d'un éthylotest antidémarrreur	<b>Retiré</b>

**Bernard Cazeau** a fait valoir que l'amendement n° 703 tend à étendre à l'ensemble du territoire français un programme expérimenté avec succès en Haute-Savoie.

**Alain Milon, rapporteur**, a indiqué avoir envisagé un temps de proposer cette mesure mais que l'éthylotest antidémarrreur a pour inconvénient de laisser la possibilité à une autre personne que le conducteur de démarrer le véhicule. Un dispositif plus efficace permettant de contrôler en permanence l'alcoolémie du conducteur fait actuellement l'objet d'études et pourrait être commercialisé dans un délai d'environ deux ans pour un surcoût de l'ordre de 300 euros. Cette question fera l'objet de dispositions dans le projet de loi pour la sécurité intérieure que doit présenter le Gouvernement.

Articles additionnels après l'article 24			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Ferat	1127	Possibilité pour le maire d'interdire la vente à emporter entre 22 heures et 7 heures	Satisfait

**Les articles 24 bis et 24 ter ont été adoptés sans modification.**

Article 24 quater Réglementation de la publicité pour les boissons alcoolisées sur internet			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Laménie	1089	Suppression de l'article	Retiré

**Jean-Pierre Godefroy** a déclaré soutenir cet amendement, étant opposé à la publicité sur Internet.

**Alain Milon, rapporteur**, a rappelé que la publicité sur Internet est un moyen essentiel de vente à l'étranger des vins français et que la rédaction de l'article présente un niveau de garantie satisfaisant, notamment à l'égard des jeunes.

**La commission a adopté l'article 24 quater sans modification.**

<b>Article 25</b> <b>Interdiction des « cigarettes-bonbons »</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
About	1137	Remise d'un rapport sur l'harmonisation des taxes sur les différents conditionnements du tabac	<b>Retiré</b>

*La commission a adopté l'article 25 sans modification.*

<b>Articles additionnels après l'article 25</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Desessard, Voynet, Boumediene-Thiery, Muller	18	Réduction de l'exposition aux ondes électromagnétiques	<b>Retiré</b>
	19	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé aux personnes électro-hypersensibles	<b>Retiré</b>
	1002	Généralisation des registres des cancers	<b>Retiré</b>
	1003	Mise en place des registres des cancers dans les deux régions les plus touchées	<b>Retiré</b>

*La commission a adopté l'article 25 bis sans modification.*

<b>Article 25 ter</b> <b>Mesures de prévention des maladies liées au plomb</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1409	Suppression de l'article	<b>Adopté</b>

*La commission a supprimé l'article 25 ter.*

*Puis elle a adopté l'article 25 quater sans modification.*

<b>Article 25 quinquies</b> <b>Renforcement du système de toxicovigilance</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1410	Rôle de l'autorité de sûreté nucléaire en matière de risques liés aux radiothérapies - Constitution par l'InVS d'une base de suivi du risque cancer	<b>Adopté</b>

*La commission a adopté l'article 25 quinquies dans la rédaction résultant de ses travaux.*

<b>Article 25 sexies</b> <b>Information sur les risques sanitaires liés aux transports et lutte contre la propagation internationale des maladies</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	704	Obligation pour les sites internet d'achat ou de conseils de voyages d'informations des voyageurs sur les risques liés aux maladies	<b>Retiré</b>

*La commission a adopté l'article 25 sexies sans modification.*

<b>Article 25 septies</b> <b>Levée sous conditions de l'anonymat du dépistage du VIH et des hépatites</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Gilles	1080	Consultation du Cnom avant la prise de l'arrêté permettant la levée de l'anonymat	<b>Adopté</b>

*Après qu'Alain Milon, rapporteur, a donné un avis favorable à l'amendement, Jean-Pierre Godefroy s'est interrogé sur la pertinence de la consultation du conseil national de l'ordre des médecins, observant que toutes les associations intervenant dans ce secteur pourraient également être utilement consultées.*

*La commission a adopté l'article 25 septies dans la rédaction résultant de ses travaux.*

*La commission a adopté les articles 25 octies et 25 nonies sans modification.*

<b>Article 25 decies</b> <b>Lutte contre les troubles du comportement alimentaire - Lutte contre l'obésité</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1295	Suppression de l'article	<b>Adopté</b>
Desessard, Voynet, Blandin, Boumediene-Thiery, Muller	17	Rectification de l'intitulé du livre II bis du code de la santé publique introduit par le présent article	<b>Tombe</b>

*A l'occasion de l'examen de son amendement n° 1295, **Alain Milon, rapporteur**, a rappelé son souhait que le projet de loi soit recentré sur les dispositions des deux titres qui fondent la réorganisation du système de santé : le titre I consacré à la modernisation des établissements de santé et le titre IV relatif aux ARS. Il a précisé avoir déposé plusieurs amendements tendant à supprimer les articles sur la lutte contre l'obésité. Ces dispositions méritent d'être plutôt discutées dans le cadre d'une future loi de santé publique, de même que toutes les autres propositions concernant les questions de santé publique.*

**La commission a supprimé l'article 25 decies.**

<b>Article 25 undecies</b>			
<b>Attribution d'un caractère obligatoire aux recommandations relatives à la nutrition en restauration scolaire</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Rapporteur	1296	Suppression de l'article	<b>Adopté</b>

***Jean-Pierre Godefroy** a estimé difficile de supprimer l'ensemble des dispositions relatives à l'obésité dès lors que l'Assemblée nationale a jugé utile de les introduire dans ce projet de loi et qu'elles présentent toutes un intérêt.*

***Gilbert Barbier** a souhaité que la commission fasse preuve de cohérence en supprimant la totalité des ajouts apportés par l'Assemblée nationale.*

***Samia Ghali** a souligné l'importance de ces questions. Pour certains enfants, le repas à la cantine est le seul repas équilibré. On constate dans les collèges qu'un nombre croissant d'élèves souffrent de fractures liées à des carences en protéines ou en calcium.*

***Nicolas About, président**, a alors fait valoir que cette remarque justifie d'autant plus qu'on n'impose pas ce type de contraintes nouvelles extrêmement lourdes aux collectivités territoriales si elles offrent aux enfants des menus équilibrés. On pourrait tout aussi bien se préoccuper de savoir ce qu'ils mangent dans leur famille.*

**La commission a supprimé l'article 25 undecies.**



<b>Article 25 duodecies</b>			
<b>Intégration d'une activité physique quotidienne dans les programmes d'activités scolaires et périscolaires</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1297	Suppression de l'article	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	705	Modification rédactionnelle	<b>Tombe</b>

<b>Article 25 terdecies</b>			
<b>Indication du contenu calorique des produits alimentaires transformés dans les messages publicitaires</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1298	Suppression de l'article	<b>Adopté</b>

*Alain Milon, rapporteur, a fait valoir que l'indication du contenu calorique d'un produit alimentaire ne constitue pas une information suffisante sur sa teneur diététique et que le support du message publicitaire n'est pas le plus adéquat.*

*La commission a supprimé les articles 25 duodecies et 25 terdecies.*

<b>Article 25 quaterdecies</b>			
<b>Remise d'un rapport au Parlement sur l'impact de la télévision sur les enfants</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1299	Suppression de l'article	<b>Adopté</b>

*Anne-Marie Payet s'est déclarée hostile à la suppression de cet article compte tenu de l'influence évidente de la publicité télévisée sur les enfants.*

*Bernard Cazeau a trouvé dommage de supprimer l'ensemble des dispositions de santé publique introduites par l'Assemblée nationale, considérant qu'elles ne constituent certes pas la grande loi de santé publique attendue, comme son groupe ne manquera pas de le rappeler en séance, mais qu'elles ont le mérite de permettre une discussion sur des sujets essentiels.*

*Jean-Pierre Godefroy s'est déclaré également opposé à ces suppressions. La lutte contre l'obésité a souvent été évoquée au sein de la commission des affaires sociales, elle a donné lieu à plusieurs rapports, et notamment à celui de Gérard Dériot au nom de l'Opeps. L'argument de cohérence avancé par le rapporteur ne suffit pas à justifier la suppression de dispositions dont certaines sont tout à fait intéressantes.*

**Brigitte Bout** a évoqué le programme « Ensemble, prévenons l'obésité des enfants » (Epode) appliqué dans sa commune, dont les résultats positifs sont probants et pour lequel de nouvelles évaluations sont attendues. Il convient de ne pas légiférer sur ce sujet dans la précipitation.

**Nicolas About, président,** a fait valoir que les quelques mesures disparates sur l'obésité introduites dans le projet de loi par l'Assemblée nationale ne constituent pas la base d'une véritable politique de lutte contre l'obésité.

**François Autain** a observé que la position du rapporteur serait plus cohérente s'il proposait également la suppression des dispositions sur l'alcool, le tabac ou l'amiante.

**Bernard Cazeau** a estimé que la majorité sénatoriale ne veut pas de ces dispositions et que le renvoi à une future loi de santé publique n'est qu'un prétexte pour les rejeter.

**Nicolas About, président,** a alors rappelé qu'une proposition de loi sur l'obésité a été déposée voici plusieurs mois par des membres du groupe socialiste, qui peut parfaitement être inscrite à l'ordre du jour réservé du Sénat.

**La commission a supprimé l'article 25 quaterdecies.**

**Jean-Pierre Godefroy** a demandé pourquoi le rapporteur ne propose pas la suppression de l'article 25 quindecies dont le sujet est tout à fait comparable aux autres dispositions introduites par l'Assemblée nationale puisqu'il autorise l'utilisation des tickets restaurants pour l'achat de fruits et légumes.

**Alain Milon, rapporteur,** a indiqué que cet article répond davantage à une préoccupation sociale qu'à un objectif de santé publique.

**François Autain** a considéré, tout en approuvant le maintien de l'article 25 quindecies, que la position du rapporteur n'est pas cohérente. Cet article a certes une dimension sociale, mais il répond également à des préoccupations diététiques.

**Jean-Pierre Godefroy** a rappelé que le rapport de Gérard Dériot sur l'obésité recommande la consommation de fruits et légumes.

**La commission a adopté l'article 25 quindecies sans modification.**

<b>Article 25 sexdecies</b>			
<b>Affichage d'incitation à l'utilisation des escaliers</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Rapporteur	1300	Suppression de l'article	<b>Adopté</b>
Lardeux	54	Suppression de l'article	<b>Adopté</b>

*La commission a supprimé l'article 25 sexdecies.*

Article additionnel après l'article 25 sexdecies			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Payet	194	Maillage territorial du dépistage du cancer du sein	Rejeté
J. Blanc	260	Identique	Rejeté
Gilles	1079	Identique	Rejeté

*Bien que très sensible à l'objet de ces amendements, **Alain Milon, rapporteur**, a estimé souhaitable d'attendre la mise en œuvre du plan anti-cancer 2 pour mesurer la pertinence des dispositions proposées.*

***Anne-Marie Payet** a déclaré ne pas comprendre les raisons s'opposant à l'adoption de son amendement n° 194.*

***Paul Blanc** s'est déclaré favorable à l'adoption de l'amendement. Dans certaines zones de montagne, des cabinets privés qui participent au dépistage du cancer du sein risquent de fermer à cause des tarifs imposés dans ce domaine par les caisses d'assurance maladie.*

***Patricia Schillinger** a fait valoir que les femmes ne se font pas dépister lorsqu'elles doivent parcourir plus de trente kilomètres pour pouvoir subir ce dépistage.*

***François Autain** s'est déclaré en plein accord avec l'intention de l'auteur de l'amendement tout en exprimant la crainte que ce dispositif ne modifie guère la situation actuelle.*

***Nicolas About, président**, a fait valoir que la participation des structures publiques et libérales de proximité au dépistage est déjà possible et que l'amendement n'apporte guère de novation.*

***Roselyne-Bachelot-Narquin, ministre**, a souhaité que cette question soit abordée dans le cadre de la future loi de santé publique.*

***Paul Blanc** a estimé que cet amendement ne constitue pas un cavalier législatif dès lors que le maillage territorial du dépistage du cancer du sein concerne bien l'organisation du système de santé.*

Articles additionnels après l'article 25 <i>sexdecies</i>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe CRC - SPG	416	Accessibilité de la notice des médicaments aux personnes handicapées	Retiré
Groupe socialiste	706	Interdiction de l'utilisation du bisphénol A dans la fabrication de produits spécifiques	Rejeté

*Sur l'amendement n° 706, **Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a précisé que l'ensemble des experts interrogés sur ce sujet ont considéré que le bisphénol A ne présente pas de toxicité même en cas de choc thermique. Le principe de précaution n'est pas un principe d'émotion.*

Articles additionnels après l'article 25 <i>sexdecies</i>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	707	Interdiction de l'utilisation du perchloroéthylène	Rejeté
	708	Restriction de l'utilisation des téléphones portables par les enfants	Rejeté
	709	Incitation des utilisateurs du téléphone portable à employer un kit oreillette	Rejeté

***Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a fait état de l'organisation d'un « Grenelle des antennes » qui a permis une large confrontation des experts sur la dangerosité de ces équipements.*

***Alain Vasselle** a estimé que ce type d'amendement est contre-productif et risque de provoquer une psychose.*

***Nicolas About, président**, a fait valoir que les ondes émises par les téléphones portables ont incontestablement des effets et que la question est de savoir à quel niveau ces effets sont dangereux pour la santé.*

***Gilbert Barbier** a souligné que l'office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques s'est prononcé sur la dangerosité des antennes et prendra également position sur le téléphone mobile. Il convient donc d'attendre le résultat de ses travaux avant de prendre des dispositions législatives.*

*Dans un autre ordre d'idée, **Paul Blanc** a mentionné les atteintes à l'acuité auditive que provoquent les chaînes stéréo très puissantes installées dans certains véhicules, ce qui mériterait qu'on s'y intéresse aussi.*

Articles additionnels après l'article 25 <i>sexdecies</i>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	710	Mesures de prévention et d'information sur les risques de l'utilisation du téléphone portable	<b>Retiré</b>
	711	Mesures de prévention et d'information sur les risques de l'utilisation du wifi	<b>Retiré</b>
	712	Remise par les établissements hospitaliers d'un rapport annuel au comité de lutte contre les maladies nosocomiales	<b>Retiré</b>
	713	Réalisation d'une désinfection préalablement à chaque acte d'échographie endocavitaire	<b>Retiré</b>
	714	Remise d'un rapport au Parlement sur la mise en œuvre d'une politique de lutte contre les addictions au jeu	<b>Retiré</b>
	715	Création d'un contrat entre l'Etat, l'ARS et les collectivités territoriales dans le domaine de la prévention et l'éducation à la santé	<b>Retiré</b>
	716	Création d'un observatoire de l'épidémie de l'obésité	<b>Retiré</b>
	717	Remise d'un rapport au Parlement sur la politique de santé publique de lutte contre l'obésité	<b>Retiré</b>
	718	Inscription dans les missions de l'école d'une éducation pour la santé obligatoire	<b>Retiré</b>
	719	Inscription dans les missions de l'école de l'éducation à la santé et à la nutrition	<b>Retiré</b>
	720	Information des personnels des établissements scolaires en nutrition	<b>Retiré</b>
	721	Obligation de diffuser les messages sanitaires de l'Inpes dans les messages publicitaires concernant les aliments manufacturés et les boissons sucrées	<b>Rejeté</b>
	722	Relèvement du taux de la taxe sur les messages publicitaires concernant les aliments manufacturés et les boissons sucrées	<b>Retiré</b>
	723	Interdiction d'interruptions publicitaires concernant des produits de la restauration rapide dans les programmes de télévision destinés aux jeunes	<b>Rejeté</b>

*Sur les amendements relatifs à la publicité sur les produits alimentaires gras ou sucrés, **Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a fait état de la signature d'une charte de bonnes pratiques entre l'ensemble des acteurs concernés, dont la mise en œuvre a été placée sous le contrôle du CSA. Un comité de suivi comportant des parlementaires sera prochainement mis en place.*

<b>Articles additionnels après l'article 25 sexdecies</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Groupe socialiste	724	Indication de la densité calorique et de la composition des produits et boissons alimentaires dans les conditions fixées par l'Afssa	<b>Rejeté</b>
	725	Imposition par le ministre de la santé de la présence d'un message d'éducation sanitaire sur l'étiquette des produits ne respectant pas les règles nutritionnelles	<b>Rejeté</b>
	726	Obligation pour la restauration collective d'afficher la composition nutritionnelle et calorique des produits	<b>Retiré</b>
	727	Indication de la quantité d'acides gras trans d'origine industrielle présente dans les produits préparés industriellement	<b>Retiré</b>
	728	Insertion de la nutrition dans la protection et la promotion de la santé maternelle et infantile	<b>Rejeté</b>

*Alain Vasselle a demandé si tous les amendements qui viennent d'être rejetés donneront lieu à un nouvel examen par la commission avant le débat en séance publique.*

*Nicolas About, président, a indiqué que, en bonne logique, tous les amendements rejetés au stade de l'examen du projet de loi par la commission recevront un avis défavorable de sa part s'ils sont redéposés en vue du débat en séance publique.*

*Alain Vasselle a alors souhaité que les raisons du rejet de ces amendements soient clairement expliquées en séance par le président et le rapporteur, afin que le Sénat ne soit pas soupçonné d'indifférence à l'égard de questions de santé importantes.*

<b>Article additionnel après l'article 25 sexdecies</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Groupe socialiste	730	Modification de la réglementation relative au niveau sonore des écrans publicitaires à la télévision	<b>Adopté</b>

*Jean-Pierre Godefroy a signalé que le niveau sonore des publicités télévisuelles est plus élevé que celui des autres émissions et qu'il convient de remédier à cette anomalie.*

*La commission a adopté cet article additionnel après l'article 25 sexdecies dans la rédaction résultant de ses travaux.*

Article additionnel avant l'article 26			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	731	Intitulé du chapitre dénommant l'ARS	Adopté

*Yves Daudigny a fait valoir que l'intitulé proposé pour les ARS ne met en valeur que l'aspect sanitaire de leur mission. Il est souhaitable de prendre en compte dans leur dénomination les aspects sociaux et médico-sociaux de leur mission.*

*François Autain a estimé incohérent d'accepter la transformation opérée par l'Assemblée nationale de la conférence régionale de santé en conférence régionale de la santé et de l'autonomie tout en refusant de procéder à la même modification dans la dénomination des ARS.*

*Alain Milon, rapporteur, a fait valoir que cette différence se justifie par les missions différentes de ces structures.*

*Valérie Létard, secrétaire d'Etat chargée de la solidarité, a précisé que le terme générique d'agence régionale de santé couvre bel et bien les aspects sociaux et médico-sociaux. La modification du nom de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie a eu pour objectif de mettre en valeur le rôle éminent des acteurs de l'autonomie dans le fonctionnement de cette structure.*

*Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, a fait valoir que l'ARS sera une administration publique tandis que la conférence régionale est un lieu de dialogue et de concertation.*

*Alain Vasselle a observé que le débat en cours n'est pas dépourvu de toute conséquence pratique. Si le terme « santé » intègre l'autonomie, cela ne signifie-t-il pas que toute perte d'autonomie est liée à une perte de santé et que l'ensemble des actions relatives à l'autonomie doivent en conséquence être financées par la sécurité sociale ?*

*André Lardeux a estimé que le terme d'agence régionale de santé est lisible et ne doit donc pas être modifié.*

**La commission a adopté cet amendement. En conséquence, la dénomination de l'ARS sera modifiée dans l'ensemble du texte.**

Articles additionnels avant l'article 26			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1246	Pilotage pluriannuel de la politique de gestion du risque santé	Adopté
Vasselle	968	Identique au précédent	Adopté

*Alain Vasselle a fait part du soutien de l'ensemble du groupe UMP au dispositif proposé par ces amendements.*

*Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, a qualifié d'excellent l'amendement présenté par le rapporteur et lui a donné un avis favorable.*

*La commission a adopté cet article additionnel avant l'article 26 dans la rédaction résultant de ses travaux.*

<b>Article 26</b>			
<b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Groupe CRC - SPG	418	Dénomination de l'ARS	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	752	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Rapporteur	1247	Mise en œuvre par l'ARS des objectifs de la politique nationale de santé	<b>Adopté</b>
Pinton, Mayet	216	Renforcement du rôle des collectivités territoriales dans la mise en œuvre de la politique régionale de santé	<b>Satisfait</b>
Groupe socialiste	756	Suppression de la référence au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie	<b>Satisfait</b>
Groupe CRC - SPG	420	Garantie de l'accessibilité aux tarifs opposables	<b>Rejeté</b>
Groupe socialiste	755	Rôle des collectivités territoriales dans la mise en œuvre de la politique régionale de santé	<b>Rejeté</b>
Groupe UC	116	Respect des compétences des collectivités territoriales dans l'exercice de celles de l'ARS	<b>Adopté</b>
Pinton, Mayet	218	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	754	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Leclerc	160	Respect du rôle des organismes nationaux d'assurance maladie dans l'exercice des compétences de l'ARS	<b>Tombe</b>
Groupe CRC - SPG	421	Identique au précédent	<b>Tombe</b>
Groupe socialiste	757	Identique au précédent	<b>Tombe</b>
Rapporteur	1248	Définition des missions de l'ARS	<b>Adopté</b>

*Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, tout en approuvant l'essentiel du dispositif présenté par le rapporteur, s'est interrogé sur son dernier alinéa, exprimant la crainte qu'il constitue un recul par rapport à l'existant. Il convient de ne pas reproduire ce qui s'est passé pour l'ARH, qui devait être une maison commune à tous les acteurs concernés et est devenue un organe d'Etat. Elle a souhaité proposer une rédaction alternative et a fait valoir que les ARS ne mettront pas seulement en place des actions régionales complétant les programmes nationaux de gestion du risque mais ont également vocation à mettre en œuvre les programmes nationaux eux-mêmes.*



*Alain Vasselle a considéré que l'amendement du rapporteur est cohérent avec les précédents déjà adoptés par la commission. Il ne s'agit pas de limiter le rôle des ARS à des actions complémentaires mais bien de prendre en compte les spécificités régionales.*

*Marie-Thérèse Hermange a soutenu la proposition faite par la ministre, craignant que les ARS soient vidées d'une partie de leur substance dans le texte proposé par le rapporteur.*

*Gilbert Barbier s'est déclaré en plein accord avec la proposition du rapporteur, insistant sur la nécessité de prendre en compte les spécificités régionales. Il a cité le cas du nuage de Tchernobyl, dont les conséquences ont été plus sensibles dans l'Est de la France que dans d'autres régions.*

*François Autain a souligné que le fonctionnement des ARS ne doit pas provoquer d'inégalités entre les régions.*

*Claude Jeannerot a observé que le dispositif proposé par le rapporteur paraît particulièrement pertinent pour éviter une forme de balkanisation de la politique de gestion du risque.*

*Nicolas About, président, a demandé si l'objectif poursuivi par le Gouvernement est que la mise en œuvre des actions régionales complétant les programmes nationaux de gestion du risque soit faite indépendamment des organismes d'assurance maladie et de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).*

*Après que Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, s'est déclarée évidemment favorable à la participation des organismes d'assurance maladie et de la CNSA à la mise en œuvre des actions régionales, Nicolas About, président, a observé que la rédaction proposée par la ministre n'ajoute rien à celle du rapporteur.*

<b>Article 26</b>			
<b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Groupe socialiste	759	Rôle des services de la protection maternelle et infantile	<b>Satisfait</b>
Groupe socialiste	732	Elargissement des compétences de l'ARS aux événements environnementaux pouvant porter atteinte à la santé des populations	<b>Rejeté</b>

*Sur l'amendement n° 732, Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, a rappelé que la gestion de crise ne sera pas du ressort de l'ARS, mais du représentant de l'Etat ou des élus locaux et l'ARS aura un rôle d'expertise au service de ces autorités.*

<b>Article 26</b>			
<b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	760	Elargissement des compétences de l'ARS au champ des risques professionnels	<b>Rejeté</b>
	762	Missions de l'ARS en matière de santé environnementale	<b>Rejeté</b>
	761	Rôle de l'ARS en cas de crise environnementale	<b>Rejeté</b>
Desessard, Blandin, Boumediene-Thiery, Voynet, Muller	1004	Responsabilité de l'ARS en ce qui concerne les registres des cancers	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	422	Précision dans la mission de coordination de l'ARS	<b>Rejeté</b>
Groupe UC	117	Concertation entre l'ARS et le conseil général pour la prévention des handicaps et la perte d'autonomie	<b>Retiré</b>
Pinton, Mayet	219	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
Laménié	1090	Identique au précédent	<b>Retiré</b>

*Muguette Dini a présenté l'amendement n° 117, qui prévoit que l'ARS organise la politique de prévention des handicaps et de la perte d'autonomie en concertation avec le conseil général.*

*Valérie Létard, secrétaire d'Etat, a approuvé l'impératif de concertation, en indiquant qu'elle est organisée dans le texte au travers de la création de deux commissions de coordination, dont une est compétente en ce qui concerne les prises en charge et les accompagnements médico-sociaux des personnes âgées et handicapées.*

*Interrogée par Bernard Cazeau sur les risques de conflit entre deux autorités légalement constituées - le conseil général et l'ARS -, Valérie Létard, secrétaire d'Etat, a précisé que le projet de loi ne revient pas sur les compétences du président du conseil général ; les ARS devront assurer une concertation en amont de l'adoption du schéma régional d'organisation médico-sociale, dans le respect des compétences de chacun.*

*A la question de Paul Blanc sur la place du schéma gérontologique dans le dispositif, Valérie Létard, secrétaire d'Etat, a indiqué qu'il est inclus dans l'organisation générale.*

<b>Article 26</b>			
<b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	750	Rôle des comités régionaux d'éducation pour la santé	<b>Rejeté</b>
	753	Rôle du conseil général en ce qui concerne les actions de prévention des handicaps et de la perte d'autonomie	<b>Retiré</b>

<b>Article 26</b> <b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Vasselle	970	Suppression de la délégation aux ARS de crédits du fonds national de prévention, d'information et d'éducation sanitaire	<b>Satisfait</b>
Groupe socialiste	733	Information des membres du conseil de surveillance en cas d'attribution à l'ARS de crédits du fonds national de prévention, d'information et d'éducation sanitaire	<b>Adopté</b>

*Par l'amendement n° 733, **Bernard Cazeau** a souhaité ajouter l'obligation pour le directeur général de l'ARS d'informer son conseil de surveillance de l'attribution de crédits relevant du fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS).*

<b>Article 26</b> <b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Barbier	932	Mission de conseil de l'ARS aux collectivités territoriales en matière de défibrillateurs cardiaques	<b>Retiré</b>

***Gilbert Barbier** a proposé, au travers de l'amendement n° 932, que l'ARS conseille les collectivités territoriales en matière d'installation de défibrillateurs cardiaques. En effet, les collectivités sont trop souvent soumises à des pressions importantes de la part des sociétés qui commercialisent ces matériels.*

***Sylvie Desmarescaux** et **Patricia Schillinger**, **Alain Vasselle** et **Paul Blanc** ont confirmé les pressions qui s'exercent sur les collectivités en ce sens. De plus, **Alain Vasselle** a soulevé la question de la crainte, par les élus locaux, d'une mise en cause de leur responsabilité.*

***Paul Blanc** a rappelé les principes d'utilisation des défibrillateurs qui se révèlent inutiles s'ils ne sont pas correctement utilisés dans les trois minutes qui suivent l'accident cardiaque. Il a jugé pertinente leur installation sur les terrains de sport, mais inutile ailleurs dans la commune.*

***Roselyne Bachelot-Narquin**, ministre, et **Alain Milon**, rapporteur, ont indiqué que ce type de mission fait naturellement partie du champ de compétences de l'ARS et qu'il est superflu de l'écrire dans un texte de loi.*

<b>Article 26</b>			
<b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe CRC - SPG	432	Mission de l'ARS pour réduire les inégalités sociales et territoriales	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	741	Compétences de l'ARS dans les domaines de la santé au travail et à l'école	<b>Retiré</b>
	763	Mise en œuvre par l'ARS de la politique d'action sociale et médico-sociale en concertation avec les collectivités territoriales et les autres acteurs locaux	<b>Retiré</b>
Desessard, Blandin, Boumediene-Thiery, Voynet, Muller	1006	Garantie du financement et du fonctionnement des centres antipoison et de toxicovigilance par l'ARS	<b>Retiré</b>
Lardeux	55	Suppression de la régulation et de l'organisation de l'offre de services en santé	<b>Retiré</b>
Barbier	933	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
Bizet	943	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	764	Ajout de la lutte contre les inégalités dans les compétences de l'ARS	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	423	Suppression du terme « efficacité » dans les missions de l'ARS	<b>Tombe</b>
Groupe UC	110	Mise en place d'un service unique d'information, d'accompagnement et d'aide à la décision pour l'installation des professionnels de santé	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	424	Création, avec le concours des collectivités territoriales, d'un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	765	Elargissement des missions de l'ARS aux structures intervenant en direction de personnes confrontées à des difficultés spécifiques	<b>Satisfait</b>
	766	Respect des compétences de la HAS et de l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux dans l'exercice des compétences de l'ARS en matière de veille de la qualité et de la sécurité des soins	<b>Adopté</b>
Barbier	934	Rôle des ordres compétents en ce qui concerne l'exercice des compétences de l'ARS en matière de qualité et la sécurité des actes médicaux et paramédicaux	<b>Rejeté</b>
Bizet	944	Identique au précédent	<b>Rejeté</b>
Groupe UC	118	Rôle des collectivités territoriales dans la lutte contre la maltraitance dans les établissements de santé et médico-sociaux	<b>Adopté</b>
Pinton, Mayet	220	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	773	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Laménié	1091	Identique au précédent	<b>Adopté</b>

*Muguette Dini a présenté l'amendement n° 118, qui tend à préciser que l'ARS contribue à la prévention et à la lutte contre la maltraitance, non seulement avec les services de l'Etat mais aussi avec les collectivités territoriales concernées.*

*Valérie Létard, secrétaire d'Etat, et Alain Milon, rapporteur, ont considéré que cet ajout précise utilement le texte.*

<b>Article 26</b>			
<b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe CRC - SPG	425	Publication d'un indicateur de qualité pour les établissements et services médico-sociaux	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	734	Renforcement du rôle de la HAS sur la qualité des établissements de santé	<b>Tombe</b>
Desessard, Blandin, Boumediene-Thiery, Voynet, Muller	1005	Extension des missions de l'ARS à l'accès aux soins de santé et aux services psychosociaux des personnes accueillies en centre d'hébergement d'urgence	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	426	Précision rédactionnelle en ce qui concerne les réseaux de santé ville-hôpital	<b>Retiré</b>
	427	Prise en compte de l'ensemble des modes de contraception dans le rôle d'information de l'ARS	<b>Rejeté</b>
Vasselle	969	Missions de l'ARS en matière de gestion du risque	<b>Satisfait</b>
Dériot	1123	Extension du rôle de l'ARS en matière de gestion du risque	<b>Adopté</b>

*Par l'amendement n° 1123, Gérard Dériot a proposé que l'ARS définisse et mette en œuvre les actions propres à prévenir et à gérer le risque assurantiel en santé, alors que le texte propose simplement de mentionner qu'elle définit et met en œuvre des actions de ce type.*

<b>Article 26</b>			
<b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Leclerc	161	Mise en œuvre des missions de l'ARS en matière de gestion du risque	<b>Satisfait</b>
Groupe CRC - SPG	428	Elaboration d'un programme pluriannuel de gestion du risque assurantiel avec un volet national et un volet régional	<b>Retiré</b>
	429	Accessibilité à des tarifs opposables dans la répartition territoriale de l'offre de soins	<b>Retiré</b>
	419	Fixation d'un plafond pour les installations de médecins dans les zones sur-denses	<b>Rejeté</b>

<b>Article 26</b>			
<b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Groupe socialiste	770	Rôle de l'ARS pour répertorier l'ensemble des associations effectuant des actions de prévention en santé publique	<b>Retiré</b>
	772	Compétences de l'ARS pour fixer des durées maximales d'accessibilité aux services de santé	<b>Rejeté</b>
	768	Organisation de l'offre de soins au niveau interrégional dans les Dom	<b>Satisfait</b>
	769	Consultation des ARS pour la création de postes de praticiens hospitaliers universitaires dans les Dom	<b>Retiré</b>

***Bernard Cazeau** a indiqué que les Dom souffrent d'une sous-dotation chronique en praticiens hospitaliers universitaires et l'amendement n° 769 prévoit de consulter l'ARS pour la création de tels postes sur ces territoires.*

***Paul Blanc** a approuvé ce constat mais n'a pas souhaité augmenter les missions de l'ARS pour autant.*

***Roselyne Bachelot-Narquin, ministre,** a indiqué que cette consultation serait très positive mais qu'elle ne résout en rien le problème posé.*

<b>Article 26</b>			
<b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Groupe socialiste	767	Missions de l'ARS pour la mise en accessibilité des lieux de dépistage, de soins, de prévention et des établissements médico-sociaux	<b>Retiré</b>

***Au cours d'une deuxième réunion tenue dans la soirée, sous la présidence de Nicolas About, président,** la commission a poursuivi, sur le rapport d'Alain Milon, l'examen des amendements sur le projet de loi n° 290 (2008-2009), adopté par l'Assemblée nationale, portant réforme de l'hôpital et relatif aux **patients**, à la **santé** et aux **territoires**.*

*Elle a repris ses travaux à l'article 26.*

<b>Article 26</b>			
<b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1249	Amélioration rédactionnelle de l'organisation des agences	<b>Adopté</b>
Desessard, Blandin, Boumediene-Thiery, Voynet, Muller	20	Transformation de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie en conseil régional de la santé et de l'autonomie	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	430	Transformation du conseil de surveillance de l'ARS en conseil d'administration	<b>Rejeté</b>
	431	Transformation de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie en une conférence régionale, sanitaire et médico-sociale	<b>Rejeté</b>
Groupe UC	97	Renforcement du rôle de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie	<b>Satisfait</b>
Groupe socialiste	771	Création d'un comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale	<b>Rejeté</b>

*Sur l'amendement n° 771, **Alain Milon, rapporteur**, a estimé que la création d'un comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale risque de doubler les structures prévues.*

***Valérie Létard, secrétaire d'Etat**, a indiqué que l'architecture voulue par le projet de loi est déjà bien fournie et permet de suivre l'ensemble du cheminement d'un projet, de la prise de décision jusqu'à sa mise en œuvre. Il n'est donc pas utile d'ajouter une nouvelle structure qui pourrait être source de confusion.*

***Jacky Le Menn** a souligné que le comité lui paraît nécessaire pour régler le problème lié aux appels à projets dans le secteur de l'action sociale et médico-sociale.*

<b>Article 26</b>			
<b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	742	Compétences des commissions de la conférence régionale de santé	<b>Rejeté</b>
Gournac	210	Participation de la fédération nationale de la mutualité française aux commissions de coordination des politiques sur lesquelles s'appuie l'ARS	<b>Rejeté</b>
Groupe socialiste	774	Identique au précédent	<b>Rejeté</b>
Mayet, Pinton	981	Participation des centres communaux et intercommunaux d'action sociale aux commissions de coordination des politiques sur lesquelles s'appuie l'ARS	<b>Retiré</b>

<b>Article 26</b>			
<b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
B. Dupont, Vasselle, Etienne	1129	Participation des représentants des personnes âgées handicapées et des patients aux commissions de coordination des politiques sur lesquelles s'appuie l'ARS	<b>Retiré</b>

*Sur l'amendement n° 1129, **Bernadette Dupont** a estimé fondamental que les usagers soient associés aux différentes instances de gestion du secteur social et médico-social. Afin de rendre leur participation effective, il paraît plus adapté que les personnes âgées, handicapées ou malades ne siègent pas elles-mêmes mais par l'intermédiaire de représentants, parfois mieux à même de s'exprimer.*

***Valérie Létard, secrétaire d'Etat**, a précisé que la représentation des usagers est déjà prévue dans l'ensemble des instances et qu'elle ne paraît pas adaptée au fonctionnement de la commission de coordination qui doit régler les questions de compétence entre les départements et les ARS.*

<b>Article 26</b>			
<b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe UC	149	Participation des usagers aux commissions de coordination des politiques sur lesquelles s'appuie l'ARS	<b>Retiré</b>
Laménie	1092	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
Mayet, Pinton	252	Participation des représentants des personnes âgées handicapées et des patients à la commission compétente de coordination des politiques sur laquelle s'appuie l'ARS	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	775	Participation des représentants des usagers et des professionnels aux commissions de coordination des politiques sur lesquelles s'appuie l'ARS	<b>Retiré</b>
	983	Prise en compte du régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle	<b>Satisfait</b>
	776	Suppression de la tutelle exercée par les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées sur l'ARS	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1250	Champ de compétences du directeur général de l'ARS	<b>Adopté</b>



<b>Article 26</b> <b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	779	Compte rendu, au moins une fois par an, par le directeur général de l'ARS de la mise en œuvre de la politique régionale de santé devant la conférence régionale de santé	<b>Adopté</b>
	743	Compte rendu, par le directeur général de l'ARS, de la mise en œuvre de la politique régionale de santé devant la conférence régionale de santé dans les mêmes conditions que devant le conseil de surveillance	<b>Satisfait</b>

*Yves Daudigny a indiqué que ces amendements ont pour but de mettre en cohérence les différentes mentions de l'intervention annuelle du directeur général de l'ARS devant la conférence régionale de santé.*

<b>Article 26</b> <b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe UC	98	Mission du directeur général de l'ARS pour préparer le projet régional de santé plutôt que pour l'arrêter	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	433	Avis conforme de la conférence régionale de santé et de l'autonomie pour le projet régional de santé	<b>Rejeté</b>

*Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, a déclaré que l'amendement n° 433 aurait pour effet de créer une codécision entre le directeur général de l'ARS et la conférence régionale de santé, ce qui n'est pas concevable.*

*Guy Fischer a souligné que l'avis conforme de la conférence régionale pour l'élaboration du projet régional de santé constituerait une mesure de démocratie sociale.*

*Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, a indiqué que même dans une démocratie comme la France, il y a un Président de la République susceptible de prendre seul des décisions.*

<b>Article 26</b> <b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	778	Avis du conseil de surveillance préalable à l'adoption du projet régional de santé	<b>Satisfait</b>

<b>Article 26</b>			
<b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
	744	Prolongation de l'expérimentation de l'exercice de la compétence de santé publique par le conseil régional du Nord-Pas-de-Calais	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1251	Direction des services de l'agence par le directeur général et recrutement d'agents contractuels de droit public	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	735	Création d'un poste de directeur adjoint de l'ARS en charge du secteur médico-social	<b>Rejeté</b>

*Sur l'amendement n° 735, **Nicolas About, président**, a observé que la création d'un directeur adjoint ayant spécifiquement en charge le secteur médico-social peut donner l'impression que le directeur général de l'ARS n'aurait pas à s'en charger. Or, si effectivement le directeur général ne pourra pas tout faire seul, il aura quelqu'un au sein de son équipe pour l'assister. La responsabilité de la régulation du secteur médico-social doit être traitée au même niveau que les autres secteurs.*

***Bernard Cazeau** a exprimé la crainte que le directeur général ne soit en fait accaparé par le secteur sanitaire et amené de ce fait à négliger le secteur médico-social.*

***Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a insisté sur l'importance de laisser le directeur général de l'ARS libre de constituer son équipe. Fixer tout ou partie de sa composition dans la loi rigidifiera inutilement le système.*

***Valérie Létard, secrétaire d'Etat**, a précisé qu'il ne peut être question de nommer un directeur-adjoint en charge du secteur médico-social en concertation avec les présidents des conseils généraux comme le propose l'amendement. Il y a bien compétence partagée mais pas codécision. Elle a néanmoins souligné l'importance de prendre en compte la spécificité du secteur médico-social dans le pilotage des ARS mais a estimé que cela ne relève pas de la loi.*

***Bernard Cazeau** a proposé de rectifier son amendement en retirant l'obligation de nomination après concertation avec les présidents de conseils généraux.*

***Valérie Létard, secrétaire d'Etat**, a fait valoir que, même rectifiées, les dispositions en cause relèvent du pouvoir réglementaire.*

***Alain Milon, rapporteur**, a estimé que la loi peut fixer la compétence des ARS et des conditions de nomination du directeur général mais qu'elle doit le laisser libre de mettre en place son équipe.*

<b>Article 26</b>			
<b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	777	Fixation des modalités et conditions de nomination du directeur général de l'ARS par un décret en Conseil d'Etat	<b>Rejeté</b>
Gournac	209	Composition du conseil de surveillance de l'ARS : participation de la fédération nationale de la mutualité française	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	780	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
	781	Composition du conseil de surveillance de l'ARS : participation de représentants des professionnels de santé	<b>Retiré</b>
Barbier	935	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
Mayet, Pinton	982	Composition du conseil de surveillance de l'ARS : participation des centres communaux et intercommunaux d'action sociale	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1252	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	434	Remplacement du mot « patients » par le mot « usagers » dans la composition du conseil de surveillance	<b>Rejeté</b>
Groupe socialiste	782	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
Lardeux	56	Composition du conseil de surveillance de l'ARS : participation des conseils régionaux des ordres des professions de santé	<b>Retiré</b>
Bizet	945	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	785	Composition du conseil de surveillance de l'ARS dans les régions situées en zone de montagne : participation des comités de massif	<b>Rejeté</b>
P. Blanc, Juilhard, J. Blanc	68	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
	67	Suppression de la disposition prévoyant que des membres du conseil de surveillance peuvent disposer de plusieurs voix	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	758	Identique au précédent	<b>Rejeté</b>

*Sur l'amendement n° 758, Yves Daudigny a souhaité que soit interdite la pondération des voix qui permet de donner une apparence de démocratie à une décision qui ne l'est pas nécessairement. L'exemple de la CNSA, où les membres du conseil d'administration ne disposent pas tous du même nombre de voix, illustre les problèmes que cela peut poser.*

*Bernard Cazeau a précisé qu'au sein du conseil d'administration de la CNSA, les dix voix de l'Etat valent plus que les trente-cinq voix des associations.*

*André Lardeux a estimé que l'exemple de la CNSA n'est pas le plus probant car la pondération des voix au sein du conseil d'administration résulte de la volonté de faire une place au plus grand nombre d'acteurs possible.*

*Nicolas About, président, a souhaité savoir s'il s'agit de la possibilité pour certains membres du conseil de surveillance de disposer du pouvoir des membres absents, auquel cas cela ne relève pas de la loi, ou de la possibilité d'avoir plusieurs voix, et si oui, comment sera déterminée la pondération.*

*Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, a répondu qu'il s'agit en fait de la possibilité d'attribuer plusieurs voix aux représentants de l'Etat.*

*Yves Daudigny a considéré que le directeur général de l'ARS dispose déjà de pouvoirs prépondérants et qu'il n'y a pas lieu de les renforcer davantage au sein même du conseil de surveillance en attribuant plus de voix à l'Etat.*

*Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, a réaffirmé qu'il ne peut être question de mettre en place une cogestion de la politique sanitaire alors que celle-ci est financée par le budget de l'Etat et de l'assurance maladie.*

*Bernard Cazeau a dénoncé la mise en place d'un système qui, comme pour le conseil d'administration de la CNSA, ne pourrait être démocratique dès lors que l'Etat disposera de la majorité des voix.*

*Nicolas About, président, a noté que le conseil de surveillance approuvera le budget de l'ARS, que ce budget sera constitué à partir de fonds de l'Etat et que, dès lors que ses représentants disposeront de la majorité des voix, on peut penser que l'Etat se surveillera lui-même. Malgré ce paradoxe, le dispositif envisagé n'est peut-être pas illégitime.*

*Jean-Pierre Godefroy a souligné que le projet de loi mentionne que « des membres » pourront disposer de plusieurs voix et qu'il est important de savoir lesquels. Le renvoi au décret n'est pas satisfaisant.*

*Nicolas About, président, a indiqué que l'important est que la majorité qualifiée ne puisse être constituée par une seule catégorie de représentants.*

<b>Article 26</b>			
<b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Groupe CRC - SPG	435	Attribution d'une voix délibérative aux représentants des personnels au sein du conseil de surveillance lorsque le sujet porte sur une question statutaire	<b>Rejeté</b>
Groupe socialiste	783	Participation, avec voix consultative, des directeurs d'UFR au conseil de surveillance	<b>Retiré</b>
	745	Election du président du conseil de surveillance parmi les représentants des collectivités territoriales, des représentants des usagers ou des personnalités qualifiées	<b>Rejeté</b>
Groupe CRC - SPG	436	Election du président du conseil de surveillance par ses membres à l'exception du représentant de l'Etat dans la région	<b>Rejeté</b>

<b>Article 26</b>			
<b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe UC	101	Election du président du conseil de surveillance parmi ses membres	<b>Retiré</b>

***Roselyne Bachelot-Narquin, ministre,** s'est élevée contre l'idée d'attribuer la présidence du conseil de surveillance à quelqu'un d'autre que le représentant de l'Etat. Les ARS reprennent des compétences régaliennes et il faut que l'Etat demeure le garant de la politique de santé publique. Il apportera non seulement 80 % des moyens mais la garantie du respect des principes du service public. La présidence par le préfet est également essentielle pour garantir la cohérence des actions menées dans le cadre de la territorialisation des politiques de santé. Il convient aussi de souligner que l'Etat sera largement minoritaire au sein du conseil de surveillance.*

***Nicolas About, président,** a indiqué qu'il semble néanmoins que l'Etat sera majoritaire en voix.*

***Alain Vasselle** a estimé logique, étant donné les compétences attribuées aux ARS et leur mode de financement, que ce soit le représentant de l'Etat dans la région qui préside le conseil de surveillance. Si l'Etat est minoritaire au sein du conseil de surveillance, il faut que la pondération des voix compense ce fait.*

***Paul Blanc** a regretté que le conseil de surveillance ne soit pas un véritable organe de concertation, ce qu'il ne peut être dès lors que l'Etat disposera de la majorité des voix. On peut dès lors s'interroger sur son utilité.*

<b>Article 26</b>			
<b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Vasselle	971	Election du président du conseil de surveillance parmi ses membres	<b>Retiré</b>
P. Blanc, Juillard, J. Blanc	70	Présidence du conseil de surveillance par un représentant des collectivités territoriales	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	784	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	437	Représentation des comités des massifs au sein du conseil de surveillance	<b>Rejeté</b>
Rapporteur	1253	Possibilité de désignation à titre expérimental d'une personnalité qualifiée comme président du conseil de surveillance	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	438	Possibilité de rejet du budget de l'ARS par un vote à majorité simple du conseil de surveillance	<b>Rejeté</b>

*A cette occasion, **Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a rappelé le principe selon lequel « qui paie, commande ».*

<b>Article 26</b>			
<b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	736	Suppression de la détermination par voie réglementaire du mode de calcul de la majorité qualifiée	<b>Rejeté</b>

***Nicolas About, président**, a estimé qu'il ne faut pas confondre la question de la pondération des voix, qui peut aboutir à un vote à majorité simple, et celle de la détermination de la majorité qualifiée. Il est nécessaire que la majorité qualifiée soit exprimée par un rapport ou un pourcentage dans la loi si le renvoi au règlement est supprimé, sous peine de rendre la disposition inapplicable.*

<b>Article 26</b>			
<b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1254	Rectification grammaticale	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	439	Possibilité pour les membres du conseil de surveillance d'adresser au ministre une mention d'alerte signalant l'insuffisance du budget de l'agence	<b>Rejeté</b>
	440	Mention dans l'enveloppe budgétaire médico-sociale de l'ensemble des opérations de reconversion des établissements relevant du secteur sanitaire	<b>Rejeté</b>
Groupe socialiste	786	Précision des règles d'incompatibilité pour les membres du conseil de surveillance	<b>Retiré</b>
	737	Extension des incompatibilités applicables aux membres du conseil de surveillance à leurs fonctions passées	<b>Rejeté</b>

***Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a jugé que ces dispositions restreindraient inutilement le nombre de personnes susceptibles d'être désignées comme membres du conseil de surveillance et pourrait priver ces instances de personnalités ayant une expérience précieuse du domaine sanitaire.*

***Gilbert Barbier** a estimé au contraire que l'extension de l'incompatibilité est de nature à renforcer la transparence des décisions prises par ce conseil.*

<b>Article 26</b>			
<b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Desessard, Voynet, Blandin, Boumediene-Thiery, Muller	21	Composition de la conférence régionale de santé en six collèges et définition de son rôle	<b>Retiré</b>
Groupe UC	100	Composition de la conférence régionale de santé en six collèges	<b>Adopté</b>

*Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, a indiqué n'être pas en mesure à l'heure actuelle d'émettre un avis sur l'amendement n° 100.*

*Alain Vasselle a souligné que la difficulté, dès lors que l'on énumère des collèges et leur composition, est de n'oublier personne.*

*Nicolas About, président, a estimé que si l'analyse du dispositif par les services du ministère décèle un problème quelconque lié à cet amendement, le débat pourra avoir lieu sur ce point en séance publique.*

<b>Article 26</b>			
<b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe UC	99	Vote par la conférence régionale de santé du projet régional de santé	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1255	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	417	Publicité du compte-rendu de la mise en œuvre de la politique régionale de santé effectué par le directeur régional de l'ARS	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	746	Election du président de la conférence régionale de santé parmi les représentants des collectivités territoriales	<b>Rejeté</b>
	787	Possibilité pour la conférence régionale de santé de s'autosaisir et d'organiser un débat public sur les questions de santé de son choix	<b>Satisfait</b>
Groupe CRC - SPG	443	Evaluation par la conférence régionale de santé de l'accès aux tarifs opposables	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	788	Coordination du travail de la conférence avec celui du comité régional de prévention des risques professionnels	<b>Retiré</b>
Desessard, Voynet, Blandin, Boumediene-Thiery, Muller	23	Présidence de la conférence de santé par le président du conseil régional	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1256	Précision rédactionnelle	<b>Adopté</b>
Vasselle	972	Détermination de la contribution des régimes d'assurance maladie aux dépenses de fonctionnement et d'intervention des ARS par la loi de financement de la sécurité sociale	<b>Adopté</b>

<b>Article 26</b> <b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1257	Suppression de la possibilité de recrutement de personnel de droit privé par les ARS	<b>Retiré</b>
	1258	Coordination	<b>Retiré</b>
	1259	Conséquence	<b>Retiré</b>

*Sur son amendement n° 1257, **Alain Milon, rapporteur**, a indiqué qu'après réflexion, il estime plus judicieux de prévoir un statut unique pour les personnels des ARS et que, de ce point de vue, il préfère le transfert à la mise à disposition.*

***Paul Blanc** a souligné que la multiplicité des statuts est l'une des causes des problèmes que rencontrent actuellement les maisons départementales du handicap.*

<b>Article 26</b> <b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1260	Rétablissement de la dénomination de comité de coordination plutôt que de conseil national de pilotage	<b>Rejeté</b>

***Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a fait valoir que la dénomination de conseil national de pilotage, retenue par l'Assemblée nationale, donne une vision plus dynamique du rôle de l'instance qui doit garantir une cohérence entre les actions des différentes ARS. Dans cette logique, elle dépose un amendement n° 1420 tendant à expliciter les missions de ce conseil national.*

***Valérie Létard, secrétaire d'Etat**, s'est inquiétée du risque de confusion que l'appellation « comité de coordination » entraînerait avec les comités existant au niveau régional.*

***Claude Jeannerot** a signalé qu'il ne s'agit pas uniquement d'une question de sémantique, mais bien de choix d'organisation très différents. La notion de conseil national de pilotage renvoie à une vision très centralisée du rôle des ARS.*

***Alain Milon, rapporteur**, a indiqué que c'est précisément pour cette raison que la dénomination de « comité de coordination » lui paraît préférable.*



*Nicolas About, président, a souhaité que soient précisées les modalités de présidence de cette instance.*

*Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, a répondu que les différents ministres en charge du secteur sanitaire et du secteur médico-social seront appelés à coprésider le conseil.*

*Paul Blanc s'est interrogé sur la nécessité de distinguer le ministre en charge de la santé et celui en charge de l'assurance maladie.*

*Alain Vasselle a souligné qu'on parle désormais du ministre des comptes publics et non du ministre du budget comme le fait encore le texte proposé par le projet de loi.*

<b>Article 26</b>			
<b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe UC	119	Participation des collectivités territoriales concernées aux travaux du conseil national de pilotage des ARS	<b>Retiré</b>

*Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, a estimé qu'il ne peut être question d'associer les collectivités territoriales au conseil national de pilotage dès lors que ce sont les ressources nationales de l'Etat et de l'assurance maladie qui abondent le budget des ARS. De plus, le risque politique sera pris par les ministres qui feront adopter chaque année le budget des ARS dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale.*

<b>Article 26</b>			
<b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe CRC - SPG	444	Possibilité pour des représentants des usagers et de la conférence nationale de santé de siéger au sein du comité national de pilotage	<b>Rejeté</b>
Groupe socialiste	738	Présence d'un sénateur, d'un député et d'un représentant de l'assemblée des départements de France parmi les membres du comité national de pilotage	<b>Rejeté</b>
Laménie	1093	Contrôle par le comité national de pilotage de la conformité des politiques régionales aux objectifs nationaux	<b>Satisfait</b>
Groupe socialiste	789	Présence du ministre chargé du travail parmi les membres du comité national de pilotage	<b>Rejeté</b>

*Sur l'amendement n° 789, Jean-Pierre Godefroy a fait état de sa conviction que la présence du ministre chargé du travail dans une instance de*

*ce type aurait pu éviter le drame de l'amiante et qu'il convient donc de s'assurer désormais qu'il puisse se coordonner avec ses collègues en charge de la santé.*

*Alain Vasselle a considéré que depuis ce drame, les ministres concernés sont désormais conscients de la nécessité de coordonner leurs travaux et d'échanger des informations.*

*Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, a souligné que la coordination ne s'effectue pas forcément mieux au travers de la présence commune dans des instances. Elle a donné l'exemple de ministres ayant la responsabilité tant du travail que de la santé, et dont l'action n'était pas mieux coordonnée.*

*Jean-Pierre Godefroy s'est indigné que la ministre ait évoqué le nom de Martine Aubry en lien avec le drame de l'amiante. La commission d'enquête sénatoriale n'a jamais cherché à établir des responsabilités politiques mais à souligner le rôle néfaste joué par le comité permanent amiante (CPA).*

*Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, s'est opposée à ce que ses propos puissent d'une quelconque manière être interprétés comme une mise en cause de Martine Aubry, qui a été la première ministre à prendre des mesures législatives concernant l'amiante. Il s'agissait simplement d'indiquer que la configuration des portefeuilles ministériels a évolué et que la coordination ne s'effectue pas forcément mieux quand l'ensemble des domaines est sous une même responsabilité et, a fortiori, par la coprésence de ministres au sein d'un organisme donné. Le nom de Philippe Séguin avait d'ailleurs été donné en exemple de cette situation en même temps que celui de Martine Aubry.*

<b>Article 26</b>			
<b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Pinton, Mayet	221	Participation des collectivités concernées aux travaux du conseil national de pilotage	<b>Retiré</b>
Gouvernement	1420	Définition des missions du conseil national de pilotage des ARS	<b>Adopté</b>
Rapporteur	1261 rect.	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
	1262	Simplification des modalités de conclusion du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des ARS	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	445	Rédactionnel	<b>Satisfait</b>
	446	Validation du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens par le conseil de surveillance de l'agence	<b>Rejeté</b>
Procaccia	37	Conclusion d'un accord-cadre entre l'Etat, l'assurance maladie et les organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé	<b>Retiré</b>

<b>Article 26</b>			
<b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1263	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
	1264	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
Desessard, Voynet, Blandin, Boumediene-Thiery, Muller	24	Avis de l'assemblée plénière du conseil régional sur le projet régional de santé	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	447	Prise en compte des besoins de santé définis à l'échelle de la région	<b>Rejeté</b>
Groupe socialiste	790	Prise en compte de la santé au travail	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	448	Avis de la conférence régionale de santé, des conseils généraux, du conseil régional et du conseil de surveillance sur le projet régional de santé	<b>Rejeté</b>
Vasselle	973	Intégration des questions de transport sanitaire dans le projet régional de santé	<b>Adopté</b>
Groupe UC	120	Constitution des schémas régionaux d'organisation sociale et médico-sociale à partir de schémas départementaux	<b>Retiré</b>
Pinton, Mayet	222	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	792	Intégration des schémas départementaux dans les schémas régionaux	<b>Retiré</b>

*Sur l'amendement n° 792, Valérie Létard, secrétaire d'Etat, a indiqué que le schéma régional ne peut être la simple addition de schémas départementaux.*

*Claude Jeannerot a précisé que la notion d'intégration n'implique pas que le schéma régional soit une simple addition de schémas départementaux mais qu'il faut nécessairement qu'ils y soient inclus.*

*Valérie Létard, secrétaire d'Etat, a estimé qu'il s'agit plus de trouver le moyen d'articuler les différents niveaux que de prévoir l'inclusion.*

<b>Article 26</b>			
<b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1359	Intégration dans le projet régional de santé d'un programme relatif au développement de la télémédecine	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	791	Intégration des plans de déplacement sanitaire dans le projet régional de santé	<b>Satisfait</b>
	793 rect.	Avis de la conférence régionale de santé et du conseil régional sur le projet régional de santé	<b>Adopté</b>
	751	Inclusion de l'éducation pour la santé dans le schéma régional de prévention	<b>Rejeté</b>

<b>Article 26</b>			
<b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe CRC - SPG	449	Enumération des différents déterminants de la santé	<b>Rejeté</b>
Rapporteur	1265	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	450	Intégration au schéma régional d'objectifs de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé	<b>Rejeté</b>
Groupe socialiste	794	Priorité de l'accès à la prévention des personnes en situation de précarité et d'exclusion	<b>Rejeté</b>
	795	Inclusion dans le schéma régional des risques liés au travail et à la santé scolaire et universitaire	<b>Rejeté</b>
Rapporteur	1266	Amendement de conséquence	<b>Adopté</b>

*Alain Vasselle a souhaité savoir si les fonds destinés aux actions de prévention des ARS seraient votés dans les lois de financement de la sécurité sociale ou proviendraient du budget de l'Etat.*

*Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, a indiqué que ces fonds proviendront tant du budget de l'Etat que de l'assurance maladie.*

<b>Article 26</b>			
<b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
P. Blanc, Juilhard, J. Blanc	69	Prise en compte de la population saisonnière dans le contenu du Sros	<b>Retiré</b>

*Sur l'amendement n° 69, André Lardeux a estimé que la rédaction actuelle permet de prendre en compte toutes ces situations en matière de population et qu'il n'y a pas lieu d'apporter les précisions proposées.*

<b>Article 26</b>			
<b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe CRC - SPG	442	Prise en compte de la population saisonnière dans le Sros	<b>Rejeté</b>
Groupe socialiste	798	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	451	Substitution de l'« équité sociale et territoriale » à « efficience »	<b>Rejeté</b>

*Nicolas About, président, a rappelé que, lors de l'examen de l'article 13, la commission a préféré substituer, dans le projet de loi, le terme « d'efficacité » qui désigne l'effet utile à celui « d'efficience » qui indique simplement qu'un effet se produit.*

<b>Article 26</b>			
<b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe CRC - SPG	452	Garantie par le Sros de l'accès à des tarifs opposables	<b>Rejeté</b>
Groupe socialiste	799	Détermination de la proximité en termes de temps de parcours	<b>Satisfait</b>
	796	Précision des données sur la base desquelles est élaboré le Sros	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	456	Inclusion des centres de santé dans le Sros	<b>Satisfait</b>
Groupe socialiste	797	Identique au précédent	<b>Satisfait</b>
Rozier, Procaccia	999	Identique au précédent	<b>Satisfait</b>
Juillard	201	Prise en compte des difficultés de déplacement de la population par le Sros	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	800	Prise en compte de la santé au travail dans le Sros	<b>Rejeté</b>
Laménie	1094	Prise en compte des conditions d'accès aux soins des populations	<b>Satisfait</b>
Bizet	946	Intégration des pôles de santé au Sros	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	453	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
	454	Elaboration de l'offre de soins après consultation de la conférence du territoire et avis de son représentant	<b>Retiré</b>
Gilles	1081	Mention du caractère incitatif des mesures prises en faveur de l'installation des médecins	<b>Retiré</b>

*Sur l'amendement n° 1081, **Paul Blanc** s'est indigné de ce que les mesures incitatives votées dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 n'aient pas été mises en œuvre car les zones sous-denses n'ont pas été déterminées.*

***Roselyne Bachelot-Narquin, ministre,** a expliqué que le système ici proposé par le projet de loi est plus souple et permettra de prendre en compte les évolutions de la démographie médicale dans les années qui viennent.*

***Alain Vasselle** a fait état du manque d'information des étudiants en médecine en matière de mesures d'aide à l'installation. Dès lors que les principaux intéressés ne connaissent pas les dispositifs dont ils pourraient bénéficier, il paraît très difficile d'en faire le bilan.*

***Roselyne Bachelot-Narquin, ministre,** a souligné la justesse du constat établi par Alain Vasselle. La création des ARS permettra de remédier*

à l'absence d'information en créant un guichet unique auquel les internes pourront s'adresser.

*Paul Blanc* a fait valoir qu'il n'est pas nécessaire d'attendre la mise en place des ARS et que les mesures peuvent être appliquées immédiatement dès lors que la liste des zones précisées comme déficitaires est publiée. On attend déjà cette liste depuis deux ans et les ARH et l'Uncam se renvoient la responsabilité de sa non-publication.

*Roselyne Bachelot-Narquin, ministre*, a constaté que cela prouve l'intérêt de la création des ARS qui lieront la gerbe entre l'assurance maladie et l'organisation des soins.

<b>Article 26</b>			
<b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	801	Rôle des centres de santé et des maisons de santé	<b>Rejeté</b>
Rapporteur	1267	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
Juilhard	200	Accès à une offre de soins à tarifs opposables	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	802	Prise en compte de l'offre de transport sanitaire	<b>Satisfait</b>
	803	Critères de détermination des zones et des aides à l'installation	<b>Rejeté</b>
Groupe CRC - SPG	455	Rédactionnel	<b>Rejeté</b>
Groupe socialiste	804	Fixation par le Sros des moyens consacrés aux activités d'IVG	<b>Retiré</b>
Desessard, Voynet, Blandin, Boumediene-Thiery, Muller	25	Consultation du conseil national de pilotage des ARS pour l'élaboration du schéma interrégional d'organisation des soins	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	805	Mention de la « population confrontée à des difficultés spécifiques »	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1268 rect.	Complémentarité de l'offre médico-sociale relevant de l'ARS avec celle prévue par les schémas départementaux	<b>Adopté</b>

Après un débat au cours duquel sont intervenus *Alain Milon, rapporteur, Valérie Létard, secrétaire d'Etat, Nicolas About, président, et Yves Daudigny*, l'amendement n° 1268 a été rectifié afin de préciser les modalités d'articulation entre l'offre régionale, sanitaire et médico-sociale, et les schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie.

<b>Article 26</b>			
<b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	807	Concertation préalable à l'adoption du schéma régional d'organisation médico-sociale	<b>Retiré</b>
Groupe UC	121	Elaboration conjointe du schéma d'organisation médico-sociale par l'ARS et le département	<b>Retiré</b>
Pinton, Mayet	223	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	806	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
	808	Avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1269	Amendement de conséquence	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	809	Suppression des dispositions sur la gestion du risque au niveau régional	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1270	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	810	Maintien des actions des organismes d'assurance maladie sous leur seule autorité	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1271 rect.	Précision et clarification de l'objet des programmes régionaux de gestion du risque	<b>Adopté</b>
Gouvernement	Sous-amdt n° 1421 à l'amdt n° 1271 rect.	Articulation entre les actions nationales et régionales en matière de gestion du risque, renforcement des liens entre le programme régional de gestion du risque et le programme régional de santé	<b>Adopté</b>
	Sous-amdt n° 1422 à l'amdt n° 1271 rect.	Contractualisation entre le directeur général de l'ARS et les organismes de sécurité sociale pour éviter l'installation d'une dyarchie	<b>Adopté</b>

*Nicolas About, président, a regretté le caractère tardif du dépôt des sous-amendements du Gouvernement, qui n'a pas permis leur examen préalablement à la commission.*

*A la demande du rapporteur, la séance est suspendue pendant vingt-cinq minutes pour permettre la réunion des sénateurs membres du groupe UMP.*

*A la reprise de la séance, la commission a procédé à l'examen de l'amendement n° 1271 rectifié du rapporteur et des deux sous-amendements nos 1421 et 1422, présentés par le Gouvernement.*

*Alain Vasselle s'est déclaré prêt à suivre la position du Gouvernement à la condition que la cohérence entre celle-ci et les*

*amendements adoptés jusqu'à présent par la commission sur l'article 26 soit assurée. Il est essentiel que le directeur général de l'ARS ne soit pas tenté de mettre en œuvre une politique de gestion du risque qui ne soit pas cohérente et coordonnée avec la politique nationale de gestion du risque.*

*Nicolas About, président, a insisté sur le fait qu'il ne peut être question de contourner la politique nationale de gestion du risque au travers des négociations des ARS avec les organismes locaux. Le Gouvernement a le souhait légitime d'éviter que ne soit créée une dyarchie au niveau régional. C'est ce qui justifie le dépôt de ses amendements et leur adoption éventuelle.*

*La commission a alors adopté l'amendement n° 1271 rectifié et les deux sous-amendements du Gouvernement.*

*Nicolas About, président, a indiqué que la commission ou certains de ses membres se réservent la possibilité de déposer un amendement ultérieur qui fasse référence à la définition au niveau national de la politique de gestion du risque pour garantir que les politiques mises en œuvre par les ARS seront cohérentes avec elles si le texte résultant des travaux de la commission n'est pas satisfaisant sur ce point.*

<b>Article 26</b>			
<b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Vasselle	974	Modalités d'élaboration du programme pluriannuel régional de gestion du risque	<b>Retiré</b>
Leclerc	162	Précisions sur l'élaboration du programme pluriannuel régional de gestion du risque	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	812	Santé et travail et gestion du risque au niveau régional	<b>Rejeté</b>
	813	Avis de la conférence régionale de la santé et de la conférence de territoire sur les programmes pluriannuels de gestion du risque	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1272	Suppression de l'inscription dans la loi des contrats entre l'ARS et les organismes d'assurance maladie	<b>Adopté</b>
Vasselle	975	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	811	Précisions sur la représentation des organismes d'assurance maladie contractualisant avec l'ARS	<b>Retiré</b>
Leclerc	162 bis	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
Bizet	951	Appui de l'ARS sur la dynamique des territoires de santé	<b>Rejeté</b>
Groupe socialiste	747	Avis de la conférence régionale de santé sur la définition des territoires de santé	<b>Adopté</b>
	748	Critères de définition des territoires de santé	<b>Retiré</b>
Desessard, Voynet, Blandin, Boumediene-Thiery, Muller	26	Avis du conseil régional sur la définition des territoires de santé	<b>Retiré</b>



<b>Article 26</b>			
<b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe CRC - SPG	441	Cohérence rédactionnelle	<b>Retiré</b>
Groupe UC	122	Association des conseils généraux à la définition des territoires de santé	<b>Satisfait</b>
Groupe CRC - SPG	457	Suppression de l'avis du représentant de l'Etat dans la définition des territoires de santé	<b>Rejeté</b>
Desessard, Voynet, Blandin, Boumediene-Thiery, Muller	27	Association des conseils régionaux à la définition des territoires de santé	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	749	Constitution de la conférence de territoires en lien avec la conférence de santé	<b>Retiré</b>
	814	Présence des usagers du système de santé dans la conférence de territoires	<b>Adopté</b>
	815	Publicité des avis du directeur général de l'ARS sur les propositions de la conférence de territoires	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	458	Explication du rôle des contrats locaux de santé	<b>Rejeté</b>
Groupe socialiste	816	Déclinaison du projet régional de santé en contrats locaux de santé	<b>Rejeté</b>
	817	Rôle des services de santé au travail dans les contrats locaux de santé	<b>Rejeté</b>
	818	Rôle des collectivités territoriales dans les contrats locaux de santé	<b>Retiré</b>
	819	Lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1273	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
Groupe UC	123	Information des élus concernés sur tout événement sanitaire présentant un risque pour la santé de la population	<b>Adopté</b>
Pinton, Mayet	224	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	821	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Laménie	1095	Identique au précédent	<b>Adopté</b>

*Yves Daudigny a estimé qu'il paraît normal que le directeur général de l'ARS, qui récupère une partie de la compétence des préfets, hérite également des obligations en matière d'information des élus locaux qui existent à l'heure actuelle.*

<b>Article 26</b>			
<b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	820	Lutte contre l'habitat insalubre et santé environnementale	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1274	Simplification rédactionnelle	<b>Adopté</b>
	1275	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	459	Possibilité pour les pôles de santé de bénéficier des dotations qui peuvent être obtenues en contractualisant avec l'ARS	<b>Satisfait</b>
Bizet	947	Identique au précédent	<b>Satisfait</b>
Groupe socialiste	739 rect.	Suppression des limites à la possibilité pour les collectivités territoriales de subventionner les centres de santé, les réseaux de santé et les maisons de santé	<b>Adopté</b>

*Sur l'amendement n° 739, **Jacky Le Menn** a déclaré que poser des conditions au financement par les collectivités territoriales paraît de nature à limiter la possibilité d'adapter l'offre de soins aux besoins du territoire.*

***Yves Daudigny** a également estimé qu'il s'agirait là d'une entrave à la libre administration des collectivités locales.*

***Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a fait valoir que l'entrave à la libre administration ne serait caractérisée que si l'on imposait une dépense aux collectivités locales. Or, tel n'est pas le cas : le texte prévoit simplement que lorsque les collectivités choisissent de financer tel ou tel type d'offre de soins, celui-ci s'insère dans le Sros.*

***Gérard Dériot** a indiqué que les départements n'ont pas attendu la mise en place des ARS pour financer l'offre de soins sur leur territoire, que les dispositifs mis en place fonctionnent et qu'on risque, si l'on n'y prend garde, de les fragiliser, voire de les rendre impossibles.*

***Roselyne Bachelot-Narquin, ministre**, a dressé le tableau de la lutte croissante que se livreront les collectivités territoriales pour attirer les médecins dans les dix prochaines années. Si les Sros n'organisent pas l'offre de soins et ne sont pas coordonnés au niveau national, ce sera la loi de la jungle et l'on risque de donner une prime aux collectivités déjà les mieux dotées en matière médicale car celles-ci auront les moyens de rester attractives pour les médecins alors que les zones sous-denses, qui sont en général plus pauvres, verront s'étendre le désert médical où elles se trouvent.*

***Nicolas About, président**, a trouvé singulier que les collectivités, qui ont beaucoup fait pour pallier la déficience de l'Etat en matière d'organisation des soins sur le territoire, puissent désormais subir des contraintes en se voyant opposer des contrats signés avec l'ARS auxquels elles ne sont pas parties.*

<b>Article 26</b>			
<b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Vasselle	1423 rect.	Participation des collectivités territoriales à la conclusion des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les offreurs de service en santé	<b>Adopté</b>
Desessard, Voynet, Blandin, Boumediene-Thiery, Muller	22	Suppression des limites à la possibilité pour les collectivités territoriales de subventionner les réseaux de santé, les centres de santé et les maisons de santé	<b>Retiré</b>
Bizet	948	Approbation du contrat pluriannuel d'objectifs pour les réseaux de santé, les centres de santé et les maisons de santé par l'union régionale des médecins libéraux et les unions régionales des professionnels de santé	<b>Rejeté</b>
Vasselle	976 rect.	Conditions de financement et d'approbation du contrat d'amélioration des pratiques en santé	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	460	Possibilité pour les pôles de santé d'adhérer à un contrat d'amélioration des pratiques en santé	<b>Adopté</b>
Rapporteur	1276	Nouvelle dénomination du contrat d'amélioration des pratiques en santé	<b>Tombe</b>
Groupe socialiste	822	Contractualisation entre les médecins et les ARS dans un cadre national négocié par les organisations syndicales représentatives des professions de santé	<b>Adopté</b>
	823	Possibilité pour les ARS de proposer aux services de santé au travail d'adhérer à un contrat d'amélioration des pratiques en santé	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1277	Encadrement des contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins	<b>Retiré</b>
Bizet	949	Possibilité pour les pôles de santé d'adhérer aux contrats d'amélioration des pratiques de santé	<b>Satisfait</b>
Groupe CRC - SPG	461	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
Gilles	1082	Conformité du contrat individuel proposé par l'ARS aux professionnels de santé libéraux à un contrat-type national négocié entre les partenaires conventionnels	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	824	Attribution d'un mandat de santé publique aux professionnels de santé	<b>Rejeté</b>
Rozier, Procaccia	1000	Conformité des contrats d'amélioration des pratiques en santé au contrat-type national élaboré par les partenaires conventionnels	<b>Tombe</b>
Procaccia, Gournac	38	Association des représentants des professionnels de santé à l'élaboration des modalités de la permanence des soins, organisée par l'ARS	<b>Adopté</b>
Bizet	950	Rôle de l'ordre des médecins dans l'organisation de la permanence des soins	<b>Satisfait</b>

*Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, a précisé que la permanence des soins coûte environ 430 millions d'euros par an en supplément d'honoraires et qu'il convient qu'elle soit organisée de la manière la plus proche possible du terrain pour qu'elle soit plus efficace et moins coûteuse.*

*Alain Milon, rapporteur, a déclaré qu'il est attaché à l'exercice libéral de la médecine et qu'il trouve le texte proposé sur l'organisation des permanences équilibré en ce qu'il permet de distinguer ceux qui doivent faire un effort pour garantir la permanence des soins.*

*Alain Vasselle a souhaité savoir si le Gouvernement a l'intention de rendre à nouveau obligatoire la permanence des soins, ce qui semble être la seule véritable solution au problème.*

*Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, a rappelé que le devoir de participation des médecins aux permanences figure dans le code de la santé publique et fait partie de la déontologie médicale. Même si la participation aux permanences est fondée sur le volontariat, il n'appartient pas aux médecins de s'y soustraire. Il s'agit simplement d'éviter une application mécanique et bête de l'organisation des permanences.*

<b>Article 26</b>			
<b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	825	Consultation des professionnels de santé sur la mission de service public de la permanence des soins	<b>Rejeté</b>
Gilles	1083	Suppression de la disposition selon laquelle l'ARS détermine la rémunération spécifique des professionnels de santé pour leur participation à la permanence des soins	<b>Rejeté</b>
Groupe CRC - SPG	462	Possibilité pour le directeur général de l'ARS de diminuer la rémunération des professionnels de santé participant à la mission de service public de la permanence des soins et ne respectant pas les tarifs opposables	<b>Rejeté</b>
Procaccia	39	Création d'une procédure de contractualisation entre l'ARS et les fédérations représentatives des établissements de santé au niveau régional	<b>Retiré</b>
Gourmac	1014	Possibilité pour les ARS d'accéder aux données recueillies par la CNSA dans l'exercice de leurs missions	<b>Rejeté</b>
Groupe UC	124	Autorité de l'ARS sur les services informatiques des organismes d'assurance-maladie de son ressort	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	740	Présentation par la commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) d'un rapport évaluant les conditions d'accès aux données de santé par les ARS	<b>Adopté</b>
	826	Limitation de l'accès aux données médicales individuelles aux seuls agents ayant la qualité de médecin	<b>Satisfait</b>

<b>Article 26</b>			
<b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Gournac	1015	Mise à disposition des ARS, par la Cnam, des applications informatiques et des accès à son système d'information nécessaires à l'exercice de leurs missions	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1278	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	827	Incompatibilité de fonctions concernant le directeur général de l'ARS	<b>Retiré</b>
	828	Signalement par le directeur général de l'ARS à l'agence de la biomédecine, à l'agence française de sécurité sanitaire, de l'environnement et du travail et à l'institut de veille sanitaire, de toute situation entraînant la mise en œuvre de mesures de police administrative qui relèvent de leur compétence	<b>Adopté</b>
Rapporteur	1279	Modification des dispositions relatives à la prise en charge des demandes d'IVG	<b>Retiré</b>

*André Lardeux et Marie-Thérèse Hermange ont manifesté leur opposition à l'amendement n° 1279 qui cautionne des pratiques d'interruption volontaire de grossesse qu'ils désapprouvent.*

*Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, a indiqué qu'elle est, elle aussi, réservée sur l'adoption de cet amendement, mais pour des raisons inverses de celles des intervenants précédents, étant une militante du droit à l'interruption volontaire de grossesse. Cette disposition alourdit inutilement le texte, d'autant que l'IVG y est déjà mentionnée expressément à plusieurs endroits.*

*Alain Milon, rapporteur, a estimé que le texte ne serait pas considérablement alourdi par les trois lignes de l'amendement qui, de plus, n'est qu'une modification rédactionnelle d'une disposition adoptée par l'Assemblée nationale.*

*Néanmoins, pour ne pas prolonger inutilement le débat, il retire l'amendement.*

<b>Article 26</b>			
<b>Agences régionales de santé : missions, organisation, statuts, régime financier</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Leclerc	159	Modification des dispositions relatives aux contrats d'assurance des médecins libéraux	<b>Satisfait</b>

*La commission a alors adopté l'article 26 dans la rédaction résultant de ses travaux.*

<b>Articles additionnels après l'article 26</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe UC	145	Information des usagers, par la CNSA, sur les tarifs pratiqués et la formation des coûts dans le secteur médico-social	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	463	Identique au précédent	<b>Rejeté</b>
Groupe socialiste	829	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
Michaux-Chevry	866	Etablissement d'un plan santé outre-mer dans chaque département et collectivité d'outre-mer	<b>Satisfait</b>

<b>Article 26 bis</b>			
<b>Coordination : suppression des communautés d'établissement de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Décision de la commission
Rapporteur	1280	Rectification d'une erreur de référence	<b>Adopté</b>

*La commission a adopté l'article 26 bis dans la rédaction résultant de ses travaux. Puis elle a adopté l'article 26 ter sans modification.*

<b>Article 26 quater</b>			
<b>Rapport au Parlement sur l'opportunité de créer un sous-objectif de l'Ondam relatif aux inégalités territoriales de santé</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1345	Suppression de l'article	<b>Adopté</b>

*La commission a supprimé l'article 26 quater.*

<b>Article 27</b>			
<b>Représentation des professionnels de santé exerçant à titre libéral</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1302	Rédactionnel	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	466	Organisation des élections des URPS à la même date	<b>Rejeté</b>
Gilles	1084	Collège unique des électeurs des unions régionales de médecins	<b>Retiré</b>
Rapporteur	1303	Création de plusieurs collèges des électeurs des unions régionales de médecins	<b>Adopté</b>

*Sur l'amendement n° 1303, **Alain Vasselle** a indiqué que la situation actuelle, où seuls deux collèges sont appelés à élire les unions régionales de médecins, est insatisfaisante. Il s'est néanmoins interrogé sur la nécessité d'en créer sept, comme le prévoit l'amendement du rapporteur.*

***Alain Milon, rapporteur**, a précisé que son amendement ne prévoit pas la participation systématique de sept collèges, mais la possibilité que de trois à sept collèges puissent participer aux élections, conformément aux préconisations de l'inspection générale des affaires sociales. Les conditions de mise en œuvre sont renvoyées au pouvoir réglementaire.*

<b>Article 27</b>			
<b>Représentation des professionnels de santé exerçant à titre libéral</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Groupe socialiste	833	Organisation des élections des URPS à la même date	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	465	Suppression des dispositions créant plusieurs collèges d'électeurs des unions régionales de médecins	<b>Tombe</b>
Groupe socialiste	830	Association des organismes d'assurance maladie complémentaire aux contrats conclus entre les URPS et les ARS	<b>Rejeté</b>
Groupe CRC - SPG	467	Modification rédactionnelle	<b>Rejeté</b>
	464	Représentation régionale des centres de santé	<b>Rejeté</b>
Gournac	211	Suppression de la référence à l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale relatif aux accords passés entre l'assurance maladie et les centres de santé	<b>Rejeté</b>
Groupe socialiste	831	Identique au précédent	<b>Rejeté</b>
	832	Place des usagers dans les négociations conventionnelles	<b>Retiré</b>

***La commission a alors adopté l'article 27 dans la rédaction résultant de ses travaux.***

<b>Article additionnel après l'article 27</b>			
<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
Groupe socialiste	834	Représentation régionale des centres de santé	<b>Rejeté</b>

<b>Article 28</b>			
<b>Planification et autorisation des établissements et services médico-sociaux</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1304	Amendement de précision juridique	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	838	Maintien des Crosms	<b>Rejeté</b>
Pinton, Mayet	225	Transmission du rapport quinquennal du comité national d'organisation sanitaire et sociale (Cnoss) à l'assemblée des départements de France (ADF)	<b>Rejeté</b>
Groupe socialiste	837	Identique au précédent	<b>Rejeté</b>
Laménie	1096	Identique au précédent	<b>Rejeté</b>
Payet	191	Création d'un schéma d'orientation national de réadaptation professionnelle	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	468	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	839	Identique au précédent	<b>Rejeté</b>
Groupe socialiste	836	Information de l'ADF sur le schéma national d'organisation médico-sociale	<b>Adopté</b>
Pinton, Mayet	226	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Pinton, Mayet	227	Elaboration conjointe du schéma régional d'organisation médico-sociale par le préfet de région, le directeur de l'ARS et les présidents de conseils généraux de la région	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	835	Identique au précédent	<b>Rejeté</b>
	840	Avis du Crosms sur le schéma régional d'organisation médico-sociale	<b>Rejeté</b>
	841	Agrégation au niveau régional des schémas départementaux	<b>Rejeté</b>
	843	Association du Crosms à l'élaboration du Priac	<b>Rejeté</b>
	842	Réintroduction des Crosms	<b>Rejeté</b>
Groupe UC	113	Suppression de la disposition selon laquelle, pour certains établissements sociaux et médico-sociaux, le président de conseil général prend en compte les orientations du préfet	<b>Rejeté</b>
Pinton, Mayet	228	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
Groupe UC	114	Suppression de la disposition selon laquelle les schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie sont arrêtés par le président de conseil général après concertation avec le préfet de département et l'ARS	<b>Rejeté</b>
Pinton, Mayet	229	Identique au précédent	<b>Retiré</b>
Gournac	212	Présence de représentants de la fédération nationale de la mutualité française au sein des commissions d'appel à projet	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	844	Identique au précédent	<b>Rejeté</b>
Payet	189	Limitation de la procédure d'appel à projet et suppression de cette procédure pour les renouvellements d'autorisation	<b>Retiré</b>
Mayet, Pinton	253	Réservation d'une partie des appels à projet aux représentants des usagers	<b>Retiré</b>



<b>Article 28</b>			
<b>Planification et autorisation des établissements et services médico-sociaux</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	845	Participation des fédérations représentatives d'établissements publics et privés aux commissions d'appel à projet	<b>Rejeté</b>
Mayet, Pinton	254	Prise en compte de normes de qualité dans la procédure d'appel à projet	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	846	Garantie de l'innovation dans les appels à projet	<b>Rejeté</b>
	847	Possibilité élargie de solliciter des demandes de création, de transformation ou d'extension d'établissements sociaux et médico-sociaux à travers la procédure d'appel à projet	<b>Rejeté</b>
	848	Création d'une commission consultative de sélection d'appel à projet	<b>Rejeté</b>
	849	Consultation des associations d'usagers sur les cahiers des charges des appels à projet	<b>Rejeté</b>
	850	Suppression des dispositions relatives aux Cpom	<b>Rejeté</b>
Rapporteur	1305	Introduction d'un volet qualitatif dans les Cpom et accompagnement des établissements sociaux et médico-sociaux par l'Anap	<b>Adopté</b>
	1306	Extension du précédent aux établissements médico-sociaux autres que ceux accueillant des personnes âgées	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	470	Accord entre les organismes gestionnaires et les autorités de tarification sur la définition et le contenu des Cpom	<b>Satisfait</b>
Groupe socialiste	984	Introduction d'une procédure préalable à la rédaction du procès-verbal par l'agent contrôleur	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	471	Extension du bénéfice de l'aide sociale à l'hébergement des personnes handicapées	<b>Irrecevabilité article 40</b>
Desmarescaux	242	Clarification des procédures d'évaluation des établissements sociaux et médico-sociaux	<b>Adopté</b>
Vasselle	1416	Amendement de cohérence	<b>Adopté</b>
Desmarescaux	243	Prise en compte de la certification dans l'évaluation externe des établissements médico-sociaux	<b>Adopté</b>
Groupe UC	146	Extension du dispositif de TVA à taux réduit aux structures d'hébergement temporaire et d'accueil de jour gagée sur une augmentation des droits sur le tabac	<b>Adopté</b>
Hermange, Bout, Procaccia, Henneron, Kammermann, B. Dupont, P. Blanc, Rozier, Juilhard, Debré, Pinton, Mayet	1008	Extension du dispositif de TVA à taux réduit aux structures d'hébergement temporaire et d'accueil de jour	<b>Irrecevabilité art. 40</b>
Desmarescaux, Hermange	249	Identique au précédent	<b>Irrecevabilité art. 40</b>

<b>Article 28</b>			
<b>Planification et autorisation des établissements et services médico-sociaux</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Desmarescaux, Barbier, Pinton, Bout, Debré, Hermange, Goy-Chavent, Kammermann, Payet, Gournac	247	Distribution et aide à la prise de médicaments dans les établissements sociaux et médico-sociaux	<b>Adopté</b>
B. Dupont	Sous-amdt 72 à l'amdt n° 247	Précision selon laquelle toute personne chargée de l'aide aux soins de la vie courante ne peut aider à la prise de médicaments autres que ceux prescrits par le médecin	<b>Adopté</b>

*Sur l'amendement n° 247, Valérie Létard, secrétaire d'Etat, a indiqué qu'elle est consciente du caractère insatisfaisant de la situation actuelle mais qu'il faut prendre toutes les précautions pour garantir la sécurité des personnes et protéger le personnel dès qu'il s'agit de la distribution des médicaments auprès des personnes privées d'autonomie. Elle a réservé la position du Gouvernement sur l'amendement pour la discussion en séance publique, afin d'approfondir l'expertise sur ce dossier.*

<b>Article 28</b>			
<b>Planification et autorisation des établissements et services médico-sociaux</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	851	Adaptation des dispositions réglementaires relatives à l'accueil temporaire des personnes âgées	<b>Retiré</b>
	853	Levée des obstacles au développement de l'hébergement temporaire des personnes âgées	<b>Retiré</b>
Groupe CRC - SPG	469	Création d'un statut d'établissement social et médico-social privé d'intérêt collectif	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	852	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Mayet, Pinton	980	Identique au précédent	<b>Adopté</b>

*Sur ces amendements, Valérie Létard, secrétaire d'Etat, a considéré que la reconnaissance d'un statut particulier aux établissements médico-sociaux privés non lucratifs viendrait, de manière artificielle, opérer une distinction entre des établissements appelés à remplir des missions identiques quel que soit leur statut. Elle s'est donc déclarée défavorable à leur adoption.*

<b>Article 28</b>			
<b>Planification et autorisation des établissements et services médico-sociaux</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	854	Interventions des professionnels médicaux et paramédicaux exerçant à titre libéral dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux	<b>Rejeté</b>
	855	Clarification et sécurisation de la procédure de cession d'autorisations médico-sociales	<b>Retiré</b>
Desmarescaux, Vasselle	246	Mise en place d'un service minimum dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux	<b>Adopté</b>

*Sur l'amendement n° 246, Valérie Létard, secrétaire d'Etat, a considéré que la permanence de soins dans les établissements sociaux est un sujet complexe et potentiellement conflictuel. Elle a proposé la mise en place d'un groupe d'études associant l'ensemble des interlocuteurs concernés et les parlementaires afin de dresser un bilan de la législation actuelle et de proposer les modifications qui paraîtront nécessaires.*

<b>Article 28</b>			
<b>Planification et autorisation des établissements et services médico-sociaux</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Hermange, Bout, Procaccia, Henneron, Karmmermann, B. Dupont, P. Blanc, Rozier, Juilhard, Debré, Mayet, Pinton	1009	Adaptation des dispositions réglementaires relatives à l'hébergement temporaire des personnes âgées	<b>Retiré</b>
Hermange	1010	Expérimentation de plusieurs modalités de fonctionnement et de tarification des structures d'hébergement temporaire pour personnes âgées	<b>Adopté</b>
Desmarescaux, Vasselle	248	Extension aux établissements sociaux et médico-sociaux de l'obligation de préavis en cas de grève	<b>Adopté</b>
Desmarescaux	239	Reconnaissance de la qualification des assistants de service social ressortissants de pays non européens	<b>Adopté</b>
	245	Levée des obstacles au développement des groupements de coopération sociaux et médico-sociaux	<b>Adopté</b>
Vasselle	977	Clarification et sécurisation des procédures d'alerte enclenchées en cas de difficultés financières des établissements sociaux et médico-sociaux	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	472	Adaptation des dispositions réglementaires relatives à l'hébergement temporaire des personnes âgées	<b>Rejeté</b>

*La commission a alors adopté l'article 28 dans la rédaction résultant de ses travaux.*

<b>Articles additionnels après l'article 28</b>			
<b>Planification et autorisation des établissements et services médico-sociaux</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe UC	147	Adaptation des dispositions réglementaires relatives à l'hébergement temporaire des personnes âgées	<b>Satisfait</b>
Desmarescaux	241	Possibilité pour les unions pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie (Ugecam) de recourir aux marchés publics de conception réalisation	<b>Adopté</b>
Groupe CRC - SPG	473	Clarification et sécurisation de la procédure de cession d'autorisations médico-sociales	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	856	Extension du dispositif de TVA à taux réduit aux structures d'hébergement temporaire et d'accueil de jour	<b>Satisfait</b>

*La commission a adopté cet article additionnel après l'article 28 dans la rédaction résultant de ses travaux.*

<b>Article 28 bis</b>			
<b>Personnels recrutés par le groupement d'intérêt public « agence des systèmes d'information de santé partagés »</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Dériot	1124	Possibilité pour l'agence des systèmes d'information de santé partagés (Asip) d'attribuer des financements visant à favoriser le développement des systèmes d'information de santé partagés	<b>Irrecevabilité article 40</b>

*Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, a noté l'intérêt du dispositif proposé par l'amendement n° 1124 et a regretté qu'il ne puisse être adopté.*

*Nicolas About, président, a rappelé que le Gouvernement n'est pas soumis à l'irrecevabilité sur le fondement de l'article 40 et qu'il lui est donc possible de reprendre à son compte le dispositif proposé par Gérard Dériot afin qu'il soit discuté lors du débat en séance publique.*

*La commission a adopté l'article 28 bis sans modification.*

<b>Article additionnel après l'article 28 bis</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Dériot	1125	Attribution à l'Asip de la mission de mise en cohérence des systèmes d'information de santé partagés	<b>Adopté</b>

*La commission a adopté cet article additionnel après l'article 28 bis dans la rédaction résultant de ses travaux.*

<b>Article 29</b> <b>Mesures de coordination rendues nécessaires par la création des ARS</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1281	Nouvelle dénomination des caisses régionales d'assurance retraite et de protection de la santé au travail en caisses de retraite, des accidents du travail et des maladies professionnelles	<b>Adopté</b>
Vasselle	978	Identique au précédent	<b>Satisfait</b>
Groupe UC	865	Nouvelle dénomination des caisses régionales d'assurance retraite et de protection de la santé au travail en caisses d'assurance retraite et de la santé au travail	<b>Tombe</b>

*La commission a adopté l'article 29 dans la rédaction résultant de ses travaux.*

<b>Article 30</b> <b>Transfert à l'ARS des droits et obligations des organismes auxquels elle se substitue</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	857	Avis du président du conseil général sur la mise à disposition de l'ARS des biens immeubles appartenant aux départements	<b>Adopté</b>
	858	Mise à disposition des ARS des agents contractuels de droit privé des caisses	<b>Rejeté</b>
Rapporteur	1282	Coordination	<b>Retiré</b>
Groupe socialiste	859	Mise à disposition des personnels contractuels des caisses aux ARS	<b>Retiré</b>
Vasselle	979	Identique au précédent	<b>Tombe</b>
Leclerc	163	Mise à disposition des praticiens-conseils	<b>Tombe</b>
Rapporteur	1283	Coordination	<b>Retiré</b>

*La commission a adopté l'article 30 dans la rédaction résultant de ses travaux.*

<b>Article 31</b> <b>Préfiguration des ARS en 2009</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1360	Suppression des dispositions budgétaires transitoires	<b>Retiré</b>

***Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, a déclaré que ces dispositions sont essentielles pour la mise en place des ARS dès le 1er janvier et que leur suppression poserait un réel problème.***

***Alain Milon, rapporteur, a indiqué qu'il paraît curieux que l'on puisse adopter le budget d'un établissement qui n'existe pas. Ceci étant, il a retiré l'amendement n° 1360.***

***La commission a adopté l'article 31 sans modification.***

<b>Article 32</b> <b>Entrée en vigueur des dispositions relatives aux ARS, à la représentation des professionnels de santé libéraux ainsi qu'à la planification et à l'autorisation des établissements et services médico-sociaux</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Desmarescaux	244	Coordination	<b>Adopté</b>
Payet	190	Suppression de l'appel à projet pour le renouvellement d'autorisations	<b>Adopté</b>
Rapporteur	1307	Prolongation du mandat de certains membres des comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale	<b>Adopté</b>
	1308	Prolongation des schémas médico-sociaux jusqu'au 30 juin 2010	<b>Adopté</b>
Gournac	213	Autorisation des centres de santé par l'ARS dès l'entrée en vigueur de la loi	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	860	Identique au précédent	<b>Adopté</b>
Vasselle	967	Identique au précédent	<b>Adopté</b>

***La commission a adopté l'article 32 dans la rédaction résultant de ses travaux.***

<b>Article additionnel après l'article 32</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Dériot	1126	Obligation de détention d'une carte de professionnel de santé	<b>Adopté</b>

*La commission a adopté cet article additionnel après l'article 32 dans la rédaction résultant de ses travaux.*

<b>Article 33</b>			
<b>Habilitation à légiférer par ordonnances pour coordination des codes avec la loi, organiser les centres de lutte contre le cancer et adapter la loi outre-mer</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Rapporteur	1361	Suppression de deux habilitations sur le fondement de l'article 38 de la Constitution	<b>Adopté</b>
Groupe socialiste	861	Définition par ordonnance des modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé privés d'intérêt collectif	<b>Retiré</b>
	862	Mise en place d'un plan santé Dom	<b>Retiré</b>

*La commission a adopté l'article 33 dans la rédaction résultant de ses travaux.*

<b>Article additionnel après l'article 33</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	863	Remise d'un rapport sur la situation des établissements de santé des départements d'outre-mer	<b>Rejeté</b>

*La commission a ensuite adopté l'article 34 sans modification.*

<b>Article additionnel après l'article 34</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Lardeux	57	Possibilité pour les personnes autorisées à exercer la médecine en France d'obtenir la qualification de médecin compétent	<b>Retiré</b>

<b>Intitulé du projet de loi</b>			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Groupe socialiste	474	Mention de la réforme du système sanitaire et médico-social	<b>Retiré</b>

*Enfin, la commission a adopté l'ensemble du projet de loi dans la rédaction résultant de ses travaux.*





## LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LA COMMISSION

### *Mercredi 14 janvier 2009*

#### Table ronde :

- **Michel Chassang**, président de la confédération des syndicats médicaux français (CSMF) ;
- **Christian Jeambrun**, président du syndicat des médecins libéraux (SML) ;
- **Martial-Olivier Koehret**, président du syndicat des médecins généralistes (MG France) ;
- **Jean-Claude Régi**, président de la fédération des médecins de France (FMF), et **Francis Fellingner**, président de la conférence nationale des présidents de CME des centres hospitaliers généraux.

### *Mercredi 21 janvier 2009*

- **Laurent Degos**, président, et **François Romaneix**, directeur général de la Haute Autorité de santé (HAS).

### *Mercredi 28 janvier 2009*

- **Gérard Vincent**, délégué général, et **Jérémie Secher**, directeur de cabinet de la fédération hospitalière de France (FHF) ;
- **Jean-Loup Durousset**, président, et **Yvon Bertel Venezia**, président du GIE Club des 15 et président de la première centrale d'achats du secteur (FHP) ;
- **Antoine Dubout**, président de la fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (Fehap).

### *Mercredi 11 février 2009*

- **Jean-Marie Bertrand**, secrétaire général du ministère chargé des affaires sociales.

### *Mercredi 1<sup>er</sup> avril 2009*

- **Frédéric Van Roekeghem**, directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam) ;
- **Dominique Liger**, directeur général du régime social des indépendants (RSI) ;
- **François Gin**, directeur général de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA).

*Mercredi 8 avril 2009*

- **Roselyne Bachelot**, ministre de la santé et des sports, et **Valérie Létard**, secrétaire d'Etat chargée de la solidarité.

## LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR

### *Mardi 2 décembre 2008*

- Docteur **Francis Fellingier**, président de la conférence nationale des présidents de CME des centres hospitaliers généraux.

### *Mercredi 3 décembre 2008*

- **Jean-Louis Bonnet**, directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de Rhône-Alpes, président de la conférence des directeurs des agences régionales de l'hospitalisation ;
- **Angel Piquemal**, président de la conférence des directeurs de centres hospitaliers ;
- **Antoine Dubout**, président de la fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (Fehap).

### *Mardi 9 décembre 2008*

- Professeur **Alain Destee**, président de la conférence des présidents de CME de CHU ;
- **Gérard Vincent**, délégué général, et **Jérémie Secher**, directeur de cabinet, de la fédération hospitalière de France (FHF).

### *Mardi 16 décembre 2008*

- **Didier Tabuteau**, professeur titulaire de la chaire santé à l'institut d'études politiques de Paris ;
- **Paul Castel**, président de la conférence des directeurs généraux des CHU ;
- **Jean-Loup Durosset**, président, et **Philippe Burnel**, délégué général, de la fédération hospitalière privée (FHP).

### *Mercredi 17 décembre 2008*

- **Elisabeth Hubert**, présidente de la fédération nationale de l'hospitalisation à domicile ;
- Docteur **Didier Gaillard**, président de la conférence des présidents de CME d'établissements privés à but non lucratif, et docteur **Philippe Ailleres**, secrétaire général adjoint du conseil départemental de l'ordre des médecins de Paris.

*Mardi 6 janvier 2009*

- **Christian Saout**, président du collectif interassociatif sur la santé ;
- **Pierre-Louis Bras**, inspecteur général des affaires sociales ;
- Docteur **Christian Jeambrun**, président, et docteur **Jean-Louis Caron**, secrétaire général, du syndicat des médecins libéraux (SML).

*Mercredi 7 janvier 2009*

- **Claude Bigot**, directeur de l'école nationale supérieure de la sécurité sociale ;
- **Antoine Flahaut**, directeur de l'école des hautes études en santé publique ;
- Docteur **Bernard Schmitt**, président, et docteur **Claude Cherrier**, trésorière, de l'association des médecins conseil régionaux.

*Mardi 13 janvier 2009*

- Professeur **Anne Gompel** de l'unité de gynécologie endocrinienne.

*Mercredi 14 janvier 2009*

- **Yann Bourgueil**, directeur de recherche de l'institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) ;
- **Victor Perez**, président de l'association des directeurs de caisses d'assurance maladie, **Claude Humbert**, président de la conférence des directeurs des unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam), et docteur **Claude Cherrier**, représentant du docteur Bernard Schmitt, président de l'association des directeurs régionaux du service médical.

*Mardi 20 janvier 2009*

- **Jean-Paul Segade**, directeur général de l'assistance publique-hôpitaux de Marseille.

*Mercredi 21 janvier 2009*

- Docteur **Jean-Marie Leleu**, docteur **Claude Grasmick** et docteur **Patrick Pelloux**, vice-présidents de la confédération des praticiens des hôpitaux ;
- Docteur **François Aubart**, président de la coordination médicale hospitalière ;
- Professeur **Roland Rymer**, président du syndicat national des médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des hôpitaux publics (Snam-HP) ;
- Docteur **Rachel Bocher**, présidente de l'intersyndicat national des praticiens hospitaliers (INPH).

*Mardi 27 janvier 2009*

- Docteur **Walter Vorhauer**, secrétaire général, et **Francisco Jornet**, juriste au conseil national de l'ordre des médecins (Cnom) ;
- **Didier Houssin**, directeur général de la santé, et **François Barastier**, chef de cabinet de la direction générale de la santé ;
- **Annie Podeur**, directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos).

*Mercredi 28 janvier 2009*

- Professeur **Christian Thuillez**, président de la conférence des doyens des facultés de médecine ;
- **Gérard Quevillon**, président, **Dominique Liger**, directeur général, et **Philippe Ulmann**, directeur de la politique de santé, du régime social des indépendants (RSI).

*Mercredi 4 février 2009*

- **Yves Daudigny**, sénateur, président de la commission des politiques sociales et familiales - assemblée des départements de France (ADF) ;
- **Philippe El Sair**, président du syndicat national des cadres hospitaliers ;
- **Philippe Calmette**, directeur général, **Valérie Dommanget**, responsable du département gestion, **Thierry Weishaupt**, responsable des relations institutionnelles, et **Antoine Fraysse**, responsable des relations institutionnelles et des délégations régionales de la fédération nationale des associations de parents et amis employeurs et gestionnaires d'établissements et services pour personnes handicapées mentales (Fegapei).

*Mardi 10 février 2009*

- **Antoine Dubout**, président de la fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (Fehap) ;
- **Huguette Vigneron-Melder**, présidente de l'agence régionale de l'hospitalisation de La Réunion ;
- **Gérard Vincent**, délégué général, et **Jérémie Secher**, directeur de cabinet de la fédération hospitalière de France (FHF).

*Mercredi 11 février 2009*

- **Yves Journal**, président, et **Florence Arnaiz-Maume**, déléguée générale du syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (Synerpa) ;
- **Alain Cordier**, président du conseil, et **Laurent Vachey**, directeur de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

*Mardi 17 février 2009*

- **Gérard Pelhate**, président, **François Gin**, directeur général, et **Pierre-Jean Lancry**, directeur de la santé de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) ;
- Professeur **Michel Reynaud**, président de la fédération française d'addictologie.

*Jeudi 19 février 2009*

- Professeur **Jean-Gérard Gobert**, président de la fédération nationale des syndicats de praticiens biologistes hospitaliers et hospitalo-universitaires (FNSPBHU).

*Mardi 3 mars 2009*

- **Olivier de Cadeville**, directeur délégué aux opérations de la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) ;
- **Dominique Libault**, directeur de la sécurité sociale ;
- **Alain Bergeau**, président, et **Cyrille Pernot**, chargé de la communication et des relations institutionnelles - fédération française des masseurs-kinésithérapeutes-rééducateurs (FFMKR) ;
- **Daniel Lenoir**, directeur général, **Isabelle Millet-Caurier**, directrice des affaires publiques, et **Vincent Figureau**, responsable du département des relations extérieures, de la mutualité française.

*Mercredi 4 mars 2009*

- **Régis Devoldère**, président, et **Thierry Nouvel**, directeur général de l'union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales (Unapei) ;
- Docteur **Eric Souêtre**, directeur de réseau de laboratoires d'analyses médicales (Labco).

*Mardi 10 mars 2009*

- Docteur **Paul Kiritzé-Topor**, secrétaire général adjoint de la société française d'alcoologie ;
- **Pierre Coppéré**, président de la fédération française des spiritueux.

*Mercredi 11 mars 2009*

- **Marie-Christine Tarby**, présidente, **Delphine Blanc**, directrice, **Sylvie Busca** et **Pascal Bobillier-Monnot**, directeur, de la confédération nationale des producteurs de vins et eaux-de-vie de vin à appellations d'origine contrôlée (Cnaoc) de l'association Vin et société ;
- **Philippe Lamoureux**, directeur général, **Catherine Lassale**, directrice des affaires scientifiques, pharmaceutiques et médicales, et **Aline Bessis**, directrice en charge des affaires publiques, des entreprises du médicament (Leem) ;
- **Paul Castel**, président, et **Philippe Vigouroux**, vice-président, de la conférence des directeurs généraux des CHU.

*Mardi 17 mars 2009*

- **Marie-Josée Keller**, présidente, **Marie-Cécile Moulinier**, secrétaire générale, et **Marianne Benoit-Truong**, conseillère, du conseil national de l'ordre des sages-femmes ;
- Docteur **Philippe Cuq**, président de l'union des chirurgiens de France ;
- Docteur **Jean Marty**, secrétaire général du syndicat national des gynécologues obstétriciens de France (Syngof).

*Mercredi 25 mars 2009*

- **Frédéric Van Roekeghem**, directeur général de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam).

*Mardi 31 mars 2009*

- Docteur **Martial Olivier Koehret**, président de MG France.

*Mercredi 8 avril 2009*

- **Bérangère Crochemore**, présidente de l'intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (Isnar-IMG), et **Benoît Elleboode**, président de l'intersyndicat national des internes des hôpitaux (ISNIH).

*Mercredi 15 avril 2009*

- **Fabrice Heyriès**, directeur général de l'action sociale, et **Jean-Marie Bertrand**, secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales ;
- **Madani Aliouche**, président de Paramédic France ;
- **Professeur Philippe Arnaud**, professeur des universités - praticien hospitalier, docteur **Agnès Bellanger**, praticien hospitalier, professeur **Laurent Brochard**, professeur **Pierre Coriat**, professeur **Bertrand Godeau**, professeur **André Grimaldi**, professeurs des universités - praticiens hospitaliers à l'assistance publique-hôpitaux de Paris ;

- **Alain Griset**, président de l'assemblée permanente des chambres de métiers (APCM) ;
- **Philippe Vigier**, député-maire de Cloyes-sur-le-Loir, secrétaire général adjoint de l'association des maires de France (AMF), et **Jean-Pierre Bouquet**, maire de Vitry-le-François, membre du bureau de l'AMF ;
- **Jeanne Polles**, présidente, et **Gilles Bazus**, directeur de la communication et des affaires publiques, de Philip Morris France