

# SÉNAT

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2008-2009

COMPTE RENDU INTÉGRAL

Séance du vendredi 29 mai 2009

(109<sup>e</sup> jour de séance de la session)



[www.senat.fr](http://www.senat.fr)



7771050 906309

# SOMMAIRE

## PRÉSIDENTE DE M. GUY FISCHER

### Secrétaires :

MM. Marc Massion, Bernard Saugey.

1. **Procès-verbal** (p. 5313)
2. **Réforme de l'hôpital.** – Suite de la discussion d'un projet de loi déclaré d'urgence (Texte de la commission) (p. 5313)

Article 15 (*suite*)(p. 5313)

Amendements n<sup>os</sup> 474, 477 480 de M. François Autain, 857 rectifié à 859 de M. Paul Blanc, 183 rectifié, 180 rectifié, 181 de M. Hervé Maurey, 2 rectifié *ter* de M. Claude Biwer, 626 rectifié de M. Gilbert Barbier; amendements identiques n<sup>os</sup> 179 de M. Hervé Maurey et 230 rectifié du Gouvernement, amendement n<sup>o</sup> 784 rectifié *bis* de M. Jacky Le Menn (*suite*). – MM. Hervé Maurey, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports; MM. Jean-Pierre Sueur, Claude Biwer, François Autain, Bernard Cazeau, Marc Laménie, Alain Vasselle, Jean-Pierre Fourcade, Nicolas About, président de la commission des affaires sociales; Gilbert Barbier, Serge Lagache. – Retrait des amendements n<sup>os</sup> 2 rectifié *ter*, 858 rectifié, 859 et 626 rectifié; rejet des amendements n<sup>os</sup> 474, 857 rectifié et, par scrutin public, de l'amendement n<sup>o</sup> 183 rectifié; rejet des amendements n<sup>os</sup> 477, 180 rectifié, 480 et 181; adoption des amendements n<sup>os</sup> 179 et 230 rectifié, l'amendement n<sup>o</sup> 784 rectifié *bis* devenant sans objet.

Amendements n<sup>os</sup> 475 de M. François Autain et 726 rectifié de M. Bernard Cazeau. – Mme Brigitte Gonthier-Maurin, MM. Bernard Cazeau, Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales; Mme la ministre. – Rejet des deux amendements.

Amendements identiques n<sup>os</sup> 476 de M. François Autain et 727 rectifié de M. Bernard Cazeau. – Mme Isabelle Pasquet, MM. Jacky Le Menn, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet des deux amendements.

Amendement n<sup>o</sup> 725 rectifié de M. Bernard Cazeau. – MM. Yves Daudigny, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n<sup>o</sup> 182 rectifié *bis* de M. Hervé Maurey et sous-amendement n<sup>o</sup> 1221 de M. Claude Biwer. – MM. Hervé Maurey, Claude Biwer, le rapporteur, Mme la ministre, MM. Gilbert Barbier, François Autain, Dominique Leclerc, Jean Desessard, le président de la commission, Alain Vasselle, Alain Houpert, Yves Daudigny, Jean-Pierre Fourcade. – Retrait du sous-amendement; rejet de l'amendement.

M. Jean-Pierre Sueur, Mme la ministre.

Amendement n<sup>o</sup> 1360 du Gouvernement. – Adoption.

M. François Autain.

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

Articles additionnels après l'article 15 (*réservés jusqu'après l'article 21 nonies*) (p. 5332)

Article 15 *bis* A. – Adoption. (p. 5332)

Article 15 *bis*(p. 5332)

Amendement n<sup>o</sup> 89 rectifié de M. Jacques Blanc. – MM. Marc Laménie, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Amendements n<sup>os</sup> 628 rectifié de Mme Françoise Laborde, 731 rectifié de M. Jean-Pierre Godefroy et 1228 du Gouvernement. – Mmes Françoise Laborde, la ministre, MM. le rapporteur, Bernard Cazeau, Gilbert Barbier, Dominique Leclerc, François Autain, Jean-Pierre Sueur, Jean-Pierre Fourcade. – Retrait des amendements n<sup>os</sup> 731 rectifié et 628 rectifié; rejet de l'amendement n<sup>o</sup> 1228.

Adoption de l'article.

Article additionnel après l'article 15 *bis* (*réserve jusqu'après l'article 21 nonies*)(p. 5338)

Article 15 *ter* (supprimé par la commission) (p. 5338)

Amendement n<sup>o</sup> 732 de M. Bernard Cazeau. – MM. Bernard Cazeau, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

L'article demeure supprimé.

Article 15 *quater*(p. 5338)

Amendement n<sup>o</sup> 96 rectifié *bis* de M. Bruno Gilles. – MM. Dominique Leclerc, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Adoption de l'article.

Articles additionnels avant l'article 16 (*réservés jusqu'après l'article 21 nonies*)(p. 5339)

Article 16 (p. 5339)

M. le rapporteur, Mme la ministre, MM. Alain Vasselle, François Autain, Bernard Cazeau.

Amendements identiques n<sup>os</sup> 95 rectifié de M. Bruno Gilles, 677 de M. Alain Houpert et 860 de M. Paul Blanc. – MM. Dominique Leclerc, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait des trois amendements.

Amendement n<sup>o</sup> 482 de M. François Autain. – MM. François Autain, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n<sup>o</sup> 733 rectifié de M. Bernard Cazeau. – Retrait.

Amendements n<sup>os</sup> 483 de M. François Autain et 736 rectifié de M. Bernard Cazeau. – MM. François Autain, Yves Daudigny, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait des deux amendements.

*Suspension et reprise de la séance* (p. 5345)

3. **Décès d'un ancien sénateur** (p. 5345)

4. **Dépôt d'un rapport du Gouvernement**(p. 5345)

5. **Réforme de l'hôpital. – Suite de la discussion d'un projet de loi déclaré d'urgence** (Texte de la commission) (p. 5345)

Article 16 (*suite*)(p. 5345)

Amendement n<sup>o</sup> 217 rectifié de Mme Muguette Dini. – Mme Muguette Dini, M. Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales; Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports. – Retrait.

Amendement n<sup>o</sup> 218 de M. Jean Arthuis. – Mme Muguette Dini, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Adoption.

Amendement n<sup>o</sup> 565 de M. François Autain; amendements identiques n<sup>os</sup> 566 de M. François Autain et 737 rectifié de M. Bernard Cazeau; amendements n<sup>os</sup> 567 et 568 de M. François Autain. – Mme Nicole Borvo Cohen-Seat, MM. Bernard Cazeau, François Autain, le rapporteur, Mme la ministre. – Adoption de l'amendement n<sup>o</sup> 565, les autres amendements devenant sans objet.

Amendements n<sup>os</sup> 484 de M. François Autain et 1232 du Gouvernement. – Mme Nicole Borvo Cohen-Seat, Mme la ministre, MM. le rapporteur, Alain Vasselle. – Retrait de l'amendement n<sup>o</sup> 484; adoption de l'amendement n<sup>o</sup> 1232.

Amendement n<sup>o</sup> 485 de M. François Autain. – MM. François Autain, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n<sup>o</sup> 487 de M. François Autain. – Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. – Retrait.

Amendements n<sup>os</sup> 862 de M. Paul Blanc, 94 rectifié de M. Bruno Gilles, 1363 de la commission et 1231 du Gouvernement. – MM. Marc Laménie, Dominique Leclerc, Mme la ministre, MM. le rapporteur, Jean Desessard, Gilbert Barbier, Alain Vasselle, Jean-Pierre Fourcade. – Retrait des amendements n<sup>os</sup> 94 rectifié et 862; adoption de l'amendement n<sup>o</sup> 1363, l'amendement n<sup>o</sup> 1231 devenant sans objet.

Amendement n<sup>o</sup> 48 rectifié de M. Marc Laménie. – MM. Marc Laménie, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Adoption de l'article modifié.

Article 16 *bis*(p. 5353)

Amendements n<sup>os</sup> 486 de M. François Autain, 1252 du Gouvernement et sous-amendement n<sup>o</sup> 1362 de la commission. – Mme Nicole Borvo Cohen-Seat, M. le rapporteur, Mme la ministre, MM. Alain Vasselle, Gilbert Barbier, François Autain, Jean Desessard. – Rejet de l'amendement n<sup>o</sup> 486; adoption du sous-amendement n<sup>o</sup> 1362 et de l'amendement n<sup>o</sup> 1252 modifié.

Adoption de l'article modifié.

Article additionnel après l'article 16 *bis* (réservé jusqu'après l'article 21 *nonies*)(p. 5357)

Article 17(p. 5357)

M. Bernard Cazeau

Amendement n<sup>o</sup> 219 de Mme Muguette Dini. – Mme Muguette Dini, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Amendements n<sup>os</sup> 739 et 893 de M. Bernard Cazeau. – M. Bernard Cazeau. – Retrait.

Amendement n<sup>o</sup> 488 de M. François Autain. – MM. François Autain, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n<sup>o</sup> 741 de M. Jean-Pierre Michel. – MM. Jacky Le Menn, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendements n<sup>os</sup> 489 de M. François Autain et 742 de M. Jacky Le Menn. – MM. François Autain, Jacky Le Menn, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait des deux amendements.

Amendement n<sup>o</sup> 490 de M. François Autain. – Mme Nicole Borvo Cohen-Seat, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n<sup>o</sup> 740 rectifié de M. Jean-Jacques Mirassou. – MM. Bernard Cazeau, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Adoption de l'article.

Article additionnel après l'article 17 (*réserve jusqu'après l'article 21 nonies*)(p. 5357)

Article 17 *bis*. – Adoption (p. 5362)

Article 17 *ter*(p. 5362)

Amendement n<sup>o</sup> 863 de M. Paul Blanc. – MM. Marc Laménie, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Adoption de l'article.

Article 18 (p. 5363)

MM. Jean Desessard, Mme Nicole Borvo Cohen-Seat, MM. François Autain, Bernard Cazeau, Mme Catherine Procaccia, M. le rapporteur, Mmes Isabelle Debré, la ministre.

Amendement n<sup>o</sup> 569 de M. François Autain. – MM. François Autain, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendements n<sup>os</sup> 491 de M. François Autain et 745 de M. Jacky Le Menn. – Mme Nicole Borvo Cohen-Seat, MM. Bernard Cazeau, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet des deux amendements.

Amendement n<sup>o</sup> 492 de M. François Autain. – MM. François Autain, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n<sup>o</sup> 748 de M. Bernard Cazeau. – Retrait.

Amendement n° 785 de M. Jacky Le Menn. – MM. Bernard Cazeau, le rapporteur, Mme la ministre, MM. Alain Vasselle, Jean Desessard, Jacky Le Menn, Gilbert Barbier. – Rejet par scrutin public.

Renvoi de la suite de la discussion.

6. **Textes soumis au Sénat en application de l'article 88-4 de la Constitution** (p. 5373)
7. **Ordre du jour** (p. 5373)

# COMPTE RENDU INTÉGRAL

## PRÉSIDENTICE DE M. GUY FISCHER

**vice-président**

**Secrétaires :**  
**M. Marc Massion,**  
**M. Bernard Saugey.**

**M. le président.** La séance est ouverte.

*(La séance est ouverte à neuf heures trente.)*

1

## PROCÈS-VERBAL

**M. le président.** Le compte rendu analytique de la précédente séance a été distribué.

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

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

2

## RÉFORME DE L'HÔPITAL

SUITE DE LA DISCUSSION D'UN PROJET DE LOI  
 DÉCLARÉ D'URGENCE

*(Texte de la commission)*

**M. le président.** L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (n<sup>os</sup> 290, 380 et 381).

Hier soir, nous avons commencé l'examen de l'article 15, dont je rappelle les termes.

### Article 15 *(suite)*

#### **(Texte modifié par la commission)**

I. - L'article L. 631-1 du code de l'éducation est ainsi rédigé :

« Art. L. 631-1. - I. - La première année des études de santé est commune aux études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et de sage-femme. Les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé déterminent par voie réglementaire :

« 1<sup>o</sup> L'organisation de cette première année des études de santé ;

« 2<sup>o</sup> Le nombre des étudiants admis dans chacune des filières à l'issue de la première année des études de santé ; ce nombre tient compte des besoins de la population, de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques et des capacités de formation des établissements concernés. Toutefois, les universités peuvent répartir ce nombre entre plusieurs unités de formation et de recherche pour répondre à des besoins d'organisation et d'amélioration de la pédagogie. Un arrêté détermine les critères de répartition de ce nombre de façon à garantir l'égalité des chances des candidats ;

« 3<sup>o</sup> Les modalités d'admission des étudiants dans chacune des filières à l'issue de la première année ;

« 4<sup>o</sup> Les conditions dans lesquelles les étudiants peuvent être réorientés à l'issue du premier semestre de la première année des études de santé ou au terme de celle-ci ainsi que les modalités de leur réinscription ultérieure éventuelle dans cette année d'études.

« II. - 1. Des candidats, justifiant notamment de certains grades, titres ou diplômes, peuvent être admis en deuxième année ou en troisième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme.

« 2. Peuvent également être admis en deuxième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou en première année d'école de sage-femme des étudiants engagés dans les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme et souhaitant se réorienter dans une filière différente de leur filière d'origine ; cette possibilité de réorientation est ouverte aux étudiants ayant validé au moins deux années d'études dans la filière choisie à l'issue de la première année.

« Les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé arrêtent le nombre, les conditions et les modalités d'admission des étudiants mentionnés aux 1 et 2.

« III. - Le ministre chargé de la santé est associé à toutes les décisions concernant les enseignements médicaux, odontologiques et pharmaceutiques. »

II. - L'article L. 632-2 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 632-2. - Le troisième cycle des études médicales est ouvert à tous les étudiants ayant validé le deuxième cycle des études médicales.

« Un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé détermine pour une période de cinq ans le nombre d'internes à former par spécialité, en particulier celle de médecine générale, et par subdivision territoriale, compte tenu de la situation de la démographie médicale dans les différentes spécialités concernées et de son évolution au regard des besoins de prise en charge spécialisée et compte tenu des capacités de formation des différentes subdivisions.

« Un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé détermine les modalités en fonction desquelles tout étudiant qui présente le concours d'entrée en deuxième année d'études de médecine est

informé de l'objectif de la collectivité nationale de rééquilibrage de la densité médicale sur le territoire et des mesures permettant d'y concourir.

« Un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé détermine le nombre de postes d'internes offerts chaque année par discipline ou spécialité et par centre hospitalier universitaire. Le choix effectué par chaque étudiant est subordonné au rang de classement aux épreuves classantes nationales.

« Les élèves médecins des écoles du service de santé des armées exercent leur choix au sein d'une liste établie, en fonction des besoins des armées, par arrêté du ministre de la défense et des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé. Un décret en Conseil d'État fixe les conditions dans lesquelles les postes d'internes sont attribués à ces élèves.

« Des décrets en Conseil d'État déterminent les subdivisions territoriales mentionnées au deuxième alinéa, les modalités des épreuves d'accès au troisième cycle, de choix d'une spécialité par les internes, d'établissement de la liste des services formateurs, d'organisation du troisième cycle des études médicales, de changement d'orientation ainsi que la durée des formations nécessaires durant ce cycle, et ultérieurement, pour obtenir selon les spécialités une qualification. »

III. - Les articles L. 631-3, L. 632-1-1, L. 632-3, L. 632-9, L. 632-10 et L. 632-11 du même code sont abrogés.

III *bis*. - Après le 4° de l'article L. 632-12 du code de l'éducation, il est inséré un 5° ainsi rédigé :

« 5° Les conditions dans lesquelles l'expérience acquise au cours de l'exercice professionnel peut être validée, en tout ou partie, en vue de l'obtention d'un diplôme de formation médicale spécialisé, dans une limite compatible avec les besoins de soins de la population et après une durée minimum d'exercice de la spécialité correspondant à la formation initiale, précisées par la voie réglementaire ; ».

IV. - L'article L. 632-5 du même code est ainsi modifié :

1° À la dernière phrase du deuxième alinéa, après le mot : « praticiens », sont insérés les mots : « , de centres de santé ou de structures de soins alternatives à l'hospitalisation » ;

2° Les troisième et dernier alinéas sont supprimés.

V. - L'article L. 634-1 du même code est ainsi modifié :

1° Les deux premiers alinéas sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Le troisième cycle long des études odontologiques, dénommé internat en odontologie, est accessible par concours national aux étudiants ayant obtenu la validation du deuxième cycle des études odontologiques.

« Les étudiants nommés à l'issue du concours en qualité d'interne en odontologie peuvent accéder à des formations qualifiantes de troisième cycle dont la liste est fixée par les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé. Le choix de la formation et du centre hospitalier universitaire de rattachement est subordonné au rang de classement aux épreuves de l'internat.

« Après validation de ce troisième cycle et soutenance d'une thèse, les internes obtiennent en plus du diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire, un diplôme mentionnant la qualification obtenue.

« Le titre d'ancien interne ne peut être utilisé que par des personnes justifiant du diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire et du diplôme sanctionnant l'une des formations de troisième cycle prévues au précédent alinéa. » ;

2° À la première phrase du dernier alinéa, les mots : « le contenu des formations, » sont supprimés.

VI. - Après l'article L. 1434-6 du code de la santé publique, tel qu'il résulte de l'article 26 de la présente loi, il est inséré un article L. 1434-6-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1434-6-1.* - Le schéma régional d'organisation des soins détermine les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins médicaux est particulièrement élevé.

« À l'échéance d'un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur du schéma régional d'organisation des soins, le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie évalue la satisfaction des besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier recours mentionnés à l'article L. 1434-6. Cette évaluation comporte un bilan de l'application des mesures mentionnées au cinquième alinéa du même article. Elle est établie dans des conditions et suivant des critères arrêtés par les ministres chargés de la santé et de l'assurance maladie.

« Si cette évaluation fait apparaître que les besoins en implantations précités ne sont pas satisfaits et que, de ce fait, l'offre de soins de premier recours ne suffit pas à répondre aux besoins de santé de la population dans certains territoires de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie peut, après avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, de l'union régionale des professionnels de santé compétente pour les médecins et des organisations les plus représentatives des étudiants en médecine, des internes et des chefs de clinique, proposer aux médecins exerçant dans les zones visées au premier alinéa du présent article d'adhérer à un contrat santé solidarité par lequel ils s'engagent à contribuer à répondre aux besoins de santé de la population des zones mentionnées à l'article L. 1434-6 où les besoins en implantations ne sont pas satisfaits.

« Les médecins qui ne respectent pas les obligations qu'il comporte pour eux, s'acquittent d'une contribution forfaitaire annuelle, au plus égale au plafond mensuel de la sécurité sociale.

« L'application du présent article se fera dans des conditions définies en Conseil d'État. »

**M. le président.** Sur cet article, quatorze amendements ont fait l'objet d'une discussion commune. Pour la clarté des débats, j'en redonne lecture.

L'amendement n° 474, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le texte proposé par le VI de cet article pour l'article L. 1434-6-1 du code de la santé publique :

« Art. L. 1434-6-1. - Le schéma régional de l'organisation des soins détermine également les zones dans lesquelles, en raison d'une densité particulièrement élevée de l'offre de soins, l'installation des professionnels de santé libéraux, des maisons de santé et des centres de santé, est subordonnée à l'autorisation de l'agence régionale de santé.

L'amendement n° 857 rectifié, présenté par MM. P. Blanc, Laménie et Gilles, est ainsi libellé :

Au début du premier alinéa du texte proposé par le VI de cet article pour l'article L.1434-6-1 du code de la santé publique, remplacer les mots :

Le schéma régional d'organisation des soins  
par les mots :

L'état des lieux régional de la démographie médicale

L'amendement n° 183 rectifié, présenté par MM. Maurey, Zocchetto, Amoudry, Biwer, J. Boyer, Détraigne, Dubois, J. L. Dupont et A. Giraud, Mme N. Goulet et MM. Merceron et Soulage, est ainsi libellé :

Après le premier alinéa du texte proposé par le VI de cet article pour l'article L. 1434-6-1 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010, les médecins exerçant à titre libéral ou salarié leurs fonctions qui s'installent dans l'une des zones visées au précédent alinéa, ne peuvent adhérer à la convention nationale visée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

L'amendement n° 2 rectifié *ter*, présenté par MM. Biwer, J. L. Dupont, Deneux, Maurey, Amoudry, Merceron et Zocchetto, est ainsi libellé :

Remplacer les deuxième, troisième et quatrième alinéas du texte proposé par le VI de cet article pour l'article L. 1434-6-1 du code de la santé publique par deux alinéas ainsi rédigés :

« Dès l'entrée en vigueur du schéma régional d'organisation des soins, le directeur général de l'agence régionale de santé évalue la satisfaction des besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier recours mentionnés à l'article L. 1434-6. Cette évaluation est établie dans des conditions et suivant des critères arrêtés par les ministres chargés de la santé et de l'assurance maladie.

« Si cette évaluation fait apparaître que les besoins en implantations précitées ne sont pas satisfaits et que, de ce fait, l'offre de soins de premier recours ne suffit pas à répondre aux besoins de santé de la population dans certains territoires de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé impose aux médecins exerçant dans les zones visées au premier alinéa du présent article d'adhérer à un contrat de santé solidarité par lequel ils devront contribuer à répondre aux besoins de santé de la population des zones mentionnées à l'article L. 1434-6.

L'amendement n° 477, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Dans le deuxième alinéa du texte proposé par le VI de cet article pour l'article L. 1434-6-1 du code de la santé publique, remplacer les mots :

À l'échéance d'un délai de trois ans à compter de  
par le mot :  
Dès

L'amendement n° 858 rectifié, présenté par MM. P. Blanc, Laménie et Gilles, est ainsi libellé :

Dans la première phase du deuxième alinéa du texte proposé par le VI de cet article pour l'article L. 1434-6-1 du code de la santé publique, remplacer les mots :

du schéma régional d'organisation des soins,  
par les mots :  
de l'état des lieux régional de la démographie médicale

L'amendement n° 859, présenté par MM. P. Blanc et Laménie, est ainsi libellé :

Supprimer les trois derniers alinéas du texte proposé par le VI de cet article pour l'article L.1434-6-1 du code de la santé publique.

L'amendement n° 180 rectifié, présenté par M. Maurey, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le troisième alinéa du texte proposé par le VI de cet article pour l'article L. 1434-6-1 du code de la santé publique :

« Si cette évaluation fait apparaître que les besoins en implantations précités ne sont pas satisfaits et que, de ce fait, l'offre de soins de premier recours ne suffit pas à répondre aux besoins de santé de la population dans certains territoires de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé propose aux médecins exerçant dans les zones visées au premier alinéa du présent article d'adhérer à un contrat santé solidarité par lequel ils s'engagent à contribuer à répondre aux besoins de santé de la population des zones mentionnées à l'article L. 1434-6 où les besoins en implantation ne sont pas satisfaits. Ce contrat est soumis pour avis à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, à l'union régionale des professionnels de santé compétente pour les médecins et aux organisations les plus représentatives des étudiants en médecine, des internes et des chefs de clinique.

L'amendement n° 480, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le troisième alinéa du texte proposé par le VI de cet article pour l'article L. 1434-6-1 du code de la santé publique :

« Dans les zones où cette évaluation fait apparaître que l'offre de soins de premier recours est particulièrement élevée, tout nouveau conventionnement de médecins est suspendu pendant une durée de trois ans.

L'amendement n° 626 rectifié, présenté par MM. Barbier et Mézard, Mme Escoffier et MM. Marsin, Milhau et de Montesquiou, est ainsi libellé :

Supprimer l'avant-dernier alinéa du texte proposé par le VI de cet article pour l'article L. 1434-6-1 du code de la santé publique.

Les amendements n<sup>os</sup> 179 et 230 rectifié sont identiques.

L'amendement n<sup>o</sup> 179 est présenté par M. Maurey.

L'amendement n<sup>o</sup> 230 rectifié est présenté par le Gouvernement.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Dans le quatrième alinéa du texte proposé par le VI de cet article pour l'article L. 1434-6-1 du code de la santé publique, après le mot :

médecins

insérer les mots :

qui refusent de signer un tel contrat, ou

L'amendement n<sup>o</sup> 784 rectifié *bis*, présenté par MM. Le Menn, Godefroy et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mmes Ghali et Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Le Texier et Printz, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schilling, MM. Teulade, Collombat et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

I. Au début de l'avant-dernier alinéa du texte proposé par le VI de cet article pour l'article L. 1434-6-1 du code de la santé publique, après le mot :

médecins

insérer les mots :

qui refusent de signer un tel contrat, ou

II. Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - Dans un délai de deux ans après la publication de la présente loi, l'union nationale des caisses d'assurance maladie et les syndicats représentatifs des médecins libéraux concluent un accord qui permettra de parvenir à un meilleur équilibre de l'offre de soins de premiers recours sur le territoire, afin de garantir une réponse adaptée aux besoins de la population.

Ils s'accorderont sur des mesures d'adaptation incitatives et sur la définition d'un dispositif de régulation des installations en fonction de l'offre globale de soins de premier recours, au sein de chaque région, dans les zones mentionnées à l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale.

L'amendement n<sup>o</sup> 181, présenté par M. Maurey, est ainsi libellé :

Au quatrième aliéna du texte proposé par le VI de cet article pour l'article L. 1434-6-1 du code de la santé publique, remplacer le mot :

plus

par le mot :

moins

Hier soir, ces amendements ont été présentés. La commission et le Gouvernement ont donné leurs avis.

Nous en sommes arrivés à la mise aux voix de ces amendements.

Je mets aux voix l'amendement n<sup>o</sup> 474, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n<sup>o</sup> 857 rectifié, repoussé par la commission et le Gouvernement.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Hervé Maurey, pour explication de vote sur l'amendement n<sup>o</sup> 183 rectifié.

**M. Hervé Maurey.** Madame la ministre, je vous remercie d'avoir bien voulu hier soir reconnaître la sincérité de ceux qui s'inquiètent de la démographie médicale.

Je ne mets pas non plus en cause votre sincérité, madame la ministre, et je rends hommage au courage dont vous faites généralement preuve et pour lequel j'ai beaucoup d'admiration.

En l'occurrence, je maintiens que certains manquent de courage par rapport à la situation, et j'avoue ne pas avoir été convaincu par la présentation du contrat santé solidarité comme l'alpha et l'oméga de la démographie médicale.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.** Je n'ai pas dit cela !

**M. Hervé Maurey.** J'espère que l'avenir me donnera tort.

En revanche, j'ai été outré par la réponse caricaturale du rapporteur. Personne n'a souhaité hier soir nationaliser la médecine !

L'amendement vise simplement, comme l'a suggéré le Président de la République au mois de septembre dernier, à prévoir pour les médecins le même système que celui qui est mis en place pour les infirmières.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Oui, mais les infirmières l'ont négocié ! Toute profession est libre de s'organiser !

**M. Hervé Maurey.** Par ailleurs, j'ai été plus qu'outré lorsque le rapporteur a parlé de « trous » pour qualifier les déserts médicaux. Cela témoigne d'un manque de respect à l'égard de la France rurale.

M. le rapporteur a la chance d'être l'élu d'un département qui ne connaît pas de problème de démographie médicale, mais ce n'est pas pour autant qu'il faut oublier, voire mépriser, les autres territoires !

Cette réaction prouve qu'il y a des sujets tabous, des vaches sacrées, des professions intouchables !

J'ai été assez attristé de faire ce constat hier soir.

**M. le président.** La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.** Je demande un scrutin public sur cet amendement.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n<sup>o</sup> 183 rectifié, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

Je suis saisi d'une demande de scrutin public émanant du Gouvernement.

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

*(Le scrutin a lieu.)*

**M. le président.** Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

(Il est procédé au comptage des votes.)

**M. le président.** Voici le résultat du dépouillement du scrutin n° 175 :

Nombre de votants .....	337
Nombre de suffrages exprimés .....	328
Majorité absolue des suffrages exprimés .....	165
Pour l'adoption .....	39
Contre .....	289

Le Sénat n'a pas adopté.

La parole est à M. Jean-Pierre Sueur, pour explication de vote sur l'amendement n° 2 rectifié *ter*.

**M. Jean-Pierre Sueur.** J'ai été très frappé par le débat qui a eu lieu hier soir et j'ai eu le sentiment de revenir à des temps anciens où s'affrontaient les partisans de la liberté et ceux de la coercition.

**M. François Autain.** Absolument !

**M. Jean-Pierre Sueur.** En présentant les choses de la sorte, nous ne pourrions pas régler le problème.

Nous le savons tous, la liberté d'installation, sujet auquel les médecins sont très attachés, ne suffit pas aujourd'hui à créer le bien commun en matière sanitaire. Car tout citoyen de notre pays a le droit à la santé et la liberté de se faire soigner.

Dès lors que nous prônons la liberté qui s'exerce dans le respect de règles ou de la loi, on nous rétorque qu'il s'agit de coercition. Je ne comprends pas très bien.

Monsieur le rapporteur, vous avez dénoncé une idéologie socialisante (*M. François Autain s'esclaffe.*), qui conduirait certains médecins à exercer dans des « trous ».

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Il voulait dire « déserts médicaux » !

**M. François Autain.** Oui, mais les « déserts » ne sont pas des « trous » !

**M. Jean-Pierre Sueur.** Vous avez raison d'apporter cette rectification, monsieur le président, car parler de « désert médical » est plus approprié que de parler de « trou » !

Chaque commune, quelle que soit sa taille, compte des habitants, mais aussi des grands électeurs, qui n'apprécieront peut-être pas de savoir qu'ils représentent des « trous » !

Ces propos m'ont choqué puisque nous sommes les représentants de toutes les communes !

**M. Alain Gournac.** Cessez de jouer sur les mots !

**M. Jean-Pierre Sueur.** Madame la ministre, vous nous avez expliqué que des études seraient réalisées sur cette question, assorties d'analyses « très fines ». Pour vous, la situation changera parce que, une fois qu'ils auront pris conscience de la finesse de ces analyses, les futurs médecins modifieront leur comportement !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** J'ai simplement voulu dire que ces analyses les orienteraient dans leurs choix !

**M. Jean-Pierre Sueur.** Selon vous, la situation s'en trouverait donc améliorée.

Madame la ministre, j'ai l'honneur de vous inviter dans un canton où trois médecins vont prendre leur retraite dans les années qui viennent. Vous pouvez y envoyer tous les experts de votre ministère, voire une délégation de l'IGAS, ou même vous y rendre vous-même ; si nous ne trouvons pas d'autre solution, ce canton n'aura plus aucun médecin d'ici cinq ou six ans !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Mais vous ne pourrez obliger personne à y venir !

**M. Jean-Pierre Sueur.** La question des règles se pose assurément.

Il me semblait possible de dépasser les vieux clivages. Or j'ai vraiment l'impression que nous revenons à une dichotomie contre laquelle je me suis engagé en politique : l'opposition entre le libéralisme à l'état pur et l'étatisme à l'état brut. Je suis un vieux social-démocrate – nul n'est parfait ! – et je pense qu'il est possible de concilier le respect de la liberté et l'instauration de règles qui permettent de vivre correctement ensemble. S'il n'y a pas de règles, on porte atteinte à un certain nombre de libertés.

Par conséquent, madame la ministre, le contrat offre une solution adaptée. Hier, je me suis permis d'évoquer la possibilité de proposer des contrats aux étudiants. L'État financerait une partie de leurs études et ceux-ci s'engageraient à servir dans les zones où leur présence est nécessaire ; il s'agirait de contrats librement consentis. Vous m'avez objecté le coût de cette mesure, ajoutant qu'il était inutile de payer les études des riches. Il devrait être possible de subordonner la conclusion de ces contrats à certains critères sociaux, comme on le fait dans d'autres domaines !

L'amendement n° 2 rectifié *ter* de M. Biwer, que nous allons voter, tend à instaurer, une fois le schéma régional d'organisation des soins mis en place, un contrat santé solidarité qui garantira la solidarité des médecins à l'égard de nos concitoyens résidant dans des zones où l'accès aux soins est difficile. Ce dispositif n'a rien de coercitif puisqu'il repose sur un contrat. Vous-même, madame la ministre, tout en dénonçant la coercition, vous prévoyez malgré tout de la mettre en œuvre, mais trois ans plus tard. J'en veux pour preuve le fait que vous ayez repris l'amendement n° 230 qui n'était pas soutenu.

Il existe donc une autre voie : le contrat, mis en œuvre avec fermeté mais dans le respect des parties, offre une solution pour sortir des oppositions caricaturales.

**M. le président.** La parole est à M. Claude Biwer, pour explication de vote sur l'amendement n° 2 rectifié *ter*.

**M. Claude Biwer.** Nous avons déposé cet amendement parce que nous ressentons un besoin fort d'organisation. Dans la mesure où l'on ne souhaite pas, pour l'instant, remettre en cause le *numerus clausus* – ce qui constituerait pourtant une solution ! –, nous sommes amenés à proposer un certain nombre de mesures qui peuvent orienter notre réflexion et notre action futures.

Le rejet de l'amendement n° 183 rectifié nous montre qu'un travail important reste à faire. Les propos de notre collègue Jean-Pierre Sueur reviennent à dire qu'un consensus est possible pourvu que l'on se rallie à sa position ! J'avais eu la faiblesse d'avoir la même pensée pour mon amendement, mais je n'ai pas le sentiment que la situation soit mûre.

L'amendement 2 rectifié *ter* aurait eu tout son sens si nous avions adopté l'amendement n° 183 rectifié de M. Maurey, qui allait plus loin dans la logique d'action et permettait une évolution. Certains de nos concitoyens souhaitent travailler dans un lieu et de résider dans un autre : je connais des ruraux, artisans, commerçants ou agriculteurs, qui vivent à la ville et travaillent à la campagne. Pourquoi les médecins ne le feraient-ils pas ? Pour ne parler que des durées de trajet, je

mets moins de temps pour aller à mon chef-lieu d'arrondissement que pour aller dans l'arrondissement qui jouxte celui où j'habite à Paris !

J'aurais souhaité, pour l'avenir, que ce débat exprime notre volonté unanime de réfléchir sérieusement à ces questions, à partir du vécu de terrain et de la réglementation, afin de définir une politique commune qui permette d'amorcer une solution. Je crains, pour l'avenir, l'apport de personnels extérieurs, dont le niveau d'étude garantit théoriquement la compétence, mais dont nos collègues, sur toutes les travées, reconnaissent qu'ils n'offrent pas les mêmes garanties de qualité de soins. En effet, la France a le privilège de bénéficier des services de praticiens de bon niveau ; nous devons donc essayer de maintenir cette exigence de qualité.

Il nous reste donc à effectuer, ensemble, un important travail de fond. C'est pourquoi je retire mon amendement.

**M. le président.** L'amendement n° 2 rectifié *ter* est retiré.

La parole est à M. François Autain, pour explication de vote sur l'amendement n° 477.

**M. François Autain.** J'offre au groupe socialiste une deuxième chance de voter un amendement qui s'inscrit dans le même esprit que celui de M. Biwer, d'autant plus que je n'ai absolument pas l'intention de retirer mon amendement.

Je saisis cette occasion pour commenter les réponses données par Mme la ministre aux questions que je posais sur les contrats santé solidarité. À la différence d'un certain nombre de nos collègues, je ne crois pas à l'applicabilité de ce contrat et les réponses de Mme la ministre ne me feront pas changer d'avis. Si j'ai bien compris, les médecins qui ont la malchance d'habiter à proximité des zones sous-médicalisées ont de forts risques d'être sollicités pour aller exercer dans ces zones. Il en résultera nécessairement une injustice qui prouve, entre autres raisons, que ce contrat n'est pas applicable.

Vous avez aussi beaucoup critiqué, madame la ministre, de nombreuses mesures que nous proposons, sous prétexte nous sacrifierions la solidarité intergénérationnelle. Je constate cependant que, malgré vos propos, vous n'êtes pas toujours très attentive à cette solidarité. Quand il s'agit de financer les dépenses de la sécurité sociale, vous avez plutôt tendance à faire porter sur les générations futures le poids du déficit que les générations présentes accumulent. C'est d'ailleurs pour cette raison que votre majorité a créé la Caisse d'amortissement de la dette sociale, la CADES, qui permet aux générations présentes de s'exonérer de leurs charges aux dépens des générations futures. Voilà un exemple qui témoigne du fait que la solidarité intergénérationnelle ne fonctionne que pour les seuls médecins !

Je suis heureux que M. le rapporteur n'ait pas parlé d'idéologie « communisante », sinon nous nous serions sentis visés, et je comprends que nos collègues socialistes aient réagi quand il a parlé d'idéologie « socialisante » !

En résumé, je suis consterné de devoir constater, encore une fois, que le Gouvernement et sa majorité restent totalement inertes face au scandale que constituent les déserts médicaux et se refusent à prendre des mesures urgentes pour y remédier.

**M. le président.** La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote sur l'amendement n° 477.

**M. Bernard Cazeau.** Monsieur Biwer ayant retiré son amendement, nous soutiendrons l'amendement de M. Autain, même si nous ne sommes pas en accord avec la totalité de ses propos.

Nous souhaitons, quant à nous, l'instauration du contrat santé solidarité, mais nous reconnaissons que de nombreux détails restent couverts par un voile de brume. Les explications de Mme la ministre ne nous ont pas vraiment éclairés sur la procédure de mise en place de ce contrat, notamment les critères de choix : seront-ils établis en fonction des résultats d'examen ou d'une liste établie en fin d'études?... De nombreuses interrogations demeurent donc. Comme l'a dit Jean-Pierre Sueur, nous pensons qu'il faut recourir au contrat.

Madame la ministre, vous avez confié des missions très larges aux directeurs généraux des agences régionales de santé – je les plains beaucoup ! –, mais une de leurs tâches prioritaires consistera à s'atteler au problème de la démographie médicale, car il y a urgence !

Vous reportez la mise en œuvre du dispositif à 2012. Nous pensons qu'il faudrait l'avancer, car il sera déjà trop tard en 2012. Certes, vous voulez prendre le temps d'apprécier les effets des mesures que vous prenez, mais ceux-ci seront différés ; vous l'avez d'ailleurs dit vous-même ! Or, ce n'est pas du jour au lendemain que l'on pourra remédier à dix ans d'inertie – voire quinze ans, car je veux bien que nous en prenions une part de responsabilité – sur la fixation du *numerus clausus*.

En votant l'amendement n° 477, présenté par M. Autain, nous souhaitons exprimer notre volonté de recourir à la voie contractuelle dans les délais les plus brefs.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 477, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Marc Laménie, pour explication de vote sur l'amendement n° 858 rectifié.

**M. Marc Laménie.** Cet amendement, comme l'amendement n° 859 – ainsi que, d'ailleurs, l'amendement n° 857 rectifié qui vient d'être rejeté – tendait à mettre l'accent sur la prise en compte de la démographie médicale au niveau régional, conformément à la volonté de mes collègues cosignataires de ces amendements, MM. Paul Blanc et Bruno Gilles.

Compte tenu des informations données hier par Mme la ministre dans son avis sur ces amendements, je retire ces deux amendements.

**M. le président.** Les amendements n° 858 rectifié et 859 sont retirés.

La parole est à M. François Autain, pour explication de vote sur l'amendement n° 180 rectifié.

**M. François Autain.** À mon sens, cet amendement n'a pas lieu d'être puisque le schéma régional d'organisation des soins ne sera pas opposable ; il s'agit d'un simple état des lieux. L'amendement est satisfait par le texte.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 180 rectifié, repoussé par le Gouvernement et sur lequel la commission s'en remet à la sagesse du Sénat.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 480, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Monsieur Barbier, l'amendement n° 626 rectifié, repoussé par la commission et par le Gouvernement, est-il maintenu ?

**M. Gilbert Barbier.** Non, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 626 rectifié est retiré.

La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote sur les amendements identiques n°s 179 et 230 rectifié.

**M. Alain Vasselle.** Sur ces amendements, qui ne sont pas conformes à la position de la commission, ainsi que nous l'a expliqué le rapporteur hier soir, je voudrais faire un certain nombre d'observations qui, à mon sens, méritent d'être prises en considération.

Il s'agit, je le rappelle, après le mot « médecins », de rétablir les mots « qui refusent de signer un tel contrat ou ».

Première remarque : Mme la ministre nous a expliqué hier que le Gouvernement ne souhaitait pas uniquement s'en tenir à des mesures incitatives ni s'engager dans des mesures coercitives. On s'oriente, semble-t-il – c'est en tout cas mon interprétation – vers des mesures à caractère dissuasif puisque, si un médecin refuse de signer un contrat santé solidarité, il devra acquitter une pénalité. Cela veut dire qu'un jeune médecin qui refusera, après les trois années d'évaluation, de s'installer dans une zone sous-dense, par le biais d'un contrat, devra payer une pénalité.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Non, ce n'est pas du tout cela !

**M. Alain Vasselle.** Or il me semble que nous avons évacué d'un revers de la main les mesures incitatives au motif que leur efficacité ne serait pas avérée, ...

**M. Bernard Cazeau.** Leur effet est insignifiant !

**M. Alain Vasselle.** ...sans avoir réellement procédé à une évaluation de l'ensemble de celles qui ont été mises en œuvre depuis plusieurs années. Je rappelle, mes chers collègues, que toutes ces mesures ont été mises en place progressivement, l'une après l'autre. À aucun moment n'a été définie une politique incitative globale qui aurait permis que ces mesures aient des effets réels. À chaque loi de financement de la sécurité sociale, nous y allions d'une mesure !

Je pense notamment à une disposition visant à encourager les maisons de santé que j'avais fait adopter par la Haute Assemblée. Ces maisons de santé avaient fait l'objet d'un brillant rapport de la part de notre collègue Jean-Marc Juilhard. À l'époque, le Gouvernement était réservé sur cette disposition et nous avions dû lui forcer la main pour qu'elle figure dans la loi de financement de la sécurité sociale. Les maisons de santé et les maisons médicales ne constituent pas la mesure incitative miraculeuse qui, à elle seule, pourrait régler les problèmes. C'est un ensemble de mesures incitatives qui peut donner des résultats.

Deuxième remarque : nous sommes en train de traiter la question de la même manière pour le stock et pour le flux.

Mme la ministre soulignait hier qu'il fallait jouer la solidarité intergénérationnelle. Mettez-vous à la place d'un jeune étudiant qui, après dix années d'études, découvre qu'il ne pourra pas s'installer librement dans le territoire de son choix parce que de nouvelles mesures contraignantes vont s'imposer à lui. Je comprendrais que l'on puisse appliquer ces mesures sur le flux, mais les appliquer sur le stock, c'est introduire une rupture dans la forme de contrat moral existant entre la société et ces jeunes étudiants. Il devrait y avoir, à

mon sens, une prise en considération de ces situations afin que ces jeunes médecins ne considèrent pas qu'ils ont été trompés lorsqu'ils se sont lancés dans leurs études.

Troisième remarque : les médecins internes, auxquels Mme la ministre a fait allusion et dont j'ai reçu personnellement la représentante, m'ont fait valoir que les étudiants n'avaient pas été suffisamment informés sur ces mesures incitatives et qu'il ne fallait pas s'étonner, de ce fait, que celles-ci n'aient pas eu les effets attendus.

Je sais bien que ce projet de loi prévoit des dispositions permettant la meilleure diffusion possible de l'information par le directeur de l'agence régionale de santé afin que ces mesures incitatives prennent leur plein effet. Pourquoi ne pas attendre les résultats avant de mettre en œuvre des mesures plus contraignantes ? À cet égard, la mesure à caractère incitatif proposée par notre collègue Jean-Pierre Sueur aurait pu être prise en considération.

Que font les conseils généraux pour remédier au manque d'assistantes sociales sur leur territoire ? Ils signent des contrats avec des étudiants qui envisagent d'exercer le métier d'assistante sociale et, en contrepartie du financement de leurs études, ces étudiants s'engagent à travailler cinq années dans le département qui a accordé le financement.

N'aurions-nous pas pu imaginer un dispositif de cette nature pour les médecins ? On nous dit que cela coûterait trop cher. A-t-on vraiment pesé les conséquences financières des déserts médicaux au regard du contre-coup que subit l'hôpital public ? Là où il n'y a pas de permanence de soins, nos concitoyens n'ont d'autre choix que de se rendre à l'hôpital de proximité pour se faire soigner. Autrefois, il y avait des dispensaires répartis sur le territoire.

En conclusion, il faut réussir à concilier la liberté d'installation des médecins et la mission de service public que se doivent d'organiser sur l'ensemble du territoire le Gouvernement et la représentation nationale. Plutôt que de contraindre les médecins libéraux, n'est-il pas préférable de veiller à ce que soit assuré, sur l'ensemble du territoire, un service public de proximité et de qualité capable de répondre aux besoins de nos concitoyens ?

Telles sont les raisons que je voulais développer et pour lesquelles je ne voterai pas les amendements identiques présentés par le Gouvernement et par M. Hervé Maurey.

**M. le président.** La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** M. Alain Vasselle, que je remercie de ses remarques, me permettra de lui apporter un certain nombre de précisions.

En effet, les mesures incitatives ne doivent pas être critiquées au motif qu'elles ne seraient pas efficaces. Comme il l'a dit très justement, elles se sont déployées en ordre dispersé et les jeunes médecins ne les connaissent pas. Le guichet unique de l'ARS permettra, à travers un seul interlocuteur, de mieux faire connaître ces mesures.

Je suis parfaitement consciente que le zonage, dont a également parlé M. Jean-Pierre Sueur, n'est pas une solution en soi. Le zonage est un diagnostic qui permet d'orienter des aides, des politiques. Il permet, par exemple, d'orienter la construction d'une maison médicale pluridisciplinaire où de jeunes médecins trouveront des conditions d'exercice attrayantes.

Il faut être clair. Les mesures coercitives, qui ne correspondent nullement à la politique que nous souhaitons mettre en œuvre, peuvent être définies de trois manières : obligation d'exercer en zone sous-dense ; nécessité d'obtenir une autorisation délivrée par l'administration sanitaire pour exercer à tel ou tel endroit ; mesures prenant la forme d'un déconventionnement, c'est-à-dire que l'on frappe non pas directement le médecin mais sa clientèle, qui n'est plus remboursée si le médecin est en zone surdense, ce qui serait injuste.

En aucun cas, il ne s'agit pour le Gouvernement de prôner de telles mesures. Nous voulons mettre en œuvre des mesures incitatives, tout en se gardant la possibilité de les évaluer.

Cette évaluation ne doit pas avoir lieu dans dix ou quinze ans ; c'est aujourd'hui qu'il faut résoudre les problèmes qui se posent. Elle doit se faire dans un délai de trois ans, au terme duquel pourra être envisagé le contrat santé solidarité, mesure incitative plus musclée. Il ne s'agit nullement d'obliger les médecins à s'installer là où ils ne veulent pas aller, contrairement à ce que M. Alain Vasselle laissait supposer.

Ce contrat s'appliquerait exclusivement dans les zones surdenses, ce qui représente à peu près 3 % du territoire de notre pays et 10 % des médecins généralistes - cela ne concerne pas les spécialistes - et pourrait s'appliquer à une partie de l'exercice des médecins généralistes, qui serait négociée avec eux. Il s'agit qu'ils s'engagent à contribuer à répondre aux besoins de la population.

Il pourrait, par exemple, leur être demandé de participer aux services d'urgence, d'exercer une demi-journée en cabinet secondaire dans une zone sous-dense à proximité de leur cabinet d'installation, ou encore d'assurer un service médical dans un établissement pour personnes âgées dépendantes.

Il ne s'agit pas de les envoyer à 100 ou 150 kilomètres de leur lieu d'installation ! Dans ce maillage fin du territoire, dans ce zonage que nous allons établir, la zone sur-dense est en limite d'une zone sous-dense. La cartographie médicale évoquant une peau de léopard, les zones sur-denses sont toujours mitoyennes de zones sous-denses. Il existe des zones sous-denses à sept kilomètres de la rue de Vaugirard, et vous les connaissez. Il y a toutes sortes de moyens de s'acquitter de cette obligation de solidarité.

Nous proposons une redevance pour les médecins qui décideraient de ne pas faire cet exercice ; c'est une question de justice. Je suis très confiante pour l'avenir. M. Alain Vasselle a très justement souligné que les diverses mesures incitatives mises en place n'avaient jamais été organisées. Je suis persuadée qu'elles auront désormais leur efficacité. Soyons confiants, mais ne travestissons pas le contrat santé solidarité.

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

**M. Jean-Pierre Fourcade.** Madame la ministre, même si le secteur où je suis élu ne connaît guère les problèmes de désertification, il manque néanmoins de généralistes, ce qui complique l'organisation des services de garde et la prise en charge de la médecine de premier recours.

Deux choses me gênent dans l'article que nous soumet la commission et dans l'amendement que vous proposez.

Premièrement, je ne trouve pas normal d'appliquer la même sanction à ceux qui refusent de signer le contrat et à ceux qui ne respectent pas les obligations qui en découlent.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Nous avons fixé un plafond et la redevance tiendra compte des modulations, bien entendu.

**M. Jean-Pierre Fourcade.** Parfait ! Je vous remercie de cette précision ; c'est ce que je souhaitais.

Deuxièmement, l'Assemblée nationale a prévu que l'application du présent article se fera dans des conditions définies en Conseil d'État. Or ce n'est pas le Conseil d'État qui légifère ; il vérifie les décrets. Il faut donc modifier le texte de manière à prévoir que les conditions d'application sont définies par un décret en Conseil d'État. Essayons d'adopter une législation convenable et ne votons pas n'importe quoi ! (*Sourires sur plusieurs travées de l'UMP.*)

**M. le président.** La parole est à M. le président de la commission des affaires sociales.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Je remercie Jean-Pierre Fourcade de toutes les précisions nécessaires qu'il vient de nous apporter pour une bonne rédaction du texte.

Contrairement à ce que vous venez de nous dire, madame la ministre, ce dispositif ne concerne pas seulement les médecins généralistes, mais implique aussi les médecins de premier recours.

Par ailleurs, nous souhaiterions disposer du contenu du décret d'application avant la réunion de la commission mixte paritaire.

La disposition sur laquelle on nous demande de nous prononcer peut avoir une incidence marginale ou importante sur l'activité des médecins, selon le rythme et la durée des vacations qui leur seraient imposées. S'agira-t-il d'un après-midi par mois, d'une intervention par quinzaine, d'une journée complète par semaine ?

À partir du moment où une telle contrainte sera imposée aux médecins, leur activité pourra s'en trouver désorganisée.

Bien sûr, on va nous promettre d'opter pour un dispositif à la marge. Tout étant possible avec ce projet de loi, ne faisons pas comme le Sapeur Camember, qui, pour combler un trou, en creusait un autre. Il faut être raisonnable !

Nous souhaitons, comme on nous l'a toujours promis, que, si un décret est évoqué sur un sujet sensible, on nous en fournisse le contenu avant que nous n'adoptions définitivement la loi.

**M. le président.** La parole est à M. Gilbert Barbier, pour explication de vote.

**M. Gilbert Barbier.** On joue sur les mots !

Exiger une amende des médecins qui, exerçant en zone surmédicalisée, refuseraient de signer le contrat santé solidarité, c'est une mesure coercitive. Certes, l'amende est d'un montant relativement faible, mais certains veulent l'augmenter.

Par ailleurs, je rejoins le président Nicolas About sur la durée des vacations et leur fréquence.

Vous indiquez, madame la ministre, que les zones à couvrir seront proches et que les médecins n'auront pas à parcourir plus de 5 ou 7 kilomètres pour se rendre sur les lieux de vacation. Je peux vous assurer que, en milieu rural, la zone que le médecin serait contraint de couvrir pourrait se situer à 70 ou 80 kilomètres de son cabinet. Ce ne sera pas toujours à l'avantage des populations desservies.

Cette disposition, à laquelle je ne suis pas forcément opposé, est d'un grand flou. Ainsi, dans les zones surmédicalisées, un certain nombre de médecins, notamment des femmes, exercent leur activité à mi-temps. Quelles seront leurs obligations au regard d'un éventuel contrat santé solidarité ?

Vouloir imposer un cadre général sans fixer les modalités d'application semble donc dissuasif et problématique.

Alain Vasselle a soulevé le problème des jeunes étudiants en médecine, qui commencent ou achèvent leurs cursus. Comment réagiront-ils en découvrant ce à quoi ils s'exposent en s'installant dans certaines zones ?

Et que dire des médecins, exerçant dans des zones surmédicalisées depuis vingt, trente, voire quarante ans, à qui on expliquera qu'ils devront dans trois ans travailler une demi-journée à l'autre bout du département ?

Cette mesure paraît donc intéressante, mais elle mérite d'être sérieusement affinée. Pour ma part, sans plus de précisions, je voterai contre ces amendements.

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n<sup>os</sup> 179 et 230 rectifié, repoussés par la commission et acceptés par le Gouvernement.

*(Les amendements sont adoptés.)*

**M. François Autain.** C'est formidable ! Madame la ministre, quelle autorité !

**M. le président.** En conséquence, l'amendement n<sup>o</sup> 784 rectifié *bis* n'a plus d'objet.

La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote sur l'amendement n<sup>o</sup> 181.

**M. Alain Vasselle.** Je ne souhaite pas particulièrement intervenir sur cet amendement, mais je veux revenir sur le vote qui vient d'avoir lieu et faire deux remarques.

Premièrement, le président Nicolas About a eu raison d'insister sur la nécessité, à l'avenir, que nous puissions avoir connaissance des décrets d'application, simultanément à l'examen de la loi, pour des dispositions aussi sensibles.

J'ai été moi-même à l'origine, avec mon collègue Hubert Haenel, d'une proposition de loi qui allait dans le même sens. D'ailleurs, cette proposition a été reprise, dans une certaine mesure, dans le cadre de la réforme constitutionnelle.

Je souhaite donc que le Gouvernement puisse tirer des enseignements de ce débat et qu'il nous fournisse à l'avenir certains décrets d'application. Dans le cas présent, je crains que nous n'ayons quelques difficultés à appliquer le texte.

Deuxièmement, j'appelle l'attention de Mme la ministre sur les difficultés qu'elle ne manquera pas de rencontrer dans certaines zones souffrant d'un déficit de l'offre de soins et voisines de zones présentant, elles, une trop forte densité.

Je pense notamment, en milieu urbain, à certains quartiers sensibles et difficiles, dans lesquels se posent des problèmes de permanence des soins et de présence de médecins généralistes. Dans certains cas, faute de médecins, on appelle les pompiers, qui, à leur arrivée dans le quartier, se font agresser par des bandes de jeunes.

Dès lors, un certain nombre de professionnels de santé ne veulent plus aller travailler dans ces quartiers et je ne pense pas que le contrat santé solidarité permettra de régler ce problème, qui recouvre des considérations beaucoup plus complexes.

En particulier, Mme la ministre aura certainement à travailler avec sa collègue du ministère de l'intérieur pour assurer la sécurité des médecins qui auront, par le biais du contrat santé solidarité, l'obligation d'aller travailler dans des quartiers sensibles et difficiles. Certes, il ne s'agit pas d'une obligation en tant que telle, mais ceux qui refuseraient cette mission devraient s'acquitter d'une pénalité.

La situation n'est donc pas aussi simple qu'on pourrait le croire. La mesure ne s'appliquant qu'après une période de trois ans, je souhaite que nous puissions tirer un maximum d'enseignements de cette période d'évaluation, sans mettre en œuvre les modalités d'application trop rapidement.

**M. le président.** La parole est à M. Hervé Maurey, pour explication de vote.

**M. Hervé Maurey.** Je rappellerai l'objet de l'amendement n<sup>o</sup> 181. En fixant la contribution à un maximum de 2 859 euros, nous restons dans l'ordre du symbolique, compte tenu des revenus d'un médecin. Or, si nous voulons que le contrat santé solidarité soit efficace, nous devons opter pour une contribution d'un montant plus élevé.

C'est pourquoi, tout en laissant au Gouvernement le soin de fixer par décret en Conseil d'État le montant de cette contribution, j'ai proposé que cette somme de 2 859 euros constitue, non pas un plafond, mais un minimum.

Sans mesure réellement dissuasive en termes financiers, ce contrat ne sera pas appliqué et, pour ma part, je souhaite qu'il le soit !

**M. le président.** La parole est à M. Serge Lagache, pour explication de vote.

**M. Serge Lagache.** En écoutant les interventions des uns et des autres, j'ai l'impression que les médecins sont considérés comme des êtres anonymes, qui ne s'intéresseraient à rien et qu'il faudrait leur dire où exercer.

Mon département comprend des zones dites difficiles. En discutant avec l'ensemble du corps médical, nous avons constitué des services d'accueil médical initial, les SAMI, qui proposent des services d'urgence ouverts pendant la soirée du samedi, jusqu'à minuit, et toute la journée du dimanche, également jusqu'à minuit.

Effectivement, ces SAMI ont connu des problèmes de sécurité. Les collectivités territoriales et la sécurité sociale ont donc accepté de renforcer le personnel chargé de l'accueil dans ces structures, ce qui permet simultanément de garantir une certaine sécurité des médecins.

Des accords ont été trouvés sur les honoraires et le système fonctionne sans contrainte. À quelques exceptions près – il y en a dans toutes les professions – tous les médecins du département ont accepté de participer, à tour de rôle, au SAMI de leur secteur.

Pour construire ce réseau d'une douzaine de SAMI, répartis dans tout le département, il a donc fallu des discussions et l'engagement de tous, mais les choses se sont faites !

La suite sera, selon moi, beaucoup plus facile à organiser, pour peu que la discussion ait lieu et que tout le monde accepte d'y participer, car les médecins ne sont indifférents ni aux déserts ni aux difficultés existantes. Les mesures « coercitives » ne serviront ni plus ni moins qu'à rappeler l'existence d'une obligation.

Les médecins sont suffisamment conscients de leurs devoirs médicaux pour accepter certaines évolutions. Puisque le système des gardes, dont nous disposions par le passé, n'existe plus, il faut adapter l'ensemble du dispositif et travailler avec les urgences médicales.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 181, repoussé par la commission et le Gouvernement.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 475, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Compléter le texte proposé par le VI de cet article pour l'article L. 1434-6-1 du code de la santé publique par un article additionnel ainsi rédigé :

« Art. L. ... - Ce zonage est établi en fonction de critères qui prennent en compte :

« 1° la densité et le niveau d'activité, et l'âge des professionnels de santé ;

« 2° la part de la population qui est âgée de plus de 75 ans ;

« 3° la part des professionnels de santé qui exerce dans une maison de santé ou un centre de santé ;

« 4° l'éloignement des centres hospitaliers ;

« 5° la part des professionnels de santé qui sont autorisés à facturer des dépassements d'honoraires.

« Ce zonage est soumis pour avis à la conférence régionale de santé. ».

La parole est à Mme Brigitte Gonthier-Maurin.

**Mme Brigitte Gonthier-Maurin.** Le rapport d'information remis à l'Assemblée nationale, le 30 septembre dernier, par le député Marc Bernier et portant sur les conclusions des travaux de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire, rapport adopté à l'unanimité, débute par le constat suivant : « Force est de constater que les Français ne sont pas égaux dans l'accès aux soins. Pire : si aucune mesure n'est prise à court terme, ces difficultés s'aggraveront, du fait de la pénurie de professionnels de santé qui résulte d'une gestion très restrictive du *numerus clausus* dans les années 1980 et 1990 ».

Nous approuvons ce constat et, comme vous l'aurez observé, chers collègues, nous avons tenté, par nos amendements, de prendre les mesures nécessaires pour y remédier, toujours en vain. Hélas ! Je vous renvoie notamment au refus des amendements que nous avons déposés pour garantir l'accès des patients à des tarifs opposables.

Le rapport évoqué précédemment, très complet, a mis en lumière une difficulté au sujet de l'appréciation des zonages d'aide financière.

Les critères retenus – je pense particulièrement à la densité des médecins généralistes et à leur activité, mesurée par leurs honoraires – ne sont pas toujours pertinents puisque, d'après le rapport, ils ne tiennent pas compte des écarts de temps de travail ni des modes d'exercice particuliers. Ainsi, le montant des honoraires perçus par les médecins salariés à temps partiel ne donne pas une idée juste de leur charge de travail.

Le rapport précise également, et à raison, que « les critères de densité et d'activité sont également jugés insuffisants pour refléter fidèlement la capacité de l'offre de soins de premier recours à satisfaire la demande au sein d'un territoire. Des critères complémentaires devraient être pris en compte ».

Compte tenu de la teneur de ce rapport, il nous a semblé pertinent de préciser, dans la loi, les critères selon lesquels sont établis ces zonages, tout en prévoyant une consultation pour avis des agences régionales de santé.

Tel est l'objet de cet amendement.

**M. le président.** L'amendement n° 726 rectifié, présenté par MM. Cazeau et Le Menn, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevê, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagache, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, MM. Teulade, Collombat et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - Après l'article L. 1434-6-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. ... ainsi rédigé :

« Art. L. ... - Les zones de mise en œuvre des mesures prévues pour l'installation des professionnels de santé libéraux, des maisons de santé et des centres de santé sont établies en fonction de critères qui prennent en compte :

« 1° la densité, le niveau d'activité et l'âge des professionnels de santé ;

« 2° la part de la population qui est âgée de plus de soixante-quinze ans ;

« 3° la part des professionnels de santé qui exerce dans une maison de santé ou un centre de santé ;

« 4° l'éloignement des centres hospitaliers ;

« 5° la part des professionnels de santé qui sont autorisés à facturer des dépassements d'honoraires.

« Ce zonage est soumis pour avis à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

« L'application du présent article se fera dans des conditions définies en Conseil d'État. »

La parole est à M. Bernard Cazeau.

**M. Bernard Cazeau.** Il est clair que, si le présent amendement n'est pas strictement identique à l'amendement n° 475, il est du même cru !

Il importe en effet de préciser les critères permettant d'établir le zonage. D'ailleurs, la Cour des comptes, dans un rapport de 2007, avait souligné que celui-ci manquait d'homogénéité et que les méthodes utilisées n'étaient pas sans défaut.

Un nouveau recensement des zones sous-médicalisées devait être achevé au 1<sup>er</sup> janvier 2007, mais il a été retardé.

Il conviendrait de s'interroger sur la superposition des zonages existants : zones sous-médicalisées, zones de revitalisation rurale, zones franches urbaines.

Voilà pourquoi nous proposons de mettre un peu d'ordre dans cette situation en fixant certains critères pour le zonage et en prévoyant de le soumettre pour avis à la conférence régionale de santé, qui rassemblera, dès qu'elle sera mise en place, les élus locaux et les principaux acteurs du système de santé en région.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Nous avons déjà abordé le problème du zonage lors de la discussion du titre IV, notamment à l'article 26. Nous avons indiqué que le zonage entrerait dans les missions de l'ARS et qu'il devait figurer dans le SROS.

La commission estime qu'il n'est pas nécessaire de reprendre cette disposition à l'article 15 et demande le retrait de ces deux amendements.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le Gouvernement est défavorable à ces deux amendements, mais je souhaite revenir sur les critères qui servent à déterminer le zonage.

Certains territoires connaissent aujourd'hui de réelles difficultés en matière d'accès aux soins. Nous avons évoqué à l'instant avec M. Vasselle les aides qui existent dans ce domaine, qu'elles viennent de l'État, à travers des mesures fiscales, qu'elles soient de nature conventionnelle ou qu'elles soient consenties par les collectivités territoriales. Ces aides s'appliquent sur différents types de zones, définies selon des modalités diverses : zones de revitalisation rurales, zones urbaines sensibles, zones franches urbaines ; en outre, depuis 2005, des zonages ont été réalisés par les missions régionales de santé.

L'expérience acquise à cet égard montre que, pour être efficace, la définition du zonage pour l'application des mesures d'amélioration de la répartition des professionnels de santé doit respecter un certain nombre de principes.

Le premier de ces principes est l'équité à l'échelle nationale. Il faut donc garantir une équité de traitement tout en assurant la maîtrise des dépenses d'assurance maladie. Il est par conséquent nécessaire qu'un certain nombre de règles soient édictées nationalement.

Deuxième principe à respecter : le soutien des projets locaux. Les mesures prévues pour l'installation des professionnels doivent constituer un levier d'action efficace pour les porteurs de projets, en particulier les collectivités territoriales : elles doivent s'appliquer en fonction des spécificités locales, en synergie avec la politique d'aménagement du territoire.

Troisième principe à respecter : une concertation à la fois ample et approfondie. Je ne me lasserai jamais de le dire, la concertation doit associer les élus, les professionnels de santé et les usagers.

Les zones d'application des mesures d'amélioration de la répartition géographique des professionnels de santé sont déterminées dans le cadre de l'élaboration des SROS. L'organisation des soins est pensée en réponse aux besoins de soins de la population. Les SROS comportent un volet ambulatoire, qui définit l'organisation des soins à partir d'une analyse des besoins et de l'offre en santé. Les SROS indiquent les implantations nécessaires pour les professionnels de santé, les maisons de santé, les centres, les pôles, les réseaux. Il déter-

mine également, dans ce contexte, les zones différenciées d'application des mesures d'amélioration de la répartition des professionnels de santé.

Cette démarche garantit, d'une part, que la définition des zones s'inscrit dans un territoire de santé de proximité, au sein duquel l'accès aux soins en ambulatoire est pensé collectivement et de façon prospective, d'autre part, qu'il fait l'objet d'une organisation définie et connue de tous.

Parallèlement, sont déterminés au niveau national un socle de critères communs de définition des zones et une règle de répartition de la marge de manœuvre d'ajustement des zones entre régions. Celle-ci pourra être fondée sur le pourcentage de population concernée par les différents types de zones en niveau de dotation.

La définition des zones dans le cadre des territoires de proximité d'organisation des soins en ambulatoire, d'une part, la détermination de règles minimales de définition des zones et de répartition de la marge de manœuvre entre régions, d'autre part, sont les deux leviers qui permettent de garantir à la fois une équité de traitement entre régions et une adaptation du dispositif aux objectifs locaux. En effet, nous essayons en permanence de respecter à la fois le principe d'équité et la nécessité de répondre aux besoins spécifiques.

Mesdames, messieurs les sénateurs, je tiens à la disposition de ceux qui souhaitent des informations plus précises un document relatif aux critères communs de définition des zones d'application des mesures de répartition géographique des professionnels de santé.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 475.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 726 rectifié.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 476 est présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche.

L'amendement n° 727 rectifié est présenté par MM. Cazeau et Le Menn, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, MM. Teulade, Collombat et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - Après l'article L. 1434-6 du code de la santé publique, tel qu'il résulte de l'article 26 de la présente loi, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :

*Art. L. ...* - Un décret en Conseil d'État détermine les règles d'accessibilité aux soins mentionnés à l'article L. 1411-11. Ces règles prennent en compte :

« 1° la distance et la durée d'accès aux professionnels de santé qui dispensent ces soins ;

« 2° les délais dans lesquels ces professionnels sont en mesure de recevoir les patients en consultation, hors cas d'urgence médicale ;

« 3° le nombre de professionnels de santé libéraux autorisés à facturer des dépassements d'honoraires.

« Sauf circonstances exceptionnelles, ces règles doivent permettre que la durée d'accès à un médecin mentionné à l'article L. 4130-1 n'excède pas trente minutes de trajet automobile dans les conditions normales de circulation du territoire concerné. »

La parole est à Mme Isabelle Pasquet, pour présenter l'amendement n° 476.

**Mme Isabelle Pasquet.** Dans le rapport d'information que nous avons cité lors de la défense de notre amendement précédent, il est précisé que l'accès aux soins peut être limité ou rendu difficile en raison de trois critères principaux.

Ces difficultés d'accès aux soins sont à la fois d'ordre géographique – elles sont alors mesurées en temps d'accès à un professionnel de santé –, d'ordre temporel, résultant de ruptures dans la permanence des soins et à d'importantes files d'attente, et d'ordre financier, parce que l'offre de soins aux tarifs opposables fait défaut.

Par cet amendement, nous tentons d'apporter une réponse à ces trois ordres de difficultés en précisant les règles relatives aux conditions normales d'accessibilité aux soins de premiers recours.

Selon nous, vouloir mettre en œuvre un concept aussi important que l'accès aux soins de premiers recours sans préciser dans la loi les conditions de cet accès est illusoire. Nous estimons que notre devoir est de faire vivre les droits que la loi définit.

Pour ce qui est des difficultés liées à l'implantation géographique, l'accessibilité doit se mesurer en termes de distance et de durée. Je vous le rappelle, le rapport de M. Bernier préconise un temps de trajet d'une durée maximale de trente minutes.

En ce qui concerne l'accessibilité en termes de temps d'attente, nous proposons que le décret tienne compte de l'exigence de consultation dans un délai raisonnable.

S'agissant des difficultés d'ordre financier, nous proposons que le décret prenne en compte le nombre de professionnels de santé libéraux autorisés à facturer des dépassements d'honoraires.

L'adoption de notre amendement permettrait donc de répondre parfaitement aux enjeux mis en exergue dans ce rapport, lequel a d'ailleurs été adopté à l'unanimité. Notre amendement étant calqué sur ses préconisations, nous ne doutons pas qu'il connaîtra le même sort...

**M. le président.** La parole est à M. Jacky Le Menn, pour présenter l'amendement n° 727 rectifié.

**M. Jacky Le Menn.** Nous proposons de fixer des règles d'accessibilité des soins de premier recours, afin que la politique régionale de santé contribue effectivement à réduire les inégalités en la matière.

Cette disposition pourrait constituer un excellent filet de sécurité dans des territoires où le patient se trouve à une demi-heure, à trois quarts d'heure, et peut-être bientôt à une heure du médecin le plus proche. Il s'agit d'une injonction qui vise

en particulier les agences régionales de santé, afin de « remailler » les territoires et de créer, dans ce domaine, une obligation de moyens, voire de résultat.

Par cet amendement, nous fixons donc des règles relatives à la distance et au temps d'accès aux professionnels concernés, aux délais dans lesquels ces derniers sont en mesure de recevoir les patients et au pourcentage de ces professionnels autorisés à facturer des dépassements d'honoraires. Si nous sommes résolument opposés à ces derniers, nous proposons des mesures graduelles pour commencer d'en limiter le nombre.

Notre amendement tend donc à instituer des normes pour les délais d'accès aux soins, ce qui serait un réel progrès dans notre pays. Les services publics pour lesquels la loi précise des délais d'accès, tels les bureaux de poste ou les cabines téléphoniques, sont en effet rares. Nous proposons d'étendre ce dispositif à l'organisation du tissu des professionnels de santé.

Les règles en question prendront en compte l'ensemble des difficultés d'accès aux soins rencontrées par les Français, notamment l'éloignement des professionnels de santé, les files d'attente, les dépassements d'honoraires. Il est recommandé que, sauf circonstances exceptionnelles, les SROS prévoient une accessibilité aux médecins généralistes de premier recours dans un délai maximal de trente minutes.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Je voudrais rappeler aux auteurs de ces amendements que nous avons évoqué cette question hier, lors du débat sur l'article 14, selon lequel la proximité s'exprime en termes de distance et de temps de parcours. Il ne me semble pas utile de faire figurer une telle précision dans tous les articles du texte.

La commission a donc émis un avis défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Défavorable.

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n° 476 et 727 rectifié.

*(Les amendements ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** L'amendement n° 725 rectifié, présenté par MM. Cazeau et Le Menn, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagache, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, MM. Teulade, Collombat et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - Après l'article L. 1431-2 du code de la santé publique il est inséré un article L. ... ainsi rédigé :

« Art. L. ... - L'agence régionale de santé favorise la coordination entre les professionnels de santé et les établissements et les services médico-sociaux. Elle contribue à l'élaboration d'outils facilitant cette collaboration. »

La parole est à M. Yves Daudigny.

**M. Yves Daudigny.** Cet amendement vise à confier aux ARS la mission d'accompagnement et de soutien aux opérateurs de terrain. En effet, avant d'organiser ou de contrôler, l'agence doit accompagner, faciliter la dynamique de transformation de

notre système de santé. Pour cela, elle doit développer des outils qui rendent possible cette nouvelle organisation des soins avec l'aide des établissements et des services médico-sociaux.

Ces instruments constituent en effet un socle pour créer les conditions du dialogue entre l'ARS et l'ensemble des acteurs de la santé, qu'il s'agisse des usagers et patients, des professionnels ou des autres interlocuteurs institutionnels, tels les élus.

Le fait de disposer d'un outillage renforcé – notamment en vue de faciliter les mises en contact ou les recherches d'informations – permettra d'assurer un meilleur suivi des délais et de rechercher des réponses mieux adaptées aux besoins et au calendrier de chaque partenaire.

La définition d'un tableau de bord de suivi de l'activité associant, par exemple, expérimentation et évaluation constituera un autre axe fort de cette coopération. Cela permettra aussi, par la mise en place d'autres outils, une meilleure organisation de soins sur le territoire concerné.

Nés d'une réflexion collective sur les marges de progrès de l'institution et sur ses ambitions stratégiques, ces outils ont vocation à faire en sorte que les objectifs de chacun soient clarifiés et à soutenir le développement professionnel des agents et des experts qui s'associent aux missions de l'ARS.

Il s'agit d'outils fédérateurs et démocratiques pour l'ensemble des collaborateurs de l'institution dans la mesure où ils mettent en tension les services de l'ARS. Leur mise en place s'accompagnera d'une feuille de route pour les acteurs locaux de la santé.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Cet amendement, qui porte sur les missions des ARS, et qui a été déposé avant que l'examen par priorité du titre IV n'ait été décidé, nous semble satisfait par l'article 26 tel que nous l'avons adopté. La commission vous demande donc, monsieur Daudigny, de bien vouloir le retirer.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** J'avais envisagé de m'en remettre à sagesse du Sénat sur cet amendement dans la mesure où j'avais émis un avis favorable sur un amendement similaire présenté à l'Assemblée nationale.

Cependant, compte tenu du travail réalisé par la commission des affaires sociales du Sénat, je pense qu'il est effectivement satisfait, monsieur Daudigny. Je suis donc encline à vous demander de bien vouloir le retirer.

**M. le président.** Monsieur Daudigny, l'amendement n° 725 rectifié est-il maintenu ?

**M. Yves Daudigny.** Non, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 725 rectifié est retiré.

L'amendement n° 182 rectifié *bis*, présenté par MM. Maurey, Zocchetto, Amoudry, J. Boyer, Détraigne, Dubois, J.L. Dupont et A. Giraud, Mme N. Goulet, MM. Merceron et Soulayet et Mme Payet, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - Après l'article L. 4131-7 du code de la santé publique, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Art. L. ... - À partir de 2017, à l'issue de leur formation initiale, soit la fin du troisième cycle, les médecins désireux d'exercer leurs fonctions à titre libéral ou salarié sont tenus de s'installer durant une période minimum de trois ans dans un territoire où le schéma visé à l'article L. 1434-6 du code de la santé publique indique que l'offre de soins de premier recours ne suffit pas à répondre aux besoins de santé de la population. Ce dispositif s'applique également aux médecins titulaires de diplômes étrangers dans les conditions fixées par décret pris en Conseil d'État. »

La parole est à M. Hervé Maurey.

**M. Hervé Maurey.** Voici un amendement que je crois particulièrement important, et que d'aucuns jugeront d'ailleurs « politiquement incorrect ». Il prouvera au moins à M. Autain qu'il y a aussi des gens dans la majorité qui se soucient des déserts médicaux.

**M. François Autain.** Pas assez !

**M. Hervé Maurey.** En tout cas, vous n'avez pas le monopole de cette préoccupation, mon cher collègue.

**M. Alain Gournac.** Très bien !

**M. Hervé Maurey.** Nous proposons que, à partir de 2017, à l'issue de leur formation, les médecins soient tenus de s'installer pour une durée de trois ans dans un secteur sous-médicalisé.

Cette proposition fait suite à un certain nombre de constats qui ont déjà été rappelés, notamment par moi-même hier soir, à savoir que les mesures incitatives ne produiront pas plus d'effet demain qu'elles n'en ont produit jusqu'à présent.

Selon le rapport de Marc Bernier et de Christian Paul, l'un appartenant, je le rappelle, au groupe UMP et l'autre au groupe socialiste de l'Assemblée nationale – on ne peut donc pas taxer leur rapport de parti pris –, « il n'est pas possible de corriger les inégalités croissantes dans la répartition des professionnels de santé, notamment des médecins, par des mesures purement incitatives, [...] sans que la liberté d'installation des médecins [...] soit encadrée ».

Un rapport de mars 2007 de l'Académie nationale de médecine indiquait pour sa part : « Le choix de devenir médecin impose un engagement de service à l'égard des malades de notre pays. En outre, la formation de chaque étudiant en médecine représente pour la société une charge financière importante : plus de 200 000 euros. À l'exemple de ce qui existe pour certaines des plus grandes écoles, il ne serait donc pas anormal que chaque jeune médecin doive consacrer quelques années de son début d'activité au service de la nation. »

Je le répète, en particulier à l'intention de ceux d'entre vous qui êtes médecins, mes chers collègues, il s'agit là d'un rapport de l'Académie nationale de médecine ! Preuve que les médecins sont parfois lucides et qu'ils ne sont pas tous aveuglés par un corporatisme regrettable et préoccupant.

**M. François Autain.** C'est sûr !

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Cela dépend de leur âge !

**M. Hervé Maurey.** M. Biwer a jugé que la date de 2017 était un peu tardive – il a d'ailleurs déposé un sous-amendement pour la modifier –, ce que je veux bien reconnaître. Cependant, j'ai prévu cette échéance relativement lointaine pour deux raisons.

Tout d'abord, on aurait pu reprocher à cet amendement d'avoir en quelque sorte un effet rétroactif s'il avait imposé une nouvelle contrainte à des étudiants qui ont déjà entamé une formation longue et difficile. Ce dispositif concernera donc uniquement ceux qui s'engageront demain dans la voie médicale.

Ensuite, ce délai nous permettra d'observer si les mesures proposées par le Gouvernement, dont on nous vante l'efficacité, seront réellement incitatives. Si c'est le cas, ce dispositif n'aura pas lieu de s'appliquer.

**M. le président.** Le sous-amendement n° 1221, présenté par M. Biwer, est ainsi libellé :

Au début du dernier alinéa de l'amendement n° 182 rectifié *bis*, remplacer le millésime :

2017

par le millésime :

2012

La parole est à M. Claude Biwer.

**M. Claude Biwer.** J'avais moi-même rédigé un amendement similaire à celui que vient de défendre M. Maurey, sinon que je prévoyais une application du dispositif à partir de 2012. C'est pourquoi j'ai renoncé à déposer cet amendement et propose de sous-amender celui de M. Maurey, afin d'avancer la date.

Tout comme mon collègue, je pense que nous avons tous une sorte de dette envers la société, dette plus ou moins importante selon la durée de nos études. Dès lors, il s'agit d'honorer cette dette.

Pour ce qui me concerne, on ne m'a pas demandé mon avis avant de m'envoyer, à une certaine époque, passer deux ans et demi en Algérie, même si, j'en conviens, le problème qui nous occupe est évidemment différent.

Nous disons en quelque sorte à ces étudiants : « Mesdames, messieurs les futurs médecins, pour retourner à la société le service qu'elle vous a rendu, vous allez exercer pendant au moins trois ans dans des territoires qui ont besoin de vous. »

Si je prévois 2012 plutôt que 2017, c'est par cohérence avec la date d'application de certaines dispositions du texte que nous discutons. « Nul n'est censé ignorer la loi », dit l'adage. Je considère que nul ne doit non plus ignorer son évolution. Cela étant, on pourrait très bien écrire 2010.

**M. Gilbert Barbier.** Ou 2009 !

**M. Claude Biwer.** Si les médecins le souhaitent, pourquoi pas ? Je prends acte, monsieur Barbier, que, par votre voix, la médecine s'exprime pour me dire que je vois encore trop loin ! (*Sourires.*)

Il reste que la France a besoin d'un meilleur maillage médical de ses territoires. Au reste, rien n'empêche les médecins d'habiter en ville et d'exercer à la campagne, comme le font beaucoup d'autres professionnels.

**MM. Bernard Cazeau et Jean-Pierre Sueur.** C'est de l'idéologie socialisante !

**M. François Autain.** Non, communisante !

**M. Nicolas About,** président de la commission des affaires sociales. M. Autain est un spécialiste !

**M. Jean Desessard.** C'est le nouveau socialisme centriste ! (*Nouveaux sourires.*)

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

**M. Alain Milon,** rapporteur. Ce n'est pas la première fois depuis le début de l'examen de ce texte – mais c'est la première fois dans l'hémicycle – que j'entends quelqu'un reprocher aux étudiants en médecine de vouloir devenir médecin. (*M. Hervé Maurey proteste.*)

Mon cher collègue, vous dites qu'un étudiant en médecine coûte 200 000 euros à la société. Si vous considérez que c'est trop cher, n'en formons plus !

L'État finance des établissements pour avoir des directeurs d'hôpitaux, des agrégés de mathématiques, des médecins, qui rendront service à la société en exerçant leur métier. Arrêtons donc de dire qu'un médecin aura coûté 200 000 euros à la société pendant ses quinze ans d'études ! Les trois premières années d'études de médecine sont certes des années « stériles » pour la société, du moins selon votre conception, mais les étudiants commencent à travailler dans les hôpitaux à partir de la quatrième année, et donc à rendre des services aux malades.

**Mme Isabelle Debré.** Très bien !

**M. Alain Milon,** rapporteur. Cela étant, il y a en effet des secteurs géographiques qui souffrent d'un manque de médecins. Mais alors, pourquoi ne pas imaginer des zones franches, à l'instar de celles qui existent pour les entreprises dans les secteurs qui comptent un nombre considérable de chômeurs, plutôt que d'obliger les jeunes médecins à aller exercer dans tel ou tel endroit ? Quitte à opter pour une solution radicale, mieux vaut les exempter d'impôts, de taxes : on verra ce que cela peut donner !

**M. François Autain.** Qu'est-ce que ça veut dire ?

**M. Alain Milon,** rapporteur. Enfin, excusez-moi de le dire comme je le ressens, mais ce que vous proposez, c'est une sorte de travail obligatoire.

**M. François Autain.** Le STO ! (*Sourires.*)

**M. Alain Milon,** rapporteur. Je l'ai pensé, mais je ne l'ai pas dit ! (*Nouveaux sourires.*)

Voilà pourquoi la commission a émis un avis défavorable sur l'amendement n° 182 rectifié *bis*. Il en va bien sûr, *a fortiori*, de même pour le sous-amendement n° 1221, qui est pire encore !

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** ministre. Monsieur Maurey, la mesure que vous proposez ressortit tout à fait à ces mesures coercitives que j'ai évoquées précédemment et dont je crois profondément qu'elles seraient inefficaces. Ce n'est pas que je les juge moralement indéfendables – après tout, il existe des mesures de ce type qui s'appliquent à d'autres professions –, mais, compte tenu de la structuration de notre territoire, du mode d'exercice médical, elles ne feraient qu'accélérer encore la désertification des zones rurales.

**M. François Autain.** On n'en sait rien ! Essayons !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** ministre. Je le répète, avec la concurrence entre les différents modes d'exercice de la médecine, entre les différentes catégories de territoires et entre les professionnels de santé au sein de l'espace économique européen – on connaît les tensions qui s'y font jour –, nous risquerions de faire fuir définitivement ceux qui voudraient choisir la médecine de premier recours, sans compter que l'effet serait désastreux, à terme, sur la démographie médicale.

Voilà la raison pour laquelle je suis défavorable à cet amendement et à ce sous-amendement. Je préfère en effet des mesures opérationnelles et pragmatiques.

**M. le président.** La parole est à M. Gilbert Barbier, pour explication de vote.

**M. Gilbert Barbier.** Sans même parler de la philosophie de ce dispositif, je pense qu'obliger les étudiants à la fin de leur troisième cycle à passer trois ans dans un secteur désertifié est tout à fait irréaliste.

D'abord, que se passera-t-il pour ceux qui envisagent de faire une spécialité? Reviendront-ils en faculté après trois ans ou seront-ils dispensés de cette obligation? Ce sont de véritables questions!

Par ailleurs, voilà des jeunes médecins qui vont prendre en charge des malades, qui quitteront le secteur au bout de trois ans, que l'on devra donc remplacer par de nouveaux débutants en fin d'études pour une nouvelle période de trois ans, et ainsi de suite. En termes de service apporté à la population de ces zones désertifiées, ce ne sera guère enthousiasmant!

L'exercice de la médecine suppose en effet une certaine continuité: la connaissance de la clientèle joue un rôle important. C'est pourquoi je pense qu'un tel dispositif aurait en fait des conséquences négatives sur la qualité des soins dans les territoires concernés. Mieux vaut des mesures incitatives comme celles que le rapporteur a évoquées et qui permettront que des médecins s'installent dans ces territoires de manière pérenne.

**M. le président.** La parole est à M. Claude Biver, pour explication de vote.

**M. Claude Biver.** Monsieur Barbier, nous n'exigeons rien. Nous voulons simplement bénéficier d'un service dont tout le monde a besoin.

Je crois surtout que l'on peut retourner votre raisonnement: notre objectif est aussi de montrer aux futurs médecins qu'on se sent bien à la campagne et que la qualité de vie y est meilleure afin qu'ils aient envie de s'y installer réellement. Nous n'avons jamais dit qu'il fallait les renvoyer au bout de trois ans. Tout ce que nous souhaitons, c'est qu'ils restent!

Je reconnais que cet amendement et ce sous-amendement ont un côté un peu provocateur dans la mesure où nous imposons quelque chose. Cependant, pour ma part, je n'ai jamais parlé de travail obligatoire. J'ai même précisé que l'on pouvait habiter à un endroit et exercer ailleurs.

Je crois que ce débat était nécessaire pour bien montrer les difficultés de ces territoires. Cela étant, eu égard aux problèmes pratiques qui se posent, je retire mon sous-amendement.

**M. Jean-Pierre Sueur.** On le sentait venir!

**M. le président.** Le sous-amendement n° 1221 est retiré.

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

**M. Hervé Maurey.** Je voudrais d'abord vous remercier, madame la ministre, d'avoir fait l'effort de m'apporter une réponse.

Comme vous l'avez dit hier soir, nous sommes tous les deux de bonne foi, mais je n'arrive malheureusement pas à être convaincu par les mesures que vous proposez. Nous avons donc tous les deux une interprétation différente.

Je regrette que M. le rapporteur ait été à nouveau dans l'outrance. Je n'ai jamais reproché aux médecins le coût de leurs études! Je n'ai d'ailleurs fait que citer un rapport de l'Académie nationale de médecine. Toutes les études ont évidemment un coût pour la société. À cet égard, M. le rapporteur a cité un excellent exemple: celui des directeurs d'hôpitaux. Ne sont-ils pas, eux, obligés d'aller là où on les affecte?

Par ailleurs, j'ai été extrêmement choqué, d'une part, que l'on puisse comparer ce dispositif au STO et, d'autre part, que cela puisse en faire sourire certains. C'est une véritable insulte envers ceux qui ont subi cette déportation et envers le monde des anciens combattants en général. Malheureusement, ceux qui ont vécu cette période ne sont plus très nombreux ici.

Il est vrai que, quand on qualifie les zones rurales de « trous », on peut aller jusque-là dans la provocation!

Sur le fond, nous allons émettre un vote très important. Il s'agit de se déterminer en conscience pour savoir si, oui ou non, nous adoptons une mesure forte, coercitive – je n'ai pas peur d'employer le terme –, mais qui, je le répète, ne s'appliquera qu'en 2017 dans le cas où les mesures incitatives proposées par le Gouvernement se seront révélées inefficaces. Il n'y a donc guère de risque à voter ce texte, mais il nous donne tout de même l'assurance que, dans cette hypothèse, en 2017, un autre dispositif prendra le relais.

Par ce vote, nous allons montrer si nous nous soucions vraiment des zones rurales. Le Sénat est la chambre qui représente les territoires. On nous demande souvent, lorsque nous faisons campagne pour les élections sénatoriales: à quoi sert le sénateur? Quelle est sa différence avec le député? La spécificité du Sénat, selon moi, c'est la défense des territoires. Alors, il faut savoir si l'on préfère défendre les territoires ou les médecins, les patients ou les médecins, l'égal accès aux soins, qui a une valeur constitutionnelle, ou la liberté d'installation des médecins, qui n'en a pas!

J'espère que Mme la ministre demandera un scrutin public, afin que le vote de chacun soit inscrit au *Journal officiel*. Comme cela a été dit tout à l'heure, ce vote sera examiné par l'ensemble des élus locaux de ce pays, notamment par les grands électeurs. (*M. François Autain applaudit.*)

**M. le président.** La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

**M. François Autain.** Il va sans dire que je soutiendrai cet amendement, qui ressemble étrangement à un amendement que j'avais présenté la semaine dernière.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Cela devrait inquiéter M. Maurey!

**M. François Autain.** Il a été extrêmement bien défendu et je n'ai aucune raison de ne pas le voter, bien au contraire.

Je constate d'ailleurs avec beaucoup de satisfaction que les idées que nous défendons progressent...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Les mauvaises herbes ont la vie dure!

**M. François Autain.** ... et je suis très heureux qu'un membre de la majorité présente un tel amendement. J'espère que de nombreux collègues de la majorité soutiendront demain de tels amendements, si ce n'est le cas aujourd'hui...

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Cela voudrait dire que la gauche est arrivée au pouvoir!

**M. François Autain.** Je pense que M. Maurey n'est pas de gauche ; il s'est même réclamé de la majorité !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Personne n'est parfait ! (*Sourires.*)

**M. François Autain.** Je veux simplement dire que ces idées progressent dans les rangs de la majorité. Il n'est pas impossible que, demain, elles deviennent majoritaires et que nous puissions enfin voter des mesures efficaces pour lutter contre les déserts médicaux.

Avec les mesures que nous propose madame la ministre, nous n'en prenons évidemment pas le chemin.

**M. le président.** La parole est à M. Dominique Leclerc, pour explication de vote.

**M. Dominique Leclerc.** Je voudrais développer un argument qui, dans ce très long débat sur l'installation des médecins, n'a pas été avancé, à mon grand étonnement, car il s'agit aujourd'hui d'un point déterminant dans le choix des jeunes médecins.

La formation est longue, coûteuse et n'est dispensée que dans le cadre de l'hôpital public, cela a été dit. Or la médecine est un art : contrairement à ce que certains pensent, un médecin s'installe non pas uniquement pour gagner de l'argent, mais pour exercer cet art médical au service de patients !

**M. Alain Vasselle.** Très bien !

**Mme Isabelle Debré.** Bien sûr !

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Sinon, ils s'installeraient tous dans les zones sous-médicalisées, pour gagner plus !

**M. Dominique Leclerc.** Par ailleurs, si de jeunes médecins, après dix ou quinze ans de formation, s'installent en libéral, c'est également parce que tous ne peuvent pas exercer à l'hôpital. Sinon, il s'y trouverait plus de praticiens que de malades ! Et si certains médecins préfèrent assurer des remplacements pendant une dizaine d'années, ce n'est pas obligatoirement pour répondre à un choix premier.

L'élément essentiel, c'est la responsabilité médicale. Quand vous êtes à l'hôpital, celle-ci est collective et, en cas de faute, c'est l'établissement qui assume l'erreur médicale. Quand vous êtes en médecine de ville, elle pèse sur vous, et c'est un poids très lourd, qui fait hésiter un certain nombre de jeunes médecins. Un remplaçant, en cas de problème, envoie le patient à l'hôpital ou chez un spécialiste, mais surtout il attend le retour du titulaire pour que ce soit à lui de gérer le cas.

Croyez-moi, la responsabilité médicale est très lourde à porter, et nous devons en tenir compte dans les propositions que nous sommes en train de formuler.

Incitation, coercition... Je vous invite à être très prudents ! En effet, si vous aggravez la situation des jeunes médecins par des mesures coercitives, quasi discriminatoires, nous n'arriverons plus, demain, à trouver les praticiens pour répondre aux besoins de santé de notre population.

Des propositions pondérées ont été formulées par le président de la commission et par le rapporteur, ainsi que par Gilbert Barbier, qui connaît bien l'exercice médical : nous devons les évaluer et les mettre en œuvre.

Certains articles parus cette semaine dans la presse hebdomadaire sont très significatifs. Arrêtons d'infantiliser les patients et les praticiens ! Cessons de vouloir réglementer

toujours plus ! Pour ma part, je reste convaincu que ce n'est pas par des mesures obligatoires et des contraintes que nous résoudrons le problème. (*Très bien ! et applaudissements sur plusieurs travées de l'UMP.*)

**M. le président.** La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

**M. Jean Desessard.** Notre débat me fait penser à ce film canadien, *la Grande Séduction*, où l'on voit les habitants d'un petit village du Québec prêts à tout pour qu'un médecin viennois s'installe chez eux... (*Sourires.*) Je vous invite à voir ce film, mes chers collègues, au demeurant très amusant.

Je voterai l'amendement de M. Maurey parce que je pense que des mesures doivent être prises. On nous dit que, d'une certaine façon, on oblige des gens à s'installer, mais c'est vrai pour d'autres professions, en particulier pour beaucoup de fonctionnaires ou d'agents des services publics ! C'est vrai aussi pour certaines infirmières !

Dites plutôt, ce serait plus honnête, que les médecins sont tellement puissants qu'il faut renoncer à leur demander quoi que ce soit ! Laissez-vous donc aller à cet aveu d'impuissance !

L'amendement de M. Maurey laisse le temps de voir si les mesures incitatives, que nous sommes nombreux ici à juger insuffisantes, réussissent. Si elles échouent, il faudra prendre de nouvelles mesures dans quelques années. Cet amendement a l'avantage de donner une impulsion suffisamment à l'avance.

Au demeurant, le caractère contraignant de cette mesure n'a rien de scandaleux, car je pense que l'institution, à terme, d'une responsabilité collective écologique et environnementale, pour laquelle je plaide, nous amènera à être tous soumis, et de plus en plus, quelle que soit notre profession, à certaines contraintes.

**M. Dominique Leclerc.** Quelle société vous nous dessinez !

**M. le président.** La parole est à M. le président de la commission.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Ce n'est pas le profit qui guide les médecins lorsqu'ils s'installent.

**M. François Autain.** Qui a prétendu le contraire ?

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Si c'était le cas, ils se précipiteraient dans ces secteurs sous-médicalisés où un médecin gagne en moyenne 2 000 euros de plus par mois.

Je suis médecin généraliste et, à la fin de mes études, j'ai décidé de m'installer en zone rurale, dans un petit village de 1300 habitants bien agréable, un « trou » sympathique, où j'ai été très bien accueilli. Puis l'État a décidé d'y construire une ville nouvelle, et ce petit village s'est transformé en une agglomération de 150 000 habitants ! C'était un désert médical, il y a maintenant trop de médecins ! (*Sourires.*)

**M. François Autain.** Du coup, vous avez cherché un autre désert ! (*Nouveaux sourires.*)

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Alors, j'ai décidé de venir vous rejoindre ! (*Rires.*)

**M. Jean Desessard.** Ici, ce n'est certes pas un désert médical ! (*Mêmes mouvements.*)

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Je voudrais vraiment convaincre Hervé Maurey, après son succès d'hier, de retirer son amendement.

**M. François Autain.** Sinon, ça fait désordre !

**M. Nicolas About**, *président de la commission des affaires sociales*. Il faut donner au système qui a été mis en place une chance de fonctionner correctement.

**M. François Autain**. Il est bidon !

**M. Nicolas About**, *président de la commission des affaires sociales*. D'autres mesures seraient, selon moi, susceptibles d'être plus efficaces ; il convient d'y réfléchir. Tout jeune médecin, par exemple, pourrait devoir un certain nombre d'années d'installation.

La profession se féminise et l'on voit de plus en plus de jeunes médecins qui ne s'installent que pour quelques années ou qui ne travaillent pas à temps complet. Une telle situation aurait été absolument inconcevable pour mon grand-père, mes oncles, mes aïeux médecins ! Il est incroyable que l'on puisse suivre dix à douze années d'études médicales pour s'installer pendant quatre à cinq ans ou ne consacrer à l'exercice de la médecine que 50 % ou 60 % de son temps ! Aujourd'hui, alors qu'il n'y a jamais eu autant de médecins inscrits à l'Ordre, le temps médical n'a jamais été aussi faible.

Plutôt que de contraindre les médecins qui bossent à 100 % de leur temps, et pendant quarante ans, il vaudrait sans doute mieux décider que ceux qui ne pratiquent pas à temps complet ou qui n'exercent que quatre ou cinq ans remboursent une partie de leurs études. Cela me semblerait bien plus rentable.

Je comprends bien l'esprit de l'amendement d'Hervé Maurey, mais je souhaite vivement qu'il le retire parce que ce serait un très mauvais signal envoyé à ceux qui font l'effort de remplir leur mission de médecin, laquelle demande beaucoup d'engagement et de cœur, dans la durée.

**Mme Isabelle Debré**. On dit que la médecine est une vraie vocation !

**M. le président**. La parole est à M. le rapporteur.

**M. Alain Milon**, *rapporteur*. Je voudrais revenir sur la question des études médicales et du contrat moral que passe un étudiant avec l'État lorsqu'il s'engage dans ses études.

C'est à dessein que j'ai pris l'exemple du directeur d'hôpital, monsieur Maurey. Quand un jeune s'engage dans une école de directeurs, il sait dès le départ qu'il a un contrat avec l'État, qu'il sera fonctionnaire et qu'il sera obligé d'aller en différents endroits au cours de sa carrière.

Un étudiant en médecine, lorsqu'il signe moralement le contrat avec l'État, n'a pas cette obligation au départ.

**M. Jean Desessard**. Justement !

**M. Alain Milon**, *rapporteur*. Si vous prévoyez une telle obligation, comme je vous le disais hier soir, l'exercice de la médecine change de nature. On met en place une médecine fonctionnarisée, installée sur l'ensemble du territoire national.

**Mme Isabelle Debré**. Voilà !

**M. François Autain**. Et pourquoi pas ?

**M. Alain Milon**, *rapporteur*. D'ailleurs, beaucoup de médecins seraient tout à fait prêts à accepter ce changement, mais ils exerceraient alors leur métier comme des fonctionnaires, et vous ne pourriez plus leur reprocher quoi que ce soit.

**M. François Autain**. Ah si, quand même !

**M. Alain Milon**, *rapporteur*. Non, ils feraient leur métier comme tous les fonctionnaires font leur métier, dans le cadre d'un véritable service sanitaire.

Par ailleurs, monsieur Maurey, vouloir obliger un médecin, à la fin de ses études, à s'installer dans une zone déterminée pendant trois ans, c'est du travail obligatoire ! Je veux bien, si vous préférez une autre dénomination, appeler cela un « service sanitaire obligatoire ». Quoi qu'il en soit, il s'agit d'un service obligatoire à rendre à la nation : on ne peut le qualifier autrement.

C'est pourquoi je vous demande à nouveau, avec Nicolas About, de bien vouloir retirer cet amendement. Ce sera mieux pour tout le monde.

**M. François Autain**. Non, pas pour tout le monde ! (*Sourires.*)

**M. le président**. La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote.

**M. Alain Vasselle**. Pour ma part, je voudrais appuyer les propos empreints d'une grande sagesse formulés par M. le président de la commission des affaires sociales et soutenir la position qui vient d'être réitérée par M. le rapporteur.

Monsieur Maurey, l'amendement que vous avez réussi à faire adopter précédemment par la Haute Assemblée, avec le soutien de Mme la ministre – laquelle avait au demeurant repris un amendement de M. René Beaumont qui allait dans le même sens –, devrait vous donner entière satisfaction.

À mon avis, l'amendement que vous défendez actuellement n'est pas du tout dans l'esprit de ce que vous avez défendu tout à l'heure,...

**M. François Autain**. C'est un « centriste révolutionnaire » ! (*Sourires.*)

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. Cela devient de plus en plus commun ! (*Nouveaux sourires.*)

**M. Alain Vasselle**. ... en employant des arguments tout à fait recevables. Personnellement, je ne les partageais pas tous, mais, en tant que démocrate, j'admets qu'ils aient convaincu une majorité de nos collègues.

L'amendement que vous défendez à présent est un amendement de repli qui aurait eu un sens si votre premier amendement n'avait pas été adopté.

En l'occurrence, l'application du dispositif que vous préconisez poserait des problèmes majeurs. L'exemple concret qui a été donné par notre collègue Gilbert Barbier prouve bien qu'il serait plus sage de retirer cet amendement.

Enfin, je souhaite rebondir sur les propos de M. le président de la commission des affaires sociales.

Mes chers collègues, nous payons aujourd'hui les conséquences de l'absence d'une véritable politique d'aménagement du territoire en France. Si notre pays avait mené une politique d'aménagement du territoire un peu plus équilibrée, nous ne serions sans doute pas aujourd'hui réduits à adopter des dispositions comme celles dont nous discutons en ce moment.

Je vous rappelle que nous évoquions déjà le problème des déserts médicaux lors de l'adoption de loi du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire, dite « loi Pasqua » !

Nous avons pris, par petites touches, des mesures incitatives, pour finalement nous rendre compte que cette méthode n'était pas efficace. Par conséquent, on essaie aujourd'hui d'aller plus loin et d'adopter des dispositions plus ou moins coercitives.

Il faudrait, me semble-t-il, que nous ayons une fois pour toutes le courage de nous engager dans une politique d'aménagement du territoire, d'aller au bout et de ne pas nous contenter de prendre des « mesurette » !

**M. François Autain.** Parce que vous prenez des « mesurette » ?

**M. Alain Vasselle.** C'est pourquoi je crois préférable que notre collègue retire son amendement. Le vote d'une telle disposition ne nous permettrait pas d'avancer dans le sens espéré.

**M. le président.** La parole est à M. Alain Houpert, pour explication de vote.

**M. Alain Houpert.** L'acte de soigner est un acte difficile. Qu'il soit libéral ou fonctionnaire, quand un médecin rentre chez lui, il rentre avec ses problèmes.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Un ministre aussi ! (*Sourires.*)

**M. Alain Houpert.** Le médecin, il est là quand la vie bascule. Parmi ses nombreuses responsabilités, il en est une qui est particulièrement lourde : il doit annoncer de mauvaises nouvelles. Croyez-moi, ce n'est pas facile !

Je rappelle que la profession médicale est l'une de celles où le *burn out* est le plus fréquent. Les médecins n'en peuvent plus ! Alors que les médecins sont des « aidants », on crée actuellement des groupes de parole pour les aider ! Et ce n'est pas avec des mesures coercitives qu'on y parviendra.

Comme l'a souligné M. Vasselle, nous sommes passés à côté de l'aménagement du territoire, par excès de frilosité et par manque d'audace. Osons l'aménagement du territoire !

Mais ces mesures coercitives seront contre-productives. Elles inciteront les étudiants en médecine à aller suivre leur formation dans des territoires qui ne seront pas concernés par des problèmes de démographie médicale.

**M. Alain Gournac.** Très bien !

**M. le président.** La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

**M. Yves Daudigny.** Je souhaite apporter une humble contribution à cette discussion.

Tout d'abord, l'enjeu du débat n'est pas d'être pour ou contre les médecins, mais de chercher à assurer la sécurité des Françaises et des Français, quel que soit leur lieu de résidence,

...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Exactement !

**M. Yves Daudigny.** ... et cela en tenant compte des évolutions de la société qui s'imposent aujourd'hui à nous.

Je souhaite insister sur trois éléments.

Premièrement, il n'est pas interdit de penser que la manière dont les médecins abordent le sujet évoluera peut-être un jour et qu'une éventuelle prise de conscience politique les amènera à modifier leur comportement.

Permettez-moi de me livrer à une comparaison, dont j'admets qu'elle est peut-être osée. Voilà quelques années, qui aurait pu imaginer que les sénateurs prendraient eux-mêmes l'initiative de réduire leur mandat de neuf ans à six ans ? Cela paraissait totalement impossible. Pourtant, c'est ce qui s'est passé. À un certain moment, il y a eu une prise de conscience dans cette assemblée qui a permis une évolution. Je pense qu'il peut en aller de même pour les médecins.

Deuxièmement, la désertification médicale est un risque immédiat, avec des conséquences catastrophiques en termes tant de sécurité que d'aménagement du territoire. Par conséquent, des mesures immédiates s'imposent. Aussi, en début de matinée, le groupe auquel j'appartiens a soutenu l'amendement qui était présenté, entre autres, par le Gouvernement.

Troisièmement, nous devons également essayer de regarder plus loin. Comme cela a déjà été souligné par les membres de mon groupe, je crois que la seule solution à terme est la contractualisation.

**M. Jean-Pierre Sueur.** Absolument !

**M. Yves Daudigny.** Il faut qu'un contrat soit conclu avec l'étudiant dès le début de ses études. Je ne suis pas un spécialiste de ces questions, mais je pense que le contrat devrait comporter plusieurs clauses.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Ce sera l'objet de l'article suivant !

**M. Yves Daudigny.** D'abord, pendant ses études, l'étudiant devrait obligatoirement être placé en situation de futur généraliste dans des secteurs difficiles, c'est-à-dire les zones à faible densité de population ou à la périphérie des grandes villes. Une période de travail dans de telles zones serait ensuite accomplie, toujours aux termes du contrat.

Mais le contrat devrait également permettre des évolutions de carrière, afin que le praticien ait le sentiment de pouvoir progresser et soit en mesure de connaître plusieurs aspects de sa profession. Le contrat devrait laisser ouverte la possibilité d'une diversification des fonctions exercées, par exemple des activités de recherche. Il devrait aussi insister sur la notion de travail en équipe.

À mon sens, la solution d'avenir réside bien dans une telle forme de contractualisation, qui imposera peut-être des contraintes à l'étudiant en médecine, mais qui lui permettra également d'appréhender une carrière en évolution, afin de répondre à ses aspirations et aux modes de vie de la société contemporaine.

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

**M. Jean-Pierre Fourcade.** Personnellement, j'ai été très sensible à l'intervention de M. le président de la commission des affaires sociales, qui nous a fait part de son expérience.

Je crois que l'adoption de l'amendement n° 182 rectifié *bis* aurait deux conséquences négatives.

Premièrement, cela orienterait la majorité des étudiants en médecine vers des spécialisations, réduisant ainsi encore le nombre de médecins généralistes, ce qui me paraît contraire à l'objectif visé.

**M. Alain Gournac.** Bien sûr !

**M. Jean-Pierre Fourcade.** En effet, pour échapper à la localisation, de plus en plus d'étudiants opteraient pour une spécialisation.

Deuxièmement, une telle disposition changerait la nature de notre système de santé, en incitant les futurs praticiens à devenir des médecins salariés.

**M. François Autain.** Et alors ? Ce n'est pas un drame !

**M. Jean Desessard.** C'est peut-être même la solution !

**M. Jean-Pierre Fourcade.** En réalité, cet amendement ne peut, me semble-t-il, se justifier que dans un seul cas de figure, celui des élèves des écoles de médecine comme l'École du service de santé des armées de Bordeaux, autrefois appelée

École de santé navale, ou l'École du Service de santé des armées de Lyon-Bron. (*M. le président de la commission des affaires sociales applaudit.*)

**M. Jean Desessard.** On peut élargir !

**M. Jean-Pierre Fourcade.** Dans ce cas précis, nous pouvons effectivement demander à des étudiants qui sont totalement pris en charge par une structure relevant de l'État d'assurer un service dans un certain nombre de secteurs pendant une durée de trois ou quatre ans. À eux, oui, nous pouvons imposer de telles obligations. En revanche, les imposer aux étudiants de nos différentes facultés de médecine constituerait un changement que nous ne pouvons pas accepter.

Par conséquent, nous ne voterons pas cet amendement.

**M. Alain Gournac.** Très bien !

**M. le président.** Monsieur Maurey, finalement, que décidez-vous ?

**M. Hervé Maurey.** Je remercie les collègues qui ont pris la peine de me demander de retirer l'amendement n° 182 rectifié *bis*, notamment mon ami le président Nicolas About.

Pour autant, monsieur le président de la commission des affaires sociales, j'ai déjà pris en compte une partie de vos remarques puisque, lorsque nous avons discuté de cette question, vous aviez souligné qu'il ne faudrait pas proposer de mesure destinée à entrer en application avant 2017. (*Marques d'ironie sur les travées du groupe CRC-SPG.*) C'est pourquoi j'ai prévu cette échéance dans mon amendement. Elle répond d'ailleurs aux souhaits des uns et des autres puisqu'elle laisse aux mesures incitatives une chance de réussite d'ici à 2017. Si les mesures se révèlent efficaces, le dispositif que mon amendement vise à instituer n'aura plus de raison d'être.

Par conséquent, je maintiens cet amendement.

**M. François Autain.** Très bien !

**M. Hervé Maurey.** Comme je l'ai indiqué tout à l'heure, je serais très heureux qu'il y ait un scrutin public. Ainsi, chacun prendrait ses responsabilités et les positions des uns et des autres seraient gravées dans le marbre du *Journal officiel de la République française*.

Par ailleurs, je souscris aux propos de M. le président de la commission des affaires sociales lorsqu'il affirme qu'il n'y a pas de désert médical dans notre assemblée. D'ailleurs, j'aimerais bien connaître la densité de médecins dans l'hémicycle ; elle est certainement très supérieure à la densité observée à Paris ! (*Sourires.*)

**M. François Autain.** Ça, c'est sûr !

**M. Jean Desessard.** Les vétérinaires sont bien représentés aussi !

**M. le président.** La parole est à M. le président de la commission.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Notre collègue Hervé Maurey oublie simplement un élément. Nous avons adopté son amendement qui tendait à instituer des pénalités avant 2017.

**M. Alain Gournac.** Tout à fait !

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Or on ne peut pas vouloir le beurre et l'argent du beurre !

**Mme Isabelle Debré.** Absolument !

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Je pense qu'Hervé Maurey a déjà obtenu satisfaction et que nous pourrions attendre un peu avant de créer une deuxième contrainte.

Mon cher collègue, il est encore temps de retirer votre amendement... (*Rires.*)

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 182 rectifié *bis*.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Pierre Sueur, pour explication de vote sur l'article 15.

**M. Jean-Pierre Sueur.** Je souhaite juste formuler une suggestion.

La remarque de notre collègue Jean-Pierre Fourcade sur la question du décret en Conseil d'État était pertinente. Je suggère donc à Mme la ministre de déposer un amendement visant à modifier le dernier alinéa de l'article 15.

En effet, la rédaction actuelle de cet alinéa semble indiquer qu'il appartient au Conseil d'État de délibérer ! (*M. Jean-Pierre Fourcade acquiesce.*)

**M. le président.** Que pensez-vous de cette suggestion, madame la ministre ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je souscris aux arguments de MM. Fourcade et Sueur.

La rédaction actuelle du dernier alinéa n'est effectivement pas satisfaisante. Cet alinéa est ainsi rédigé : « L'application du présent article se fera dans des conditions définies en Conseil d'État. »

Je propose, par conséquent, d'insérer les mots : « par décret » après les mots : « dans des conditions définies ».

**M. le président.** Je suis donc saisi d'un amendement n° 1360, présenté par le Gouvernement, et ainsi libellé :

Dans le dernier alinéa du texte proposé par le VI de cet article pour l'article L. 1434-6-1 du code de la santé publique, après les mots :

définies

insérer les mots :

par décret

Je le mets aux voix.

(*L'amendement est adopté.*)

**M. le président.** La parole est à M. François Autain, pour explication de vote sur l'article.

**M. François Autain.** Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, comme nous l'avons souligné tout au long de ce débat, nous pensons que le contrat santé solidarité n'est pas applicable et qu'il ne sera pas appliqué. Cela dit, ce n'est pas très grave, puisque ce n'était pas son objet...

En réalité, le véritable objectif du Gouvernement est de donner le change à ceux qui attendent de bonne foi des mesures efficaces pour assurer la sécurité des patients dans les zones sous-médicalisées, mais sans heurter les corporatismes médicaux. Il faut reconnaître que le Gouvernement a perdu sur les deux tableaux !

Non seulement les syndicats médicaux – en tout cas le principal d'entre eux – sont opposés à cette mesure, mais aucune amélioration, je dis bien aucune, n'est à attendre de cette mesure dans l'immédiat. Pourtant, la situation, tout l'a monde l'a reconnu, revêt un caractère d'urgence.

Madame la ministre, il y a un fossé entre les objectifs que vous visez – ils sont très bien résumés par l'intitulé du titre II du projet de loi : « Accès de tous à des soins de qualité » – et les moyens que vous mobilisez au service de cette ambition.

Vous renoncez à toute mesure qui n'aurait pas un caractère incitatif – or, nous en avons la preuve, les mesures incitatives n'ont pas d'effet –, au motif que la liberté d'installation des médecins est intangible, alors qu'elle va à l'encontre de l'intérêt des patients !

Vous privilégiez ainsi l'intérêt des médecins au détriment de celui des patients, ce qui ne semble d'ailleurs pas conforme à cette mission régalienne dont vous vous prévaliez souvent et qui devrait vous conduire à user de cette autorité pour faire respecter l'article 11 du préambule de notre Constitution, lequel consacre le droit à la santé pour tous nos concitoyens et implique nécessairement la garantie pour tous d'un accès égal aux soins.

La liberté d'installation des médecins n'est pourtant pas un principe absolu dans de nombreux pays.

Ainsi, en Allemagne, depuis 1992, dans chaque *Land*, une commission paritaire rassemblant des représentants des médecins et des caisses de sécurité sociale délivre les autorisations d'installation, qui sont attribuées en fonction des directives d'une instance fédérale. En Suisse, une ordonnance de juillet 2002 a gelé le nombre de professionnels de santé conventionnés, et donc en particulier le nombre de médecins généralistes et spécialistes. Enfin, au Québec, les installations de médecins conventionnés sont subordonnées à l'obtention d'un avis de conformité au plan de l'agence régionale de la santé ; les généralistes qui exercent sans avis de conformité voient leur rémunération réduite. Cela ressemble d'ailleurs à un amendement que nous avons déposé et que vous avez rejeté.

En conséquence, nous ne voterons pas cet article 15 et nous demandons un scrutin public.

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 15, modifié.

Je suis saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe CRC-SPG.

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

*(Le scrutin a lieu.)*

**M. le président.** Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

*(Il est procédé au comptage des votes.)*

**M. le président.** Voici le résultat du dépouillement du scrutin n° 176 :

Nombre de votants .....	339
Nombre de suffrages exprimés .....	326
Majorité absolue des suffrages exprimés .....	164
Pour l'adoption .....	186
Contre .....	140

Le Sénat a adopté.

### Articles additionnels après l'article 15 (réservés)

**M. le président.** Les amendements tendant à insérer des articles additionnels après l'article 15 ont été réservés jusqu'à près l'article 21 *nonies*.

#### Article 15 bis A

Dans le 1° de l'article L. 632-12 du code de l'éducation, les mots : « autres que la France » sont supprimés et les mots : « à un troisième cycle de médecine générale ou spécialisée » sont remplacés par les mots : « au troisième cycle des études médicales ». – *(Adopté.)*

#### Article 15 bis

#### (Texte modifié par la commission)

I. - Après l'article L. 632-5 du code de l'éducation, il est inséré un article L. 632-6 ainsi rédigé :

« *Art. L. 632-6.* - Chaque année, un arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale détermine le nombre d'étudiants qui, admis à poursuivre des études médicales à l'issue de la première année du premier cycle ou ultérieurement au cours de ces études, peuvent signer avec le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière un contrat d'engagement de service public.

« Ce contrat ouvre droit, en sus des rémunérations auxquelles les étudiants et internes peuvent prétendre du fait de leur formation, à une allocation mensuelle versée par le centre national de gestion jusqu'à la fin de leurs études médicales. En contrepartie de cette allocation, les étudiants s'engagent à exercer leurs fonctions à titre libéral ou salarié, à compter de la fin de leur formation, dans les lieux d'exercice mentionnés au quatrième alinéa. La durée de leur engagement est égale à celle pendant laquelle l'allocation leur a été versée et ne peut être inférieure à deux ans.

« À l'issue des épreuves mentionnées à l'article L. 632-2, les étudiants ayant signé un contrat d'engagement de service public choisissent un poste d'interne sur une liste établie chaque année par arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur, en fonction de la situation de la démographie médicale dans les différentes spécialités sur les territoires visés à l'alinéa précédent.

« Au cours de la dernière année de leurs études, les internes ayant signé un contrat d'engagement de service public choisissent leur futur lieu d'exercice sur une liste, établie par le centre national de gestion sur proposition des agences régionales de santé et de l'autonomie, de lieux d'exercice où le schéma visé à l'article L. 1434-6 du code de la santé publique indique que l'offre médicale est insuffisante ou la continuité de l'accès aux soins est menacée, en priorité les zones de revitalisation rurale visées à l'article 1465 A du code général des impôts et les zones urbaines sensibles définies au 3 de l'article 42 de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire. Le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie dans le ressort duquel ils exercent leurs fonctions, peut, à leur demande, à tout moment, changer le lieu de leur exercice. Le directeur général du centre national de gestion peut, à leur demande, à tout moment, et après avis du directeur général de l'agence

régionale de santé et de l'autonomie dans le ressort duquel ils exercent leurs fonctions, leur proposer un lieu d'exercice dans une zone dépendant d'une autre agence régionale de santé et de l'autonomie.

« Les médecins ayant signé un contrat d'engagement de service public avec le centre national de gestion peuvent se dégager de leur obligation d'exercice prévue au deuxième alinéa du présent article, moyennant le paiement d'une indemnité dont le montant égale les sommes perçues au titre de ce contrat.

« Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent article. »

II. - L'article L. 632-6 du code de l'éducation est applicable à l'issue de l'année universitaire 2009-2010.

**M. le président.** L'amendement n° 89 rectifié, présenté par MM. J. Blanc, P. Blanc et Jarlier, Mme Payet et MM. Amoudry, Hérisson, Laménie, Bailly, Faure, Gouteyron, Thiollière, Carle, Bernard-Reymond, Alduy, Juilhard, Saugey, B. Fournier, Béteille, J. Boyer et Revet, est ainsi libellé :

Dans la deuxième phrase du deuxième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 632-6 du code de l'éducation après le mot :

formation

insérer les mots :

ou à effectuer les remplacements de médecins généralistes ou spécialistes,

La parole est à M. Marc Laménie.

**M. Marc Laménie.** L'article 15 *bis*, introduit par l'Assemblée nationale, crée une allocation en faveur des étudiants en médecine qui s'engagent, à la fin de leur première année, par un contrat d'engagement de service public, à exercer dans des zones comme les zones de revitalisation rurale, où l'offre médicale est insuffisante et où la continuité de l'accès aux soins est menacée.

Notre commission des affaires sociales a approuvé et même amélioré juridiquement le dispositif proposé par les députés et qui complète les différentes mesures déjà mises en place par les collectivités territoriales pour développer l'attractivité de l'exercice de la médecine dans les zones délaissées.

L'objet du présent amendement est de prendre également en compte la situation des remplaçants des médecins généralistes ou spécialistes. En début de carrière, ces médecins effectuent des remplacements pendant une dizaine d'années en moyenne – généralement, de vingt-neuf à trente-neuf ans – avant de s'installer définitivement à leur compte.

Il est proposé, sans porter atteinte au principe de liberté d'installation, de les inciter à effectuer des remplacements prioritairement dans ces zones du territoire sous-dotées en ressources médicales.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Si cet amendement est adopté, la deuxième phrase du deuxième alinéa de l'article 15 *bis* se lira ainsi : « En contrepartie de cette allocation, les étudiants s'engagent à exercer leurs fonctions à titre libéral ou salarié, à compter de la fin de leur formation, ou à effectuer des remplacements de médecins généralistes ou spécialistes, dans les lieux d'exercice mentionnés au quatrième alinéa. »

L'ajout de la mention des remplacements avait initialement semblé judicieux à la commission, mais, à y regarder de plus près, la formule utilisée paraît signifier que les remplacements peuvent constituer l'unique contrepartie de l'allocation, alors que celle-ci est faite pour l'inciter à s'installer.

En attendant de connaître l'avis du Gouvernement, la commission s'en remet donc à la sagesse du Sénat.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Lors de la discussion générale, Jacques Blanc, premier signataire de cet amendement, m'avait semblé souhaiter que les étudiants en médecine bénéficiaires de cette allocation soient tenus d'effectuer les remplacements qu'ils font au cours de leurs études dans les zones sous-denses telles qu'elles sont définies par le schéma régional d'organisation des soins.

Cette idée me paraissait effectivement excellente et parfaitement logique.

Cependant, l'amendement tel qu'il est rédigé laisse entendre que le contrat passé par ces étudiants pourrait les engager soit à s'installer soit effectuer des remplacements, ce qui ne correspond pas du tout à la mesure de bon sens dont Jacques Blanc avait dessiné les contours.

Le but du contrat est bien d'inciter le nouveau médecin à une installation complète et fixe dans un secteur sanitaire défavorisé, afin d'y stabiliser l'offre de soins, les remplacements effectués en zone sous-dense, en contrepartie de l'allocation, ne pouvant être que ceux qui sont accomplis pendant la période des études, donc avant l'installation.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Oui !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** En l'état actuel de la rédaction proposée dans l'amendement, rejoignant le cheminement de pensée du rapporteur, j'émet un avis défavorable.

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur.

**M. Alain Milon, rapporteur.** J'émet également un avis défavorable.

Cette mesure m'avait semblé très bonne, mais, telle qu'elle est proposée ici, elle risque de dévoyer le système. Sans doute pourrions-nous trouver des solutions pour que le temps de remplacement soit inclus dans le temps nécessaire à l'installation ou au remboursement de l'allocation.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Oui !

**M. Gilbert Barbier.** Il faudrait un compte épargne temps ! (Sourires.)

**M. Alain Milon, rapporteur.** Mais c'est un peu tard !

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Nous verrons !

**M. le président.** Monsieur Laménie, l'amendement n° 89 rectifié est-il maintenu ?

**M. Marc Laménie.** Compte tenu des explications de Mme la ministre et de M. le rapporteur, je vais, bien sûr, retirer cet amendement.

Jacques Blanc souhaitait surtout, en le déposant, attirer l'attention sur le sort des zones de revitalisation rurale, et il a reçu le soutien d'un certain nombre de collègues : nous tenions ainsi, comme lui, à faire valoir notre sensibilité aux difficultés du monde rural, notamment dans ses zones les plus fragiles.

**M. le président.** L'amendement n° 89 rectifié est retiré.

Je suis saisi de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 628 rectifié, présenté par Mme Laborde et MM. Charasse, Marsin, Mézard, Milhau et Vall, est ainsi libellé :

Compléter le deuxième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 632-6 du code de l'éducation par une phrase ainsi rédigée :

Ils s'engagent aussi, pendant cette durée, à garantir à tout patient les tarifs fixés par la convention mentionnée aux articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

La parole est à Mme Françoise Laborde.

**Mme Françoise Laborde.** Il est proposé dans cet amendement que les étudiants qui signent un contrat d'engagement de service public s'engagent à pratiquer les tarifs conventionnés durant la durée de leur engagement. L'objectif de la mesure est, bien sûr, d'assurer une offre de soins accessible dans les zones sous-dotées. Il est donc souhaitable que cette offre soit à tarifs opposables.

Le Gouvernement propose une disposition similaire dans son amendement n° 1128, qui est, en outre, plus complet que le nôtre. J'attends donc la suite de la discussion pour décider du sort que je réserve au nôtre.

**M. le président.** L'amendement n° 731 rectifié, présenté par MM. Godefroy, Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mmes Ghali et Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagache, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, MM. Teulade, Collombat et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Compléter le deuxième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 632-6 du code de l'éducation par une phrase ainsi rédigée :

Pendant la durée de cet engagement, les médecins pratiquent les tarifs fixés par la convention mentionnée aux articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

La parole est à M. Bernard Cazeau.

**M. Bernard Cazeau.** Cet amendement est retiré, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 731 rectifié est retiré.

L'amendement n° 1228, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

I. - Compléter le deuxième alinéa du texte proposé par le I de cet article par l'article L. 632-6 du code de l'éducation par une phrase ainsi rédigée :

Pendant la durée de cet engagement, qui n'équivaut pas à une première installation à titre libéral, ils pratiquent les tarifs fixés par la convention mentionnée aux articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

II. - Après les mots :

le paiement d'une indemnité

rédigé comme suit la fin du même texte :

égale à la totalité des traitements et indemnités perçus ainsi qu'une fraction des frais d'étude engagés. Les modalités de remboursement et de calcul de cette somme sont fixées par un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Rejoignant les préoccupations des auteurs des deux amendements précédents, le Gouvernement souhaite, lui aussi, que l'étudiant ayant signé un contrat d'engagement de service public soit tenu d'exercer en secteur 1 pendant la durée de son contrat. Il entend également préciser les modalités de rachat dudit contrat, rachat qui doit toujours rester envisageable.

Le médecin qui a bénéficié d'une bourse pendant ses études et souscrit à l'engagement d'exercer en zone sous-dotée doit pratiquer des tarifs opposables, afin que l'on puisse y assurer une offre de soins. L'autoriser à pratiquer des dépassements d'honoraires ne serait pas logique.

Cela étant, mesdames, messieurs les sénateurs, l'option choisie au début de la carrière, au moment de la signature du contrat d'engagement de service public, ne peut valoir engagement définitif. Il n'est donc que justice qu'un tel choix puisse être revu.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Très bien !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le jeune médecin lié par un tel contrat aura la garantie de pouvoir s'installer, par la suite, en secteur 2, à condition de disposer des titres nécessaires. Lui retirer ce bénéfice, alors qu'il a consacré une partie de sa carrière à soigner ses concitoyens dans une zone où ses collègues ont refusé de s'installer, serait vraiment une mesure injuste, une véritable « double peine ».

Par ailleurs, afin d'éviter tout effet d'aubaine, je propose que le montant à rembourser en cas de désengagement soit égal à la totalité des traitements et indemnités perçus, augmentée d'une fraction des frais d'étude engagés, à l'instar du système qui s'applique aux fonctionnaires des grands corps de l'État.

Il convient qu'un médecin ayant rendu plusieurs années d'engagement en zone déficitaire soit moins pénalisé qu'un étudiant opportuniste souhaitant « pantoufler » – c'est le terme couramment employé pour décrire ce genre de situations ! – dès la fin de sa formation initiale. À cette fin, je souhaite que la pénalité soit dégressive, en fonction du nombre d'années d'engagement rendues, renvoyant à un arrêté la fixation des modalités de calcul du montant à rembourser.

Mesdames, messieurs les sénateurs, notre proposition a donc un triple intérêt : elle impose une offre de soins aux tarifs opposables ; elle autorise le jeune médecin à choisir le secteur 2 à l'issue de son contrat ; elle nous préserve de tout effet d'aubaine.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission a souhaité, sur ce point, s'en tenir au texte qu'elle a adopté.

C'est la raison pour laquelle, madame Laborde, je vous demande de bien vouloir retirer votre amendement ; à défaut, j'y serai défavorable.

La commission ne peut donc pas non plus émettre un avis favorable sur l'amendement n° 1228 du Gouvernement, qui a un double objet.

D'une part, il vise à contraindre le jeune médecin à pratiquer les tarifs conventionnés pendant la durée de son contrat d'engagement de service public, selon les conditions que vient de préciser Mme la ministre.

D'autre part, il tend à prévoir que le montant de l'indemnité due en cas de désengagement est égal à la totalité des traitements et indemnités perçus, augmentée d'une fraction des frais d'études engagés.

À nos yeux, il importe de maintenir le caractère incitatif du dispositif. L'assortir de contraintes excessives lui ferait perdre tout son intérêt dans la mesure où l'étudiant en médecine aurait alors tout avantage à contracter un prêt étudiant qui lui laissera une entière liberté pour sa future installation.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 628 rectifié ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** J'ai la faiblesse de croire que mon amendement est meilleur : non seulement il satisfait la préoccupation des auteurs de l'amendement n° 628 rectifié en imposant les tarifs opposables, mais il a en outre le mérite de permettre au jeune médecin de revoir son choix, ce qui devrait tous vous réjouir.

Finalement, avec la proposition de la commission, le rachat du contrat d'engagement de service public se fera « à l'euro l'euro ». Autrement dit, le jeune médecin pourra se contenter de racheter sa bourse à son montant exact, ce qui est illogique, voire anormal, puisqu'un tel dispositif s'avère beaucoup plus intéressant qu'un prêt étudiant !

Il faut définir des modalités permettant d'éviter les effets d'aubaine. D'ailleurs, les dispositifs analogues existant pour les fonctionnaires des grands corps de l'État prévoient un certain nombre de conditions.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Sans doute, mais, pour les polytechniciens, ce sont les sociétés qui paient !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Il convient de conserver une forme de pénalisation, car le but du système est bien d'inciter les jeunes médecins à s'installer en zones défavorisées. Ce serait vraiment trop facile de pouvoir racheter sa bourse à l'euro l'euro !

**M. le président.** Madame Laborde, l'amendement n° 628 rectifié est-il maintenu ?

**Mme Françoise Laborde.** Monsieur le président, je retire cet amendement au bénéfice de celui du Gouvernement, qui est effectivement plus complet.

**M. le président.** L'amendement n° 628 rectifié est retiré.

La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote sur l'amendement n° 1228.

**M. Bernard Cazeau.** Madame la ministre, nous sommes favorables à votre amendement, car nous sommes très attachés au système des bourses. Pourriez-vous d'ailleurs nous préciser l'importance des crédits prévus à ce sujet ? En effet, l'idéal serait d'en faire bénéficier le plus d'étudiants possible.

Vous l'avez dit, certains jeunes médecins vont, bien sûr, revenir sur leur engagement ; mais il est clair que, dans cette hypothèse, ils devront subir une certaine pénalité. Or le texte adopté par la commission risque de créer, c'est vrai, un effet d'aubaine. Certes, un étudiant peut choisir de se délier pour diverses raisons, et il en est d'excellentes, par exemple lorsqu'il

choisit d'embrasser la carrière hospitalière, mais il faut prévoir un montant de remboursement significatif, qui dépasse les sommes qui ont été allouées durant les études.

Voilà pourquoi nous voterons cet amendement.

**M. le président.** La parole est à M. Gilbert Barbier, pour explication de vote.

**M. Gilbert Barbier.** Madame la ministre, la formulation que vous proposez pour le calcul du montant de l'indemnité, à savoir « la totalité des traitements et indemnités perçus ainsi qu'une fraction des frais d'étude engagés », me laisse pour le moins perplexe.

Pouvez-vous nous donner un ordre de grandeur de cette fraction ? Représentera-t-elle 5 %, 10 %, 50 % ? Faudra-t-il verser 5 000 euros ou 100 000 euros ? Et comment les frais d'études engagés seront-ils évalués ? Faute de réponse à ces questions, les étudiants risquent d'être fortement dissuadés de signer un contrat d'engagement de service public.

Des ambiguïtés subsistent également concernant la notion de « traitements et indemnités perçus ». Celui qui accède à l'internat touche un traitement : devra-t-il aussi le rembourser ? Je pourrais citer des cas analogues pour un externe ou un chef de clinique, eu égard, notamment, au mode de rémunération des gardes.

Madame la ministre, je le répète, le contrat d'engagement de service public que vous proposez est absolument dissuasif. Aucun étudiant ne se risquera à le signer.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Voilà !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je vais vous répondre !

**M. Gilbert Barbier.** On a évoqué tout à l'heure un coût des études de médecine évalué à 200 000 euros. Devoir rembourser une telle somme serait totalement insupportable ! Je m'oppose donc au II de l'amendement n° 1228.

**M. le président.** La parole est à M. Dominique Leclerc, pour explication de vote.

**M. Dominique Leclerc.** Je me félicite de ce débat, car il importe de ne pas dénaturer ce dispositif très intéressant et véritablement incitatif. De ce point de vue, l'ampleur des crédits budgétaires à mettre en place est une question secondaire. Ne l'oublions pas, si un certain nombre de jeunes ne s'engagent pas dans des études médicales, c'est parce qu'ils ont conscience du coût financier que cela représente pour leurs familles, et ce dès la première année après le baccalauréat.

Il s'agit de faire connaître aux futurs étudiants cette possibilité très intéressante qui leur est offerte d'être accompagnés tout au long de leurs études, possibilité assortie d'une contrepartie somme toute légitime. D'ailleurs, cet engagement n'est pas sans rappeler celui, évoqué par notre collègue Jean-Pierre Fourcade, des futurs médecins militaires.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Sauf que ceux-ci sont payés comme des officiers pendant toutes leurs études ! La solde d'un lieutenant de l'armée de l'air ne s'élève pas à 300 euros par mois !

**M. le président.** La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

**M. François Autain.** Madame la ministre, nous soutenons bien entendu votre amendement, tant en ce qui concerne son I que son II.

Cela étant, pourquoi n'êtes-vous pas tout simplement revenue à la formulation retenue par l'Assemblée nationale, aux termes de laquelle le montant de l'indemnité « égale le double des sommes perçues au titre de ce contrat » ?

**M. Nicolas About**, *président de la commission des affaires sociales*. C'est sans doute que ce n'est pas assez ! Faisons-les donc plutôt payer trois fois !

**M. François Autain**. Monsieur le président de la commission, dès qu'il est question des médecins, je note que vous perdez votre sang-froid. M. le rapporteur présente d'ailleurs les mêmes signes : il ne manque pas de se montrer stupéfait, voire outré ! (*Sourires.*) Calmons-nous ! Aucun de nous n'est malade, nous sommes dans l'hémicycle, et non dans un cabinet médical ! (*Nouveaux sourires.*)

À mon sens, il aurait été plus simple d'en revenir au texte adopté par nos collègues députés, d'autant qu'il a toute chance de réapparaître en commission mixte paritaire.

Au demeurant, madame la ministre, avec un tel dispositif, ne craignez-vous pas de créer, *horresco referens*, un embryon de service national de médecine ambulatoire, cette abomination aux yeux de certains ? (*Nouveaux sourires.*)

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. Cela devrait vous plaire, à vous !

**M. François Autain**. Imaginez-vous ! On verrait ainsi croître et prospérer à travers le pays un contingent de médecins salariés, fonctionnarisés, qui ne penseraient qu'à se reposer et oublierait complètement les patients ! C'est en tout cas ainsi qu'on a dépeint tout à l'heure les fonctionnaires.

Je me pose une autre question. Les directeurs généraux des agences régionales de santé vont nommer les médecins là où existent des besoins. Ce pouvoir de nomination n'implique-t-il pas un certain nombre de devoirs de la part des pouvoirs publics, notamment celui d'assurer à ces médecins, quel que soit l'endroit où ils sont nommés, un revenu suffisant ? Il se pourra, en effet, que des médecins nommés dans des zones particulièrement sous-médicalisées, et qui seront rémunérés à l'acte, perçoivent des revenus qu'ils ne jugeront pas décents.

Avez-vous prévu cette éventualité, madame la ministre ? Vaut-on laisser ces médecins, une fois nommés, sans aucune garantie ? Devront-ils se débrouiller, là où ils seront nommés, pour s'assurer des revenus conformes à leurs attentes ?

**M. le président**. La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. Je souhaite apporter un certain nombre de précisions.

Tout d'abord, j'indique que l'engagement portera sur une durée égale à celle du versement de l'allocation, par exemple huit ans pour un médecin qui aurait perçu l'allocation dès sa deuxième année d'études médicales. Nous souhaitons que la durée minimale de l'engagement soit de deux ans, afin de permettre au médecin qui s'installe de « prendre racine ». En effet, notre objectif est non seulement d'obtenir un engagement d'installation durant une période prévue dans le contrat, mais également de permettre au médecin, à terme, de créer des liens avec une clientèle et de la fidéliser.

Le Centre national de gestion versera cette allocation mensuelle et suivra le parcours des étudiants. Afin de renforcer le lien avec leur région de formation, les internes choisiront un territoire d'exercice dans une liste établie à partir des propositions formulées par l'ARS.

Nous précisons dans les textes réglementaires d'application les diverses modalités d'attribution de l'allocation, de choix mais également de changement de région d'exercice, ainsi que les modalités de gestion par le Centre national de gestion et le montant de l'allocation. Je propose de fixer ce montant à 1 200 euros par mois, versés à partir de la deuxième année du premier cycle des études médicales jusqu'à la fin de l'internat.

J'avais proposé, dans un premier temps, d'accorder 200 allocations pour l'année universitaire 2010-2011. Il s'agit d'un chiffre de base, indicatif, qui pourra être plus élevé s'il s'avère que des étudiants en plus grand nombre se montrent intéressés par ce dispositif. À l'Assemblée nationale, j'ai dit que nous pourrions aller jusqu'à 400 bourses par an. Bien entendu, nous réévaluerons ce chiffre en fonction de l'attractivité de la mesure et des besoins de la démographie médicale.

Cher Gilbert Barbier, je tiens à vous rassurer : les chiffres que vous avez indiqués n'ont rien à voir avec ce que nous avons en tête.

Puisque l'allocation sera accordée en contrepartie d'un engagement d'installation, il est bien évident que son montant devra être remboursé si l'étudiant revient sur son engagement et décide de ne pas remplir le contrat. Je pense que l'on ne contestera ce principe sur aucune travée !

J'avais initialement envisagé que le rachat de la « pantoufle » coûte le double des sommes perçues au titre de l'allocation. On m'a fait remarquer que ce coût serait extrêmement élevé. Par exemple, un étudiant qui aurait touché cette bourse pendant dix ans, soit 144 000 euros, devrait reverser presque 300 000 euros, un montant tout à fait exorbitant pour un jeune qui s'installe !

**M. François Autain**. Pour un radiologue, ce n'est pas énorme !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. J'ai donc été sensible à l'observation que m'a faite la commission des affaires sociales sur le caractère excessif de ce remboursement.

Au rachat de l'allocation s'ajoute une petite pénalité. À défaut, le dispositif équivaldrait à un prêt bancaire à taux zéro. Nous fixerons le montant de cette pénalité dans les textes réglementaires d'application. Son montant devrait avoisiner, monsieur Barbier, 5 % de la bourse.

**M. François Autain**. Sympa !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. Cette pénalité correspond à peu près à celle qui est demandée aux étudiants de l'École Polytechnique, soit 5 000 euros.

**M. Nicolas About**, *président de la commission des affaires sociales*. Sauf qu'eux ne la paient pas !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. Mais nous pourrions imaginer, monsieur About, que d'autres, par exemple des collectivités, paient cette pénalité à la place des médecins.

**M. Nicolas About**, *président de la commission des affaires sociales*. Des collectivités ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. Qui les en empêcherait ? Mais ceci est une autre histoire, comme disait Rudyard Kipling !

**M. Nicolas About**, *président de la commission des affaires sociales*. La Cour des comptes verrait cela d'un mauvais œil !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Telle est, monsieur Barbier, la philosophie de cette mesure. Le montant de l'allocation figurera dans les textes réglementaires ; il n'est évidemment pas question de l'inscrire dans la loi, car ce montant évoluera en fonction du coût de la vie.

**M. Gilbert Barbier.** Ce ne sera pas une fraction des frais d'étude ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Non !

**M. Gilbert Barbier.** C'est ce qui est écrit dans le texte de l'amendement !

**M. François Autain.** Une petite fraction !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Nous avons repris, avec la notion de fraction des frais d'étude, une terminologie utilisée pour les élèves de l'École Polytechnique et de l'École nationale d'administration ; elle désigne la pratique du rachat de la « pantoufle ».

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

**M. Jean-Pierre Sueur.** Dans le droit fil des propos de Bernard Cazeau, je souhaite vous faire part, madame la ministre, du grand intérêt que nous portons à cette mesure.

Je résumerai notre position en une formule : entre le libéralisme et la coercition, il existe une autre voie, celle du contrat. C'est cette solution qui nous permettra d'avancer.

C'est la raison pour laquelle nous avons soutenu la disposition relative au contrat santé solidarité, nonobstant un certain nombre de critiques. Et vous avez eu bien besoin de notre soutien pour rétablir le texte de l'Assemblée nationale.

Avec cet amendement, c'est la même chose. Le fait de proposer un contrat aux étudiants en médecine, comme cela se fait dans d'autres disciplines, est extrêmement porteur. Cette mesure avait d'ailleurs rencontré un grand succès dans l'enseignement : il est bien fâcheux, madame la ministre, que l'un de vos collègues du Gouvernement ait décidé de supprimer les émoluments versés aux étudiants qui se destinaient au métier d'enseignant. En instaurant ce système de contrat, qui permettra à des jeunes de financer leurs études de médecine, vous faites le contraire, et vous avez bien raison !

Il y a là une dimension sociale qui doit être prise en compte. Il ne faut pas oublier, en effet, que pour de nombreux jeunes et leurs familles, les études de médecine sont très longues et très chères.

Quant à la contrepartie prévue, il ne faut pas seulement l'envisager en termes financiers. De nombreux jeunes s'orientent vers la médecine parce qu'ils ont la vocation pour ce métier, parce qu'ils sont prêts à rendre service, et ce dans tous les points du territoire.

Lorsque j'étais député, il m'est arrivé de très mal recevoir une délégation d'enseignants qui avaient été nommés à Dunkerque et qui se considéraient comme y étant « en exil ». Je leur ai dit : « Mais Dunkerque, c'est magnifique ! Il y a des jeunes qui ont besoin d'enseignants ! ».

De la même façon, il y a des patients partout, et je ne connais pas, sur le territoire de la République française, d'endroit où l'on ne s'honore pas de pratiquer la médecine, comme d'ailleurs d'autres missions d'intérêt général.

Nous devons donc avoir une vision dynamique et présenter ce dispositif de façon très positive, en arguant du fait que la médecine est une vocation qu'il est possible d'accomplir grâce à un contrat permettant de financer ces études, en contrepartie d'un engagement d'installation.

Mais se pose alors l'importante question du financement. Les chiffres que vous nous avez donnés, madame la ministre, correspondent à seulement deux postes de médecin par département.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Chaque année !

**M. Jean-Pierre Sueur.** Vous avez dit, en effet, que vous alliez accorder 200 bourses par an, et il y a 100 départements.

J'espère que le système connaîtra un grand succès et que l'État suivra financièrement. En effet, comme l'a dit l'un de nos collègues, le versement de bourses à des étudiants en contrepartie d'un engagement d'installation reviendra bien moins cher que de subir le coût humain, social et économique de la désertification de certains territoires. (*M. Bernard Cazeau applaudit.*)

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

**M. Jean-Pierre Fourcade.** Mes chers collègues, nous avons trois solutions.

Soit nous conservons le texte de l'Assemblée nationale, qui tend à faire rembourser aux médecins le double des sommes perçues ; soit nous gardons le texte de la commission, qui prévoit le simple remboursement de l'allocation prévue dans le contrat ; soit nous préférons la rédaction du Gouvernement, qui prévoit, en plus du remboursement de l'allocation, le paiement d'une fraction des frais d'étude, et Mme la ministre nous a assuré que le montant de cette fraction serait très modéré, de l'ordre de 5 %.

Pour ma part, je voterai donc l'amendement du Gouvernement.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1228.

(Après une épreuve à main levée déclarée douteuse par le bureau, le Sénat, par assis et levé, n'adopte pas l'amendement.)

**M. le président.** L'amendement n° 627 rectifié bis, présenté par M. Mézard, Mme Escoffier et MM. Charasse, Marsin, Milhau et Vall, est ainsi libellé :

Après le mot :

menacée

supprimer la fin de la première phrase du quatrième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 632-6 du code de l'éducation.

Cet amendement n'est pas soutenu.

L'amendement n° 629 rectifié, présenté par MM. Mézard, Charasse, Marsin, Milhau et Vall, est ainsi libellé :

Après le mot :

sommes

rédigé comme suit la fin de l'avant-dernier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 632-6 du code de l'éducation :

nettes perçues au titre de ce contrat auquel s'ajoute une pénalité dégressive par année non effectuée fixée par voie réglementaire.

Cet amendement n'est pas soutenu.

Je mets aux voix l'article 15 *bis*.

(L'article 15 *bis* est adopté.)

#### Article additionnel après l'article 15 bis (réservé)

**M. le président.** L'amendement tendant insérer un article additionnel après l'article 15 *bis* a été réservé jusqu'après l'article 21 *nonies*.

#### Article 15 ter

**M. le président.** L'article 15 *ter* a été supprimé par la commission.

L'amendement n°732, présenté par MM. Cazeau et Le Menn, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagache, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Après l'article L. 632-1 du code de l'éducation, il est inséré un article L. 632-1-1 A ainsi rédigé :

« Art. L. 632-1-1 A. - Le deuxième cycle des études médicales comprend un enseignement portant spécifiquement sur la contraception et l'interruption volontaire de grossesse, ainsi que sur la connaissance des inégalités sociales d'accès aux soins. ».

La parole est à M. Bernard Cazeau.

**M. Bernard Cazeau.** Il s'agit de la reprise d'un amendement adopté par l'Assemblée nationale.

Des travaux récents ont mis en évidence l'existence de refus de soins, dont sont principalement victimes les populations fragiles. Afin de mieux prévenir les futurs médecins contre les préjugés, il conviendrait d'informer les étudiants de deuxième cycle des études médicales sur les problèmes spécifiques des populations en difficultés.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission a supprimé cet article, car elle considère que le contenu des programmes des études médicales doit être fixé par voie réglementaire. Or, dans ces programmes, figure bien entendu la question de l'interruption volontaire de grossesse. La commission est donc défavorable à l'amendement n°732.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** M. Cazeau sait à quel point je suis attachée aux droits des femmes et à leur accès à la contraception et à l'avortement. Je suis néanmoins très défavorable à cet amendement, ainsi d'ailleurs qu'à tout autre qui visera à préciser le contenu des études médicales.

Ce contenu relève en effet de la voie réglementaire et non de la voie législative. Il dépend également des décisions communes prises par les ministres en charge respectivement de l'enseignement supérieur et de la santé.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n°732.

(L'amendement n'est pas adopté.)

**M. le président.** En conséquence, l'article 15 *ter* demeure supprimé.

#### Article 15 quater

#### (Texte modifié par la commission)

À compter de la rentrée universitaire 2009-2010 et pendant quatre ans, le nombre annuel d'emplois créés dans chacune des catégories suivantes ne peut être inférieur à :

1° Vingt pour les professeurs des universités de médecine générale ;

2° Trente pour les maîtres de conférence des universités de médecine générale ;

3° Cinquante pour les chefs de clinique des universités de médecine générale.

**M. le président.** L'amendement n°96 rectifié *bis*, présenté par MM. Gilles et Leclerc, Mme Goy-Chavent, M. Vassel et Mlle Joissains, est ainsi libellé :

Au premier alinéa de cet article, après les mots :

emplois créés

insérer les mots :

, sur proposition conjointe des présidents d'université et des directeurs d'unité de formation et de recherche concernés,

La parole est à M. Dominique Leclerc.

**M. Dominique Leclerc.** Le présent amendement concerne la procédure de création de postes de professeur d'université, maître de conférences et chef de cliniques, dont le nombre est fixé annuellement. Il vise à ce que les présidents d'université et les directeurs d'institut et unité de formation et de recherche de médecine soient impliqués, ce qui semble logique.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission souhaite connaître l'avis du Gouvernement, après quoi elle s'en remettra à la sagesse du Sénat.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Vous voulez, monsieur Leclerc, que la décision de création d'emplois d'enseignant en médecine générale soit prise sur proposition conjointe des présidents d'université et des directeurs d'unité de formation et de recherche concernés.

Vous savez, car nous en avons déjà beaucoup parlé dans cette enceinte, que j'entends mener une politique volontariste permettant l'essor de la filière universitaire de médecine générale en proposant, dans cette filière, des créations d'emplois d'enseignant qui pourront offrir des débouchés en « post-internat ».

La création des emplois d'enseignant de médecine générale doit, bien entendu, être décidée après que toutes les concertations nécessaires ont été conduites et, en particulier, que l'avis du directeur d'unité de formation et de recherche a été recueilli, à l'image de ce qui se passe pour les créations d'emplois des personnels hospitalo-universitaires.

Cependant, à travers le présent amendement, il ne s'agit pas de demander un avis : vous soumettez la création des emplois d'enseignant de médecine générale à la proposition conjointe des présidents d'université et des directeurs d'UFR, ce qui, vous me permettrez de le dire, peut être extrêmement perni-

cieux. Sous son apparence anodine, cet amendement pourrait conduire en effet à une répartition inégale de ces emplois dans les universités, ce qui irait à l'encontre du but recherché.

C'est la raison pour laquelle j'émetts assez fermement un avis défavorable sur cet amendement.

**M. le président.** Monsieur Leclerc, l'amendement n° 96 rectifié *bis* est-il maintenu ?

**M. Dominique Leclerc.** J'ai bien écouté les propos de Mme le ministre, et je pense qu'effectivement on risquerait de complexifier encore le problème.

**M. François Autain.** La ministre vous a fait peur ? (*Sourires.*)

**M. Dominique Leclerc.** Mais on pourrait s'étonner aussi que la loi fixe le nombre de créations de postes de maître de conférences, d'interne et de professeur titulaire !

Je retire donc l'amendement n° 96 rectifié *bis*, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 96 rectifié *bis* est retiré.

Je mets aux voix l'article 15 *quater*.

(*L'article 15 quater est adopté.*)

#### Articles additionnels avant l'article 16 (*réservés*)

**M. le président.** Les amendements tendant à insérer des articles additionnels avant l'article 16 ont été réservés jusqu'à près l'article 21 *nonies*.

### Article 16

#### (Texte modifié par la commission)

I. - L'article L. 6314-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6314-1.* - La mission de service public de permanence des soins est assurée, en collaboration avec les établissements de santé, par les médecins mentionnés à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, dans le cadre de leur activité libérale, et aux articles L. 162-5-10 et L. 162-32-1 du même code, dans les conditions définies à l'article L. 1435-5 du présent code. Tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique a vocation à y concourir selon des modalités fixées contractuellement avec l'agence régionale de santé et de l'autonomie.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie communique au représentant de l'État dans le département les informations permettant à celui-ci de procéder aux réquisitions éventuellement nécessaires à la mise en œuvre du premier alinéa.

« La régulation téléphonique des activités de permanence des soins et d'aide médicale urgente est accessible sur l'ensemble du territoire par un numéro de téléphone national. Cette régulation téléphonique est également accessible, pour les appels relevant de la permanence des soins, par les numéros des associations de permanence des soins disposant de plates-formes d'appels interconnectées avec ce numéro national, dès lors que ces plates-formes assurent une régulation médicale des appels. »

*I bis.* - Dans les régions dont le territoire, pour tout ou partie, est situé en zone de montagne, le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie communique, chaque année, aux comités de massif intéressés institués par

l'article 7 de la loi n° 85-30 du 9 janvier 1985 relative au développement et à la protection de la montagne, un rapport sur l'organisation de la permanence des soins au sein des territoires relevant de leur compétence respective. Après en avoir délibéré, chaque comité de massif, pour ce qui le concerne, rend un avis public sur ce rapport annuel.

*I ter.* - Après l'article L. 6314-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6314-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6314-1-1.* - Si, à l'échéance d'un délai de trois ans suivant la publication de la présente loi, l'agence régionale de santé et de l'autonomie constate que la mission de service public de permanence des soins mentionnée à l'article L. 6314-1 du code de la santé publique n'est pas assurée dans certains territoires de santé, elle propose aux médecins exerçant à titre libéral et aux établissements de santé des territoires concernés un schéma d'organisation de la permanence des soins mobilisant les médecins d'exercice libéral et les établissements. Pour l'établissement de ce schéma, elle tient compte notamment des caractéristiques géographiques et démographiques des zones concernées, ainsi que des conditions dans lesquelles les médecins y exercent. »

II. - Après l'article L. 6314-1 du même code, sont insérés deux articles L. 6314-2 et L. 6314-3 ainsi rédigés :

« *Art. L. 6314-2.* - L'activité du médecin libéral participant à la permanence des soins ou assurant la régulation des appels au sein d'un service d'aide médicale urgente hébergé par un établissement public de santé est couverte par le régime de la responsabilité administrative qui s'applique aux agents de cet établissement public. Ce même régime s'applique dans le cas où, après accord exprès de l'établissement public en cause, le médecin libéral assure la régulation des appels depuis son cabinet ou son domicile. Toute clause d'une convention, contraire aux principes énoncés dans le présent alinéa, est nulle.

« *Art. L. 6314-3.* - Les modalités d'application de l'article L. 6314-1 sont fixées par décret en Conseil d'État. »

III et IV. - Suppressions maintenues par la commission

V. - L'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale est abrogé.

VI. - Le I entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2010.

VII. - Le titre I<sup>er</sup> du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est complété par un chapitre V ainsi rédigé :

#### « CHAPITRE V

#### « Continuité des soins en médecine ambulatoire

« *Art. L. 6315-1.* - La continuité des soins aux malades est assurée quelles que soient les circonstances. Lorsque le médecin se dégage de sa mission de soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, il doit indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser en son absence. Le médecin doit également informer le conseil départemental de l'ordre de ses absences programmées dans les conditions et selon les modalités définies par décret.

« Le conseil départemental de l'ordre veille au respect de l'obligation de continuité des soins. »

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur.

**M. Alain Milon, rapporteur.** L'article 16 est consacré à la permanence des soins. Nous connaissons tous l'histoire quelque peu conflictuelle de l'organisation des permanences,

qui a conduit à la coexistence, dans la partie réglementaire du code de la santé publique, de deux dispositions qu'il convient de combiner.

L'article R. 4127-77, qui fait partie du code de déontologie médicale, dispose : « Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent. » C'est sur cet article que se fonde le pouvoir de réquisition des préfets et il convient de ne pas l'oublier.

Un autre article a été inséré dans la partie réglementaire du code par un décret du 22 décembre 2006. Il s'agit de l'article R. 6315-4, qui précise que les médecins participent à la permanence des soins sur la base du volontariat.

L'article 16 du projet de loi ne revient pas sur ces deux dispositions et maintient l'équilibre qu'ils établissent. La commission des affaires sociales, soucieuse de garantir la pleine efficacité de l'organisation de la permanence des soins, a estimé que l'on ne pouvait revenir ni sur le devoir d'assurer les permanences ni sur le volontariat. Elle a donc émis un avis défavorable sur les amendements qui tendent à revenir sur l'un ou l'autre de ces aspects.

**M. le président.** La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** La question de la permanence des soins, ou PDS, est effectivement cruciale pour l'accès aux soins de tous.

Le présent article vise d'abord à réaffirmer le principe selon lequel la permanence des soins est une mission de service public.

Cette mission était, jusqu'à maintenant, placée sous la responsabilité du préfet de département, financée par l'assurance maladie et organisée par plusieurs parties prenantes, notamment le conseil départemental de l'ordre des médecins et la mission régionale de santé. Elle passe désormais sous la responsabilité de l'agence régionale de santé. Or, puisqu'elle relève désormais de la compétence de cette agence, la permanence des soins devient également un sujet régional, même si, en cas de nécessité, elle peut être traitée au niveau départemental.

En outre, le concours des structures hospitalières pourra être organisé dans certaines zones pour prendre en charge les demandes de soins non programmées, notamment en nuit profonde.

Par ailleurs, l'utilisateur pourra accéder au médecin de garde en composant le numéro d'appel national, le 15. Il pourra également le faire par le biais – lorsqu'ils existent – des numéros d'appel des associations de permanence des soins, qui disposent d'une plate-forme de réception des appels, comme SOS-médecins. Pour le bon fonctionnement de l'ensemble, ces plates-formes auront pour obligation d'être interconnectées avec le centre de régulation du SAMU.

Le texte adopté par la commission prévoit que, dans les zones de montagne, le directeur de l'ARS communique au comité de massif un rapport annuel sur l'organisation de la PDS.

Il précise en outre que l'instauration d'un schéma d'organisation de la permanence des soins ne serait effective qu'à l'issue d'une période de trois ans après la date de publication de la loi.

Afin de sécuriser l'activité de régulation des appels, le médecin libéral assurant cette mission au sein du SAMU sera désormais couvert par le régime de responsabilité administrative s'appliquant aux agents de l'établissement.

La fonction de régulation est un exercice particulier de la médecine libérale et n'est généralement pas couverte par l'assurance personnelle des médecins. Cette couverture sera étendue, sous certaines conditions, aux médecins lorsqu'ils régulent depuis leur domicile ou leur cabinet.

Cet article prévoit en outre une obligation de continuité des soins pour les médecins libéraux. Cette mesure consiste en une obligation d'information du conseil départemental de l'ordre des médecins en cas d'absence programmée.

Elle n'a en aucun cas pour objet, évidemment, et contrairement à ce que j'ai lu dans certains libelles, de leur interdire de s'absenter. Elle permettra d'assurer, pendant les périodes de tension, une présence médicale minimale.

Je présenterai deux amendements sur cet article.

Le premier vise à préciser que seule l'activité des médecins libéraux assurant la régulation des appels sera couverte par le régime de la responsabilité administrative : l'activité de régulation téléphonique est distincte des fonctions habituelles du médecin ; elle génère des risques spécifiques.

Toutefois, lorsque les médecins libéraux participent à la PDS par des visites et des consultations, il s'agit évidemment, on le comprend bien, de la même activité que celle qu'ils exercent habituellement. Ils sont donc garantis à ce titre et le contrat d'assurance de la responsabilité professionnelle qu'ils ont l'obligation de souscrire les couvre parfaitement.

Mon second amendement vise à donner aux ARS les moyens d'assurer la continuité des soins : à l'avenir, les agences seront informées des déficits éventuels de l'offre de soins ; il est donc indispensable qu'elles puissent s'assurer que les patients seront pris en charge même lorsque leur médecin est absent, notamment pendant les périodes de tension telles que les fêtes de fin d'année ou les congés d'été.

**M. le président.** La parole est à M. Alain Vasselle, sur l'article.

**M. Alain Vasselle.** J'ai déjà eu l'occasion, à plusieurs reprises, aussi bien en commission qu'en séance, de le rappeler : les difficultés que nous rencontrons en matière de permanence des soins viennent de dispositions qui ne sont pas très anciennes puisqu'elles datent de l'époque où M. Juppé était Premier ministre. (*M. François Autain marque son étonnement.*)

À cette époque, vous vous en souvenez certainement, les médecins avaient exprimé leur mécontentement à l'égard d'une gestion des dépenses de l'assurance-maladie qualifiée de « comptable ».

À la suite de cela, plusieurs élections ont eu lieu. Lorsque Jean-François Mattei est devenu ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, des négociations ont été engagées avec les syndicats des professionnels de santé. Ces négociations ont abouti à une sorte de compromis qui a consisté à exclure du code de déontologie l'obligation faite aux médecins d'assurer la permanence des soins.

**M. François Autain.** Eh oui !

**M. Alain Vasselle.** Il s'agissait d'une contrepartie à d'autres engagements que prenaient les professionnels de santé à la demande du gouvernement de l'époque.

Depuis lors, nous n'avons cessé de constater une dégradation de la permanence des soins sur l'ensemble du territoire national. Les uns et les autres, nous dénonçons continuellement le fait que les urgences, dans les hôpitaux publics, coulent sous la demande.

Il m'a semblé, à l'occasion de contacts que j'ai eus avec différents professionnels de santé, notamment des syndicats – de toutes sensibilités, qu'il s'agisse du syndicat des médecins de France, le SMF, ou de MG France, le syndicat des médecins généralistes –, que, avec le recul, beaucoup considéraient que la décision que j'ai rappelée avait été une erreur et qu'il serait préférable d'en revenir à la situation antérieure, c'est-à-dire de faire en sorte, à travers le code de déontologie médicale, que les médecins aient la responsabilité d'assurer la permanence des soins.

Je note que ce n'est la volonté ni du Gouvernement ni de la commission des affaires sociales du Sénat, qui veulent en rester au principe du volontariat, en l'assortissant toutefois d'un certain nombre de dispositions censées prévenir l'absence de permanence des soins sur le territoire.

Nous allons donc nous engager dans un dispositif qui est, à mon avis – excusez-moi du terme, mais il ne m'en vient pas d'autre – un peu bâtard, car il compose entre la situation antérieure, qui était claire, et la situation actuelle, qui résulte de dispositions dont chacun reconnaît qu'elles ne sont pas satisfaisantes. On essaye donc d'habiller le dispositif actuel en espérant que les modifications apporteront les résultats attendus.

Par conséquent, pour ce qui est de la permanence des soins, on observe le même état d'esprit que celui qui règne au sujet des déserts médicaux : comme on ne veut pas s'engager franchement dans la bonne voie, on propose un ravaudage à travers toute une série de mesures, en espérant que celles-ci porteront leurs fruits.

La solution la plus simple n'aurait-elle pas été de revenir aux dispositions antérieures plutôt que de procéder ainsi ?

**M. le président.** La parole est à M. François Autain, sur l'article.

**M. François Autain.** Je suis très heureux d'entendre que M. Vasselle fait remonter les difficultés en matière de permanence des soins à l'époque où M. Mattei a été amené à remettre en cause l'obligation qui était faite aux médecins d'exercer la mission de service public qu'est la permanence des soins.

Il a simplement oublié de dire que cette promesse avait été faite avant les élections pour rétablir l'image du Gouvernement que le plan Juppé avait complètement dégradée auprès d'une profession dont le rôle de relais d'opinion est trop important pour prendre le risque de la mécontenter gravement ! Les efforts considérables faits jusqu'en 2002 pour séduire les médecins ont porté leurs fruits puisque, lors de l'élection présidentielle de cette année-là, ils ont de nouveau voté à droite... Et, pour les remercier, on leur a donné satisfaction sur ce point.

**Mme Isabelle Debré.** C'est un mauvais procès !

**M. François Autain.** Or j'estime qu'une mission de service public de permanence des soins n'est pas compatible avec le volontariat. Je suis désolé, comme M. Vasselle d'ailleurs, de constater que le Gouvernement n'en a pas tiré la leçon.

Il aurait dû lire attentivement l'enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins publiée en janvier dernier : elle met l'accent sur la difficulté à mettre en œuvre cette permanence des soins dans les départements faute de volontaires en nombre suffisant. Elle souligne qu'on ne peut pas occulter les difficultés qui fragilisent le dispositif, dont certaines sont anciennes, comme la pénurie médicale dans certains départements et le nombre insuffisant de médecins volontaires dans certains secteurs, et d'autres plus récentes, comme la « resectorisation » forcée que l'administration a tenté d'imposer aux médecins en contrepartie du paiement des astreintes du samedi après-midi. Cette enquête fait également apparaître que le nombre des départements où cette permanence n'est pas assurée a tendance à croître.

L'avenir de la permanence des soins est donc menacé, et je crains qu'en l'absence de mesures efficaces cette tendance n'aille en s'accroissant. C'est la raison pour laquelle nous avons déposé des amendements visant à rétablir cette permanence.

Vous avez dit tout à l'heure, madame la ministre, qu'il était du devoir des médecins d'assurer la permanence des soins. Or le texte fait état d'une simple faculté. Je défendrai un amendement visant à remplacer le mot « vocation » par le mot « devoir » : nous verrons ainsi si vous êtes cohérente avec vous-même en lui apportant votre soutien.

Il est vrai que les importants changements intervenus au cours de ces dernières années compromettent la mise en œuvre de cette mission de service public. J'espère que l'adoption de nos amendements permettra d'éviter la désaffection des médecins à son égard.

**M. le président.** La parole est à M. Bernard Cazeau.

**M. Bernard Cazeau.** Autant la coercition en matière d'installation des médecins me paraît prématurée, surtout si elle est poussée à l'extrême, autant elle me paraît justifiée pour la permanence des soins.

Pour avoir vécu la période où la permanence des soins était imposée – je ne reviens pas sur les conditions de sa suppression –, je peux affirmer qu'il n'y avait absolument aucun problème ! Du reste, s'il était possible de surmonter la trop longue attente de l'intervention du SAMU, c'est parce qu'il y avait toujours un médecin sur place. Parfois assisté d'un pompier, il permettait aux malades, même dans des cas très graves, d'attendre le SAMU dans des conditions plus ou moins confortables, mais qui ont souvent permis de les sortir d'affaire.

Or, quand on fait le bilan de l'action des préfets, on est forcé de constater qu'elle sème la pagaille ! Dans les départements où le système fonctionne, c'est parce que les médecins se sont pris en charge.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** C'est vrai !

**M. Bernard Cazeau.** Ils ont réussi à convaincre le préfet d'éviter de chambouler tout cela.

Dans mon département, un grand nombre de médecins, notamment des jeunes, souhaitent revenir à l'état antérieur. Or, actuellement, le préfet est en train de désorganiser un système que les médecins voudraient au contraire voir réguler. Bref, tout ce système administratif avec des astreintes payées est de mauvais aloi !

Du reste, pourquoi payer des astreintes, alors que les médecins de garde sont déjà rémunérés à l'acte ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Si l'on supprime le paiement des astreintes, ce sera la fin de la permanence des soins !

**M. Bernard Cazeau.** C'est une double rémunération, une dépense inutile ! D'ailleurs, je ne doute pas que M. Vasselle, en sa qualité de rapporteur de la loi de financement de la sécurité sociale, a pensé à cette dépense inutile, de l'ordre de 300 millions ou 400 millions d'euros.

Comme les deux orateurs qui m'ont précédé, je pense qu'il faut rétablir l'obligation. Au demeurant, cette obligation, les médecins se sont engagés à l'honorer en prêtant le serment d'Hippocrate. Je n'ai jamais compris – en dehors des considérations politiques – qu'un gouvernement, quel qu'il soit, ait pu revenir sur cette obligation de la permanence des soins. Je souhaiterais qu'on la rétablisse telle qu'elle a fonctionné, et bien fonctionné !

**Mme Isabelle Debré.** Mieux vaut organiser qu'obliger !

**M. le président.** La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Monsieur le président, mesdames les sénatrices, messieurs les sénateurs, les temps changent ! C'est vrai, il fut un temps où des médecins, dont vous avez peut-être été, monsieur Cazeau, exerçaient la médecine taillable et corvéable à merci, à raison de 90, voire 100 heures de travail par semaine !

**M. Gilbert Barbier.** N'exagérons rien !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Non, je n'exagère pas ! Je le sais d'autant mieux qu'il y en avait dans ma propre famille.

Et l'astreinte à laquelle ils étaient soumis n'emportait aucune rémunération. C'était un véritable sacerdoce, qui impliquait d'ailleurs toute la famille : c'était souvent l'épouse, elle aussi bénévole, qui assurait le secrétariat.

Cette époque est révolue ! Les jeunes médecins veulent travailler autrement : ils veulent avoir une vie personnelle, une vie de famille. Nous sommes confrontés à une révolution des mœurs et nous devons en tenir compte au regard de l'offre de soins. Cela n'a rien à voir avec le plan Juppé ni avec la volonté de M. Mattei !

Je vous rappelle qu'en 2001 les médecins se sont mis massivement en grève. Cela marchait bien, dites-vous... Mais pas du tout ! Il n'y avait plus du tout de permanence des soins ! Et avec ce que vous préconisez, vous arriverez au même résultat : vous n'aurez plus du tout de permanence des soins parce que les médecins ne voudront pas accomplir les astreintes dans les conditions que vous leur proposez. Et ils auront bien raison !

Je vous signale que pas moins de 73 % des médecins assument la permanence des soins. Il faut regarder le système tel qu'il est : sans être entièrement satisfaisant, reconnaissons qu'il fonctionne bien dans beaucoup de régions, même s'il peut être encore amélioré.

Dans les zones où les difficultés sont patentes, j'ai mandaté une mission d'appui pour remettre les choses d'aplomb et venir en aide aux préfets et aux représentants des médecins, en particulier le Conseil de l'Ordre.

Confrontés au problème, les pouvoirs publics l'ont résolu en leur temps en rappelant que l'obligation de la permanence des soins reste dans le code de la santé publique et que chaque médecin en est le garant. Vous avez raison, monsieur le rapporteur, c'est le fondement juridique du pouvoir de réquisition des préfets. L'obligation de la permanence des soins n'a

absolument pas disparu du code de la santé publique. Simple-ment, elle peut s'exprimer d'une manière collective, selon un système qui assure une rémunération correcte des médecins.

Il est impensable d'imposer aux médecins un système d'astreintes dans lequel ils ne seraient jamais payés, faute de voir le moindre malade ! Il faut dégager des secteurs de permanence des soins qui permettent une rémunération des médecins et mettre au point un système d'astreintes qui soit financièrement supportable pour la collectivité.

Nous avons trouvé les éléments de cet équilibre. Il repose sur le principe de l'exercice collectif de cette mission de service public qu'est l'obligation de la permanence des soins. Pour pallier les défaillances et fractures du système, nous vous proposons une gestion plus rationalisée. Nous voulons assigner aux médecins et aux responsables de l'organisation sanitaire de ce pays une obligation de résultat pour autoriser une modulation selon les spécificités du territoire.

Si vous rétablissez l'ancien système, qui a montré ses lacunes, s'est soldé par un échec et a mis toute la profession médicale vent debout contre des obligations évidemment incompatibles avec les nouvelles conditions de vie, je vous garantis que vous n'aurez plus du tout de permanence des soins !

**M. le président.** L'amendement n° 178, présenté par M. Gouteyron, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6314-1 du code de la santé publique :

« *Art. L. 6314-1.* - La mission de service public de permanence des soins est assurée, en collaboration avec les établissements de santé, par les médecins mentionnés à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, dans le cadre de leur activité libérale, et aux articles L. 162-5-10 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, dans les conditions définies à l'article L. 1435-5.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé communique au représentant de l'État dans le département les informations permettant à celui-ci de procéder aux réquisitions éventuellement nécessaires à la mise en œuvre du premier alinéa.

« La régulation téléphonique de l'aide médicale urgente est accessible sur l'ensemble du territoire par un numéro de téléphone national, le 15. La régulation téléphonique des appels relevant de la permanence et de la continuité des soins est accessible sur l'ensemble du territoire par un numéro national dédié interconnecté avec le numéro national 15. »

Cet amendement n'est pas soutenu.

Les amendements n°s 95 rectifié, 677 et 860 sont identiques.

L'amendement n° 95 rectifié est présenté par M. Gilles, Mme Hermange, MM. Pointereau et Leclerc et Mme Goy-Chavent.

L'amendement n° 677 est présenté par M. Houpert.

L'amendement n° 860 est présenté par MM. P. Blanc et Laménié.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Dans la première phrase du premier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6314-1 du code de la santé publique, après les mots :

libérale

insérer les mots :

, et sur la base du volontariat

La parole est à M. Dominique Leclerc, pour défendre l'amendement n° 95 rectifié.

**M. Dominique Leclerc.** Il s'agit de réaffirmer que la permanence des soins doit rester basée sur le volontariat des personnes concernées.

**M. le président.** La parole est à M. Alain Houpert, pour présenter l'amendement n° 677.

**M. Alain Houpert.** Il a été défendu, monsieur le président.

**M. le président.** La parole est à M. Marc Laménie, pour présenter l'amendement n° 860.

**M. Marc Laménie.** Il a été défendu, monsieur le président.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Si l'amendement n° 178, qui visait à préciser un numéro national dédié à l'aide médicale d'urgence, avait été défendu, nous en aurions demandé le retrait.

Nous demandons en tout cas le retrait des amendements identiques n° 95 rectifié, 677 et 860. Pour nous, le volontariat comme le devoir de participation sont de niveau réglementaire ; à supposer qu'on puisse les reprendre dans la partie législative du code de la santé publique, il faudrait les y inscrire tous les deux.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je demande, moi aussi, le retrait de ces amendements qui ont pour objet d'inscrire dans la partie législative du code de la santé publique le principe du volontariat pour les médecins participant à la permanence des soins.

Parce qu'elle constitue une mission de service public, cette permanence relève d'une obligation collective. C'est bien là la nuance : si cette obligation collective, assurée sur la base du volontariat, n'est pas remplie faute de médecins volontaires, le pouvoir de réquisition du préfet pourra s'exercer à l'égard de tel ou tel professionnel en vertu justement de cette obligation collective. Je ne voudrais pas que la rédaction de ces amendements laisse la puissance publique totalement démunie face à un secteur où plus aucun médecin ne se porterait volontaire.

Même si la permanence des soins relève d'une obligation collective, la participation des médecins est fondée sur le volontariat individuel. Cette règle est déjà inscrite dans la partie réglementaire du code de la santé publique. Il n'est donc pas utile de le préciser de nouveau dans la loi.

**M. le président.** Monsieur Leclerc, l'amendement n° 95 rectifié est-il maintenu ?

**M. Dominique Leclerc.** Non, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 95 rectifié est retiré.

Monsieur Houpert, l'amendement n° 677 est-il maintenu ?

**M. Alain Houpert.** Non, je le retire aussi, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 677 est retiré.

Monsieur Laménie, l'amendement n° 860 est-il maintenu ?

**M. Marc Laménie.** Non, je le retire également, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 860 est retiré.

L'amendement n° 482, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

I. - Après la première phrase du premier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6314-1 du code de la santé publique, insérer une phrase ainsi rédigée :

Elle répond à l'exigence de continuité du service public et peut donc revêtir un caractère contraignant.

II. - Dans la deuxième phrase du premier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6314-1 du code de la santé publique, remplacer les mots :

vocation à

par les mots :

le devoir d'

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Il s'agit de réintroduire dans le projet de loi la notion de continuité du service public, qui implique la permanence des soins. Nous tenons à ce que le texte précise que l'« exigence de continuité du service public peut revêtir un caractère contraignant ». Vous n'avez d'ailleurs pas démenti qu'il pouvait en être ainsi, madame la ministre, puisque le pouvoir de réquisition du préfet est maintenu en cas de déficience du volontariat. Nous sommes d'accord sur ce point, mais cela va mieux en le disant, c'est-à-dire en le faisant figurer dans le projet de loi.

J'en viens à la seconde partie de cet amendement. Madame la ministre, vous avez vous-même employé le mot « devoir ». Je suis d'autant plus à l'aise pour proposer de faire figurer ce mot dans le texte.

Il s'agit là d'un problème d'éthique ! Nous avons déjà souligné que les médecins s'installaient par vocation. Ils vivent leur métier comme un apostolat et exercent non pas pour le profit, mais parce qu'ils veulent rendre un service. Une occasion extraordinaire leur est offerte de démontrer que, s'ils embrassent cette carrière, c'est non pas pour des motivations alimentaires ou financières ou pour des raisons de confort personnel, mais pour servir leur prochain.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** C'est un discours bien catholique ! (*Sourires.*)

**M. François Autain.** Considérer que la mission de service public est un devoir me semble aller de soi. Dans ces conditions, pourquoi ne pas l'inscrire dans le texte ?

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission émet évidemment un avis défavorable.

**M. François Autain.** Sans nuance ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** Je n'ai pas fini mon propos, mon cher collègue !

Si la permanence des soins est une obligation collective, la contrainte que vous voulez instaurer serait de nature individuelle. La commission a donc estimé que la précision que visait à apporter cet amendement n'était pas utile.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le Gouvernement émet également un avis défavorable. Je crois avoir donné à M. Autain des explications circonstanciées sur cette question lors de mes deux interventions liminaires.

**M. François Autain.** Hélas !

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 482.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 733 rectifié, présenté par MM. Cazeau et Le Menn, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, MM. Teulade, Collombat et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Compléter le deuxième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6314-1 du code de la santé publique par une phrase ainsi rédigée :

Le président du conseil général est informé de cette communication.

La parole est à M. Yves Daudigny.

**M. Yves Daudigny.** Cet amendement est retiré, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 733 rectifié est retiré.

Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 483, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le troisième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6314-1 du code de la santé publique :

Si la permanence des soins n'est pas assurée conformément au premier alinéa de cet article, le directeur général de l'agence régionale de santé demande au représentant de l'État dans le département de procéder aux réquisitions nécessaires.

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Il s'agit de faire en sorte que le directeur général de l'agence régionale de santé, qui a notamment pour mission de veiller à la continuité des soins et au respect de la mission de service public de permanence des soins, puisse demander au préfet de région de procéder aux réquisitions nécessaires pour faire respecter cette disposition. En effet, en raison des compétences qui sont les siennes, le directeur général de l'agence régionale de santé nous semble le plus à même de procéder aux réquisitions.

Comme le projet de loi ne prévoit pas cette possibilité et dans la mesure où le directeur général de l'agence régionale de santé ne se voit pas confier de missions de police générale, nous proposons que celui-ci puisse expressément demander qu'il soit procédé à des réquisitions. En effet, la seule transmission des informations nécessaires nous paraît insuffisante et semble une procédure plus longue et plus complexe que celle que nous soumettons au vote de notre assemblée. L'adoption de cet amendement permettra que celui qui est

le plus informé et qui a pour mission de veiller à la satisfaction de cette mission de service public, ait la capacité de demander à l'État d'agir.

Cette mesure paraît plus cohérente et de bon sens.

**M. le président.** L'amendement n° 736 rectifié, présenté par MM. Cazeau et Le Menn, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, MM. Teulade, Collombat et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Dans les première et seconde phrases du troisième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6314-1 du code de la santé publique, après le mot :

accessible

insérer les mots :

en toute circonstance

La parole est à M. Yves Daudigny.

**M. Yves Daudigny.** Le principe constitutionnel d'égalité implique qu'aucune distinction ne soit établie entre les usagers quant à l'accès aux soins comme au service rendu lui-même.

Chacun doit être à même de se faire soigner sans se trouver en position d'infériorité en raison de sa condition sociale, de son handicap, de sa résidence ou de tout autre motif tenant à sa situation personnelle ou à ses revenus.

Les changements sociaux en cours depuis plus de vingt ans accentuent à la fois l'importance du principe et les difficultés de sa mise en œuvre. Cet amendement a pour objectif de réaffirmer le caractère obligatoire de la liberté reconnue à tout citoyen de satisfaire à son besoin vital de santé.

Or l'accessibilité à la régulation téléphonique des activités de permanence des soins et d'aide médicale urgente prévue à l'article L. 6314-1 du code de la santé publique n'implique pas automatiquement la continuité de la permanence des soins. Que se passera-t-il, madame la ministre, si un problème technique interrompt la communication téléphonique entre la personne qui appelle et le permanencier ? Seule la précision « en toute circonstance » permettra d'éviter des procès nuisibles à l'État.

La notion de continuité est inhérente à l'essence même du service public. Elle exige la permanence des services essentiels pour la vie sociale, comme les services de sécurité – police, pompiers –, les services de santé – hôpitaux –, les services de communication, certains services techniques – électricité, gaz, eau –, etc. Il faut exiger qu'il en soit de même pour la santé : tout service téléphonique devra fonctionner en toute circonstance, sans interruptions autres que celles qui sont prévues par la réglementation en vigueur, et en fonction des besoins et des attentes des usagers. Cela suppose aussi, dans son acception actuelle, une permanence des soins renouvelée et polyvalente dans les zones rurales et dans les quartiers urbains en difficulté.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission émet un avis défavorable sur l'amendement n° 483, la modification proposée ne paraissant pas raisonnable. Il faut que le préfet puisse prendre en compte les circonstances locales avant de procéder aux réquisitions qui lui paraissent nécessaires.

La commission émet également un avis défavorable sur l'amendement n° 736 rectifié, qui tend à préciser que la régulation des appels est accessible « en toute circonstance ». Il s'agit là d'une formulation trop générale, qui risque d'être inapplicable et, surtout, source de contentieux.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je ne suis pas d'accord pour transférer de fait le pouvoir de police du préfet au directeur général de l'agence régionale de santé. Il faut que le préfet, dans l'exercice de son pouvoir de police, garde une marge d'appréciation.

Si j'accédais à votre demande, monsieur Autain, la création du « superpréfet sanitaire » trouverait là sa concrétisation ! Or c'est ce que vous ne cessez de me reprocher. Soyez un peu cohérent ! (*Sourires ironiques sur les travées de l'UMP.*) Il faut laisser dans son intégralité le pouvoir de police au préfet. C'est la raison pour laquelle le Gouvernement émet un avis défavorable sur l'amendement n° 483.

Monsieur Daudigny, l'amendement n° 736 rectifié est satisfait, puisque le code de la santé publique prévoit déjà, à l'article R. 6311-2, que les services d'aide médicale urgente « assurent une écoute médicale permanente ». Certes, il s'agit d'une disposition réglementaire, mais elle a la même valeur juridique.

**M. le président.** Monsieur Autain, l'amendement n° 483 est-il maintenu ?

**M. François Autain.** Non, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 483 est retiré.

Monsieur Daudigny, l'amendement n° 736 rectifié est-il maintenu ?

**M. Yves Daudigny.** Je suis convaincu par les propos de Mme la ministre.

**Mme Isabelle Debré.** Tout arrive !

**M. Yves Daudigny.** Oui, tout est possible ! Par conséquent, je retire cet amendement, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 736 rectifié est retiré.

Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux ; nous les reprendrons à quinze heures.

La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à douze heures cinquante-cinq, est reprise à quinze heures.*)

**M. le président.** La séance est reprise.

3

### DÉCÈS D'UN ANCIEN SÉNATEUR

**M. le président.** Mes chers collègues, j'ai le regret de vous faire part du décès de notre ancien collègue Paul Masson, qui fut sénateur du Loiret de 1983 à 2001.

4

### DÉPÔT D'UN RAPPORT DU GOUVERNEMENT

**M. le président.** Monsieur le Premier ministre a transmis au Sénat, en application de l'article 2 de la loi n° 2008-1249 du 1<sup>er</sup> décembre 2008, le rapport sur le bilan des expérimentations du revenu de solidarité active conduites par les départements habilités.

Acte est donné du dépôt de ce rapport.

Il sera transmis à la commission des affaires sociales et sera disponible au bureau de la distribution.

5

### RÉFORME DE L'HÔPITAL

SUITE DE LA DISCUSSION D'UN PROJET DE LOI DÉCLARÉ D'URGENCE

(*Texte de la commission*)

**M. le président.** Nous reprenons la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.

#### Article 16 (*suite*)

**M. le président.** Dans la discussion des articles, nous poursuivons l'examen de l'article 16.

L'amendement n° 217 rectifié, présenté par Mme Dini, M. Vanlerenberghe, Mme Payet, M. J. Boyer et les membres du groupe Union centriste, est ainsi libellé :

Compléter le texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6314-1 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« Les centres de régulation téléphonique des activités de permanence des soins et d'aide médicale urgente, équipés de moyens interopérables avec les services publics dédiés aux activités de secours d'urgence, sont interconnectés entre eux et avec les services publics dédiés aux activités de secours d'urgence. »

La parole est à Mme Muguette Dini.

**Mme Muguette Dini.** Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, cet amendement a pour objet de garantir l'interconnexion des services dédiés à la prise en charge des patients, c'est-à-dire le 15 et le 18.

Aujourd'hui, cette interconnexion n'est pas effective sur l'ensemble du territoire national, si bien que le patient ne peut pas être assuré de la prise en charge la plus efficace et la plus efficiente partout en France.

En son état actuel, le projet de loi n'assure l'interconnexion que du 15 et des associations participant à la permanence des soins. Cette interconnexion, pour être indispensable, n'en est pas pour autant suffisante.

Afin de placer véritablement le patient au centre du dispositif d'aide médicale d'urgence, il faut aussi assurer l'interconnexion entre eux et avec les services dédiés au secours d'urgence des centres de régulation téléphonique de permanence des soins et d'aide médicale urgente.

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

**M. Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales.** L'interconnexion des centres 15 et 18 est effectivement nécessaire sur l'ensemble du territoire ; malheureusement, elle n'existe pas encore. La commission, lors de ses travaux, avait émis un avis favorable sur cet amendement, mais il semble que Mme la ministre ait des informations à nous donner laissant penser que cet amendement est satisfait.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.** Madame la sénatrice, le paragraphe X de l'article 1<sup>er</sup> du projet de loi dispose : « Dans le respect du secret médical, les centres de réception et de régulation des appels sont interconnectés avec les dispositifs des services de police et d'incendie et de secours. » Les services de l'aide médicale d'urgence sont évidemment interopérables avec les autres services publics dédiés aux secours d'urgence.

**M. le président.** La parole est à Mme Muguette Dini.

**Mme Muguette Dini.** En réalité, la question est de savoir si cette interopérabilité existe aussi entre départements et pas seulement à l'intérieur d'un département ou d'une région puisqu'une personne habitant aux confins d'une région peut être très proche du département voisin.

**M. le président.** La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Pour l'instant, tel n'est pas le cas, madame la sénatrice. Mais il s'agit plus d'une question de moyens techniques que d'un problème d'ordre législatif. L'interopérabilité sur l'ensemble du territoire est un objectif que le Gouvernement s'est fixé. Croyez en ma volonté de la faire progresser.

**Mme Muguette Dini.** Dans ces conditions, je retire cet amendement, monsieur le président, et je remercie Mme la ministre de la précision qu'elle vient de m'apporter.

**M. le président.** L'amendement n° 217 rectifié est retiré.

L'amendement n° 218, présenté par M. Arthuis, Mme Dini, M. Vanlerenberghe, Mme Payet, M. J. Boyer et les membres du groupe Union centriste, est ainsi libellé :

Compléter le texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6314-1 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour l'accomplissement de la mission de service public de permanence des soins, des modalités particulières de prescription sont fixées par voie réglementaire. »

La parole est à Mme Muguette Dini.

**Mme Muguette Dini.** Cet amendement vise à permettre au médecin régulateur d'un centre 15 et au médecin régulateur libéral de la permanence des soins d'effectuer des prescriptions par fax, courriel ou téléphone.

En effet, les règles actuelles de prescription ne sont pas adaptées aux impératifs de la permanence des soins, telle qu'elle est organisée aujourd'hui. Cette dernière est assurée par des médecins « effectueurs », qui sont coordonnés par des médecins régulateurs.

Or, les règles de prescription et de distribution des médicaments sont toutes antérieures à la création du médecin régulateur.

Dans les faits, il est fréquent que ce médecin ait à conseiller au patient de prendre tel ou tel médicament qu'il a déjà chez lui. Pour être habituelle, cette pratique n'en est pas moins illégale. Elle expose le médecin régulateur à des poursuites.

Nous proposons donc de remédier à cette situation en permettant, dans ce cas bien précis, la prescription de médicaments par fax, courriel ou téléphone adressée au patient et/ou au pharmacien.

Bien sûr, ces prescriptions devront être effectuées dans un cadre préservant la sécurité de l'acte médical, qu'il appartiendra au pouvoir réglementaire de préciser.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Cet amendement a en fait pour objet de simplifier l'accès aux soins. Un rapport récent de la Haute Autorité de santé préconise également cette simplification.

Aussi, la commission s'en remet à la sagesse de notre assemblée, dans l'attente d'éléments complémentaires que va nous donner Mme la ministre.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Comme l'a indiqué excellemment M. le rapporteur, la Haute Autorité de santé vient d'émettre un certain nombre de recommandations pour les prescriptions faites par téléphone dans le cadre de la régulation. Ces recommandations vont permettre de garantir l'homogénéité de cette pratique et la qualité de la réponse apportée aux patients sur le territoire, d'améliorer le délai d'accès aux médicaments en cas d'urgence et de sécuriser les professionnels impliqués, qui risqueraient de se trouver dans l'illégalité.

Le Gouvernement émet donc un avis très favorable.

**M. Gérard Cornu.** Très bien !

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Avis favorable, monsieur le président.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 218.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de cinq amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 565, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du Parti de gauche, est ainsi libellé :

Supprimer le I *ter* de cet article.

La parole est à Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** Par cohérence, cet amendement vise à supprimer le I *ter* de l'article 16 qui, en fait, comporte un ensemble de mesures permettant aux professionnels de santé, au-delà des ordres professionnels, de continuer à se dégager de la permanence des soins.

En effet, en lieu et place d'une sanction en cas de non-satisfaction de cette permanence, le présent projet de loi prévoit un schéma d'organisation de la permanence des soins, c'est-à-dire qu'il permet aux professionnels de contourner cette mission de service public, alors que les

besoins de la population imposeraient, au contraire, de garantir l'effectivité de cette mission. Nous sommes opposés à cette logique de contournement.

Je souhaite maintenant formuler une remarque, que j'aurai pu émettre ce matin. Madame la ministre, vous avez alors ironisé sur le vieux médecin dévoué corps et âme, qui travaillait nuit et jour. Vous avez fait remarquer que tout changeait, tous nos concitoyens voulant vivre mieux.

Mais votre vision du changement est à géométrie variable. Le Gouvernement préconise le travail le dimanche, pendant les arrêts maladie ou les congés de maternité. Certes, vous allez me rétorquer que ce travail s'effectuera sur la base du volontariat. Cependant, force est de constater que le volontariat des salariés est contraint et dépend du salaire et du risque de chômage. Bien évidemment, une telle réponse ne nous satisfera pas.

Il faut aussi garder en mémoire que dans notre système de santé – au demeurant jusqu'à présent assez bon –, la socialisation du financement a pour contrepartie des obligations de service public. Vous allez me dire que le financement socialisé de la santé sera de moins en moins important, puisque les assurés assumeront une part de plus en plus grande, et que l'obligation de service public sera laissée de côté.

Vous comprendrez aisément la logique de notre amendement.

**M. le président.** Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 566 est présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du Parti de gauche.

L'amendement n° 737 rectifié est présenté par MM. Cazeau et Le Menn, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagache, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, MM. Teulade, Collombat et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Dans la première phrase du texte proposé par le I *ter* de cet article pour l'article L. 6314-1-1 du code de la santé publique, remplacer le mot :

trois

par le mot :

un

La parole est à Mme Nicole Borvo Cohen-Seat, pour présenter l'amendement n° 566.

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** Il s'agit d'un amendement de repli. Instaurer un mécanisme de contournement ne suffit manifestement pas puisque de surcroît est prévu un délai de trois ans avant la mise en place d'un schéma d'organisation de la permanence des soins. Pendant ce laps de temps, on laissera se détériorer la permanence des soins.

Madame la ministre, si vous considérez que la mise en place d'un tel schéma est nécessaire pour répondre aux besoins nouveaux, eu égard à la difficulté d'assurer la permanence des soins – toute chose que nous connaissons –, il faut non pas attendre trois ans, mais agir avec diligence.

Comme je suppose que vous serez défavorable à l'amendement n° 565, sans doute aurez-vous à cœur d'émettre un avis favorable sur l'amendement n° 566.

**M. François Autain.** Sans aucun doute !

**M. le président.** La parole est à M. Bernard Cazeau, pour présenter l'amendement n° 737 rectifié.

**M. Bernard Cazeau.** Sans revenir sur le caractère facultatif de la participation individuelle des médecins à la mission de service public que constitue la permanence des soins, l'amendement n° 737 rectifié tend à leur laisser un an pour tenter de l'organiser dans les conditions fixées par le projet de loi, c'est-à-dire sur proposition du directeur de l'ARS.

Compte tenu du caractère impératif de la permanence des soins sur l'ensemble du territoire, tant pour des raisons sanitaires qu'en application du principe d'égalité des citoyens, un délai d'un an semble suffisant. C'est pourquoi nous proposons de revenir à ce délai.

**M. le président.** L'amendement n° 567, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Dans la première phrase du texte proposé par le I *ter* de cet article pour l'article L. 6314-1-1 du code de la santé publique, supprimer les mots :

et aux établissements de santé des territoires concernés.

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Comme vous le savez, la permanence des soins concerne l'ensemble des médecins, mais le dispositif s'adresse essentiellement à l'organisation des soins de ville en coordination avec la médecine hospitalière.

La permanence des soins peut se définir comme une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant.

Toutefois, cette notion ne doit pas être confondue avec une notion proche, visée à l'article 47 du code de déontologie médicale, la continuité des soins. En effet, l'organisation de la permanence des soins et celle de la prise en charge des urgences sont complémentaires mais non identiques.

Or la rédaction proposée à l'article 16 est pour le moins ambiguë, puisqu'elle tend à faire croire que les établissements de santé publique participent à la permanence des soins de la même manière que les médecins libéraux. Cette assimilation rend le mécanisme peu clair.

Nous y voyons, pour notre part, la volonté de transférer aux établissements publics l'accomplissement de la mission de permanence des soins en plus de celle de la continuité des soins, afin de remédier à l'insuffisante participation des médecins libéraux à la permanence des soins, que nous dénonçons.

C'est pourquoi nous proposons, dans un souci de précision et de clarté quant aux missions de chacun, de supprimer la référence qui est faite aux établissements de santé, à moins que vos explications, madame la ministre, ne soient suffisamment convaincantes pour nous décider à retirer cet amendement.

**M. le président.** L'amendement n° 568, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Compléter le texte proposé par le I ter de cet article pour l'article L. 6314-1-1 du code de la santé publique par une phrase ainsi rédigée :

Le non respect par les médecins libéraux du schéma d'organisation de la permanence des soins est puni d'une peine d'amende de 7 500 euros.

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Cet amendement vise à compléter le dispositif prévu par le I ter de cet article. Nous entendons préciser que le non-respect par les professionnels de santé du schéma régional de la permanence de soins, qui – nous l'avons dit – est une mesure de contournement des obligations déontologiques et légales, est sanctionné par une amende de 7 500 euros.

En effet, nous considérons que, si aucune sanction n'est prise à l'encontre des praticiens qui refusent d'accomplir leur part dans la mission de service public de permanence des soins, cette dernière en restera au stade du principe dépourvu d'effets ou suivi d'effets seulement partiels.

Quant au montant de l'amende que nous proposons, il est similaire à celui qui est prévu en cas de non-respect des réquisitions préfectorales. Cette peine pécuniaire devrait principalement frapper les ordres professionnels, qui ont pour mission – nous avons eu l'occasion de le rappeler – de remédier aux insuffisances constatées sur les territoires relevant de leur compétence.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** L'amendement n° 565 a pour objet de supprimer une disposition adoptée par la commission sur l'initiative du groupe socialiste. Celle-ci prévoit la mise en place d'un schéma d'organisation de la permanence des soins de l'ARS en cas d'échec du volontariat et introduit donc un degré supplémentaire de contrainte, qui complète le nouvel article L. 1435-5 du code de la santé publique ajouté par l'article 26. Aussi, la commission émet un avis défavorable sur cet amendement.

Les amendements n°s 566 et 737 rectifié visent, pour leur part, à remplacer le délai de trois ans par un délai d'un an. Je pense que le Gouvernement exprimera un point de vue encore plus intransigeant que les sénateurs socialistes. Nous nous prononcerons une fois qu'il aura donné son avis sur ces deux amendements.

L'amendement n° 567 tendant à exclure les établissements de santé de la permanence des soins, la commission émet un avis défavorable

S'agissant de l'amendement n° 568 prévoyant d'appliquer la sanction prévue en cas de refus de déférer aux réquisitions du préfet, nous ne souhaitons pas aller au-delà de ce que prévoit le texte de la commission. Nous émettons donc un avis défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** J'émet un avis favorable sur l'amendement n° 565. En effet, l'ARS ne peut pas attendre trois ans pour prendre les mesures nécessaires à l'organisation d'une permanence des soins fiable et pérenne ; elle ne peut d'ailleurs pas davantage attendre un an, c'est pourquoi j'émet un avis défavorable sur les amendements n°s 566 et 737 rectifié.

L'ARS doit immédiatement prendre des mesures, car la permanence des soins est un sujet trop important pour l'accès de nos concitoyens aux soins. Or elle a précisé, entre autres missions, celle de prévoir une réponse adaptée aux demandes de la population dès le 1<sup>er</sup> janvier 2010, date d'entrée en vigueur du texte.

Je suis donc favorable à l'amendement n° 565, déposé par M. Autain, et défavorable aux amendements n°s 566 et 737 rectifié, que l'on pourrait qualifier de « plus acceptables » mais qui, accordant tout de même un délai d'un an, fixent une échéance trop lointaine, compte tenu des enjeux de la permanence des soins.

Je suis défavorable à l'amendement n° 567, qui vise à supprimer la collaboration des établissements de santé à la mission de service public de permanence des soins.

Les établissements de santé participent bien entendu à la permanence des soins en tant que de besoin, et le concours des structures hospitalières doit pouvoir être organisé dans certaines zones. C'est d'ailleurs ce qui se passe sur le terrain : les structures hospitalières participent de fait à la permanence des soins. Ne pas les inclure dans ce schéma visant à une organisation optimale ne me paraît pas pertinent. Je vous invite donc à retirer cet amendement, monsieur le sénateur.

S'agissant de l'amendement n° 568 tendant à relever l'amende prévue pour refus de déférer à une réquisition, l'objectif que je poursuis est évidemment de mettre en place un système fiable auquel adhèrent un maximum de professionnels concernés. Si la réquisition est parfois nécessaire, elle n'est tout de même pas si courante et n'a pas vocation à être un mode normal d'organisation. En outre, lorsqu'elle est mise en œuvre, elle se heurte très rarement, sinon jamais, à un refus ; le professionnel réquisitionné défère à la réquisition.

Si, par exception, cela n'est pas le cas, l'actuel montant – non négligeable – de 3 750 euros semble suffisamment dissuasif et son relèvement ne paraît pas nécessaire. Nous pourrions évidemment l'envisager en cas de refus massifs.

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur.

**M. Alain Milon, rapporteur.** L'alinéa introduit par la commission laissait un délai pour la mise en place de la permanence des soins, dans le cadre des missions de santé publique. Dans la mesure où Mme la ministre souhaite qu'il n'y ait pas de délai, cet alinéa ne sert plus à rien. Je me range donc à l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 565. Cependant, attention ! Le directeur de l'ARS aura-t-il le temps de mettre en place, pour ainsi dire du jour au lendemain, la permanence des soins ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Oui, il aura le temps !

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 565.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** En conséquence, les amendements n°s 566, 737 rectifié, 567 et 568 n'ont plus d'objet.

Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 484, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Supprimer le II de cet article.

La parole est à Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** Proposer une suppression est radical, mais il s'agit d'un amendement d'appel.

Nous ne sommes pas opposés à ce que la loi protège les médecins libéraux dans le cadre de leur mission d'intérêt général. Encore faut-il que ce soit dans les mêmes conditions que celles qui sont appliquées aux agents des établissements publics de santé dès lors qu'ils participent à cette mission de régulation.

Cependant, la rédaction actuelle de cet article tend à laisser penser que seuls les médecins libéraux sont capables d'assumer en ville l'activité de régulation des appels, alors que rien ne semble faire obstacle à ce que cette mission puisse être exercée par des médecins salariés, par exemple ceux qui interviennent dans les centres de santé. Nous ne savons d'ailleurs pas, madame la ministre, si les médecins intervenant dans les centres de santé, dont vous avez parlé, sont des médecins en vacation ou bien des salariés.

Il conviendrait de préciser que les médecins salariés peuvent participer à de telles missions. En outre, il serait légitime, au nom du principe d'égalité, de prévoir qu'eux aussi puissent bénéficier d'une telle protection.

**M. le président.** L'amendement n° 1232, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Dans la première phrase du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6314-2 du code de la santé publique, supprimer les mots :

participant à la permanence des soins ou

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** J'entends, par cet amendement, combler un vide juridique source de confusion, en matière de prise en charge de la couverture assurantielle des médecins libéraux par l'hôpital ; j'en ai d'ailleurs parlé dans mon propos introductif.

Cet amendement vise à exclure les médecins qui participent à la permanence des soins du champ de la responsabilité administrative des agents des établissements publics de santé.

En effet, l'activité de régulation téléphonique, pratique distincte des fonctions assumées par le médecin libéral, est génératrice de risques spécifiques, non couverts par l'assurance à laquelle tout médecin doit souscrire. C'est la raison pour laquelle le projet de loi prévoit de leur appliquer le régime de responsabilité des agents des établissements publics.

En revanche, lorsque les médecins libéraux participent à la permanence des soins par des visites ou des consultations, il s'agit de la même activité que celle qu'ils exercent habituellement.

**M. Jean Desessard.** Bien sûr !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Ils sont donc couverts à ce titre par leur contrat d'assurance responsabilité professionnelle, qu'ils ont l'obligation de souscrire.

En ce qui concerne le délai de carence de 90 jours avant la prise en charge par la sécurité sociale, il est de la responsabilité de chaque professionnel de prévoir sa couverture pour son exercice habituel. Cette couverture sera également valable pour son activité de permanence des soins. Ce serait un très mauvais signal de laisser croire aux médecins qu'un régime spécial de prévoyance public pour la permanence des soins les couvrirait dans l'exercice de leur activité quotidienne.

En outre, faire assumer par l'hôpital public la couverture assurantielle des 30 000 médecins libéraux volontaires chaque année pour participer à la permanence des soins reviendrait à faire peser sur lui une charge financière disproportionnée.

Telles sont les raisons pour lesquelles je vous demande d'adopter cet amendement, qui exclut les médecins participant à la permanence des soins du champ de la responsabilité administrative des agents des établissements publics de santé.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** S'agissant de l'amendement n° 484, déposé par le groupe CRC-SPG, le II de l'article 16 ne prévoit pas d'exclusivité des médecins libéraux, il prévoit les conditions de mise en cause de la responsabilité du médecin libéral qui assure la régulation. Rien ne s'oppose, dans le texte, à ce qu'un médecin salarié assure la régulation des appels. Par ailleurs, la remise en cause du régime de responsabilité n'est pas souhaitable. Aussi, la commission émet un avis défavorable.

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** Je retire cet amendement, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 484 est retiré.

Veillez poursuivre, monsieur le rapporteur.

**M. Alain Milon, rapporteur.** En ce qui concerne l'amendement n° 1232, la commission avait étendu le bénéfice de la protection prévue par cet article pour le médecin régulateur à l'ensemble des médecins participant à la permanence. Cependant, nous en avons discuté en commission, si le médecin régulateur doit profiter du régime de protection de l'établissement, le médecin qui participe, pour sa part, à la permanence des soins et non pas à la régulation est couvert par sa propre assurance.

Aussi, la commission émet un avis favorable.

**M. le président.** La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote.

**M. Alain Vasselle.** J'ai bien noté l'avis favorable de M. le rapporteur.

Toutefois, quel effet aura cette disposition sur les contrats qui lient le médecin libéral à sa compagnie d'assurance ? Certes, le praticien continuera d'exercer la permanence des soins, mais désormais dans le cadre d'un contrat, pour l'hôpital public ou à la demande de ce dernier... Compte tenu de ces nouvelles conditions d'exercice de sa profession, sa police d'assurance pourra-t-elle jouer ?

J'alerte Mme la ministre et M. le rapporteur sur ce point, sur lequel nous aurons peut-être l'occasion de revenir. Il ne faudrait pas que le médecin ait à subir des contraintes, des exclusions ou des clauses nouvelles, à cause desquelles il ne serait pas aussi bien couvert par son assurance que lorsqu'il exerçait en libéral.

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur.

**M. Alain Milon, rapporteur.** Pour vous répondre, monsieur Vasselle, je m'appuierai sur mon expérience personnelle de médecin qui a réalisé des gardes : dès qu'un praticien souscrit à

une assurance, il est couvert pour l'ensemble de son activité médicale, y compris dans le cadre des gardes ou des permanences des soins.

**M. le président.** La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je confirme les propos de M. le rapporteur. D'ailleurs, il n'existe pas de lien contractuel ou de subordination entre l'hôpital et le médecin libéral qui vient y exercer dans le cadre de la permanence des soins.

Le risque que vous évoquez, monsieur Vasselle, n'est donc pas avéré.

**M. Alain Vasselle.** Très bien.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1232.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** Je constate que cet amendement a été adopté à l'unanimité des présents.

L'amendement n° 485, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

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

... - Dans le premier alinéa de l'article L. 4163-7 du code de la santé publique, le montant : « 3 750 euros » est remplacé par le montant : « 7 500 euros ».

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Il s'agit de revenir au dispositif pénal qui était prévu dans le texte du Gouvernement, car il nous semble bien meilleur que celui qui a finalement été adopté par la commission.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Dès lors que cet amendement vise à rétablir dans le projet de loi un alinéa dont la commission avait maintenu la suppression, je ne puis qu'émettre un avis défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le Sénat s'est prononcé il y a quelques instants contre un amendement très proche de celui-ci, me semble-t-il.

En expliquant mon avis, j'avais alors indiqué que très peu de médecins – pour ne pas dire aucun – refusaient de se rendre à une réquisition, que l'efficacité de l'amende de 3 750 euros avait été prouvée et qu'il convenait donc de ne pas augmenter ce montant.

À travers le présent amendement, il s'agit en fait de cogner encore sur les médecins !

**M. François Autain.** Pas du tout !

**M. le président.** La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

**M. François Autain.** Je ne souhaite pas rendre cette amende plus pénalisante. Simplement, je n'ai pas compris pourquoi le montant prévu initialement avait été diminué par la commission.

Pour ma part, je fais plutôt confiance au Gouvernement et à ses propositions (*Sourires*),...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Merci de cette déclaration ! (*Nouveaux sourires*.)

**M. François Autain.** ... mais je m'aperçois que vous avez changé d'avis, madame la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Pas du tout !

**M. François Autain.** Cela dit, je retire cet amendement, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 485 est retiré.

L'amendement n° 487, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Rétablir le III et le IV de cet article dans la rédaction suivante :

III. - Le 2° de l'article L. 4163-7 du même code est abrogé.

IV. - Le chapitre III du titre VI du livre I<sup>er</sup> de la quatrième partie du même code est complété par un article ainsi rédigé :

« Art. L. - Est puni de 7 500 € d'amende le fait pour un médecin de ne pas déférer aux réquisitions de l'autorité publique. »

La parole est à Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** Cette disposition vise également les sanctions infligées aux médecins, mais nous allons bien sûr vous faire confiance sur ce point, madame la ministre (*Sourires sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste*), et je retire donc cet amendement.

**M. le président.** L'amendement n° 487 est retiré.

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

Les deux premiers sont identiques.

L'amendement n° 862 est présenté par MM. P. Blanc et Laménie.

L'amendement n° 873 est présenté par M. Houpert.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Supprimer le VII de cet article.

La parole est à M. Marc Laménie, pour présenter l'amendement n° 862.

**M. Marc Laménie.** Obliger les médecins à informer le conseil départemental de l'ordre à chacune de leurs absences, ce renseignement devenant opposable auprès du directeur de l'agence régionale de santé, revient à les contraindre à demander une autorisation d'absence à ce dernier, ce qui est contraire à l'exercice de la médecine libérale.

En outre, cette procédure constitue une atteinte évidente à la vie privée et elle touche particulièrement les médecins qui exercent une double activité, salariale et libérale, ou qui assument une responsabilité professionnelle ou syndicale au cours de la semaine.

L'article dont le texte est présenté au VII risque donc de nationaliser la médecine libérale tout en augmentant la contrainte horaire des praticiens libéraux. Il doit être supprimé. Tel est l'objet de cet amendement.

**M. le président.** L'amendement n° 873 n'est pas soutenu.

L'amendement n° 94 rectifié, présenté par MM. Gilles et Leclerc, Mme Goy-Chavent, Mlle Joissains et Mme Bruguère, est ainsi libellé :

Supprimer la deuxième phrase du premier alinéa du texte proposé par le VII de cet article pour l'article L. 6315-1 du code de la santé publique.

La parole est à M. Dominique Leclerc.

**M. Dominique Leclerc.** En l'occurrence, il s'agit des absences programmées des médecins, c'est-à-dire celles qui sont décidées à l'avance. En outre, il me semble logique de prévenir le conseil de l'Ordre dans un tel cas de figure, pour garantir la continuité des soins.

Je retire donc cet amendement, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 94 rectifié est retiré.

L'amendement n° 1231, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Compléter le texte proposé par le VII de cet article pour l'article L. 6315-1 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« Le directeur général de l'agence régionale de santé s'assure, en collaboration avec le conseil départemental de l'ordre, que les organisations prévues permettent de répondre aux besoins de la population. »

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Cet amendement vise à définir les modalités de la veille réalisée par l'agence régionale de santé sur les organisations prévues pour répondre aux besoins de la population en matière de continuité des soins.

Les ARS seront chargées de vérifier que la répartition territoriale de l'offre de soins satisfasse les besoins en santé de la population. Il est indispensable qu'elles puissent s'assurer que les patients seront pris en charge même lorsque leur médecin se trouve absent, notamment pendant les périodes de tension, telles que les fêtes de fin d'année ou les vacances d'été.

Cette disposition relative aux soins ambulatoires vise à obliger les professionnels à informer le conseil départemental de l'ordre des médecins de leurs absences programmées – j'insiste sur ce dernier mot – et nullement à leur interdire de s'absenter.

Mesdames, messieurs les sénateurs, prenons le cas d'un médecin qui aurait annoncé les horaires de ses consultations quotidiennes, par exemple en les inscrivant sur la plaque apposée à l'entrée de son cabinet. S'il décide, pour une raison ou pour une autre, de s'absenter au cours de ces plages horaires, ou s'il choisit de prendre une semaine de vacances, il devra, pour maintenir la continuité des soins, d'une part, indiquer à quel autre praticien ses patients doivent s'adresser – cela va sans dire – et, d'autre part, informer le conseil départemental de l'ordre des médecins de ses absences programmées.

D'ailleurs, cette mesure ne fait que reprendre une obligation déontologique qui existe déjà. Nous n'inventons rien !

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** Ce n'est pas extraordinaire !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je le répète, cette disposition n'a pas pour objet d'interdire à un médecin de s'absenter. Toutefois, comment le conseil de

l'ordre des médecins peut-il organiser la continuité des soins s'il ne sait pas quels praticiens sont présents ou absents ? Honnêtement, ce serait difficile...

Enfin, sous le bénéfice de ces explications, je demande le retrait de l'amendement n° 862.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Les dispositions de l'amendement n° 862 vont au-delà des souhaits de la commission, puisqu'elles visent à supprimer totalement la continuité de soins et l'obligation pour les médecins d'informer le conseil de l'Ordre de leurs absences programmées. La commission demande donc le retrait de cet amendement, faute de quoi elle émettrait un avis défavorable.

En ce qui concerne l'amendement n° 1231, Mme la ministre demande au Sénat de revenir sur une proposition présentée par le président de la commission et adoptée par cette dernière.

Elle souhaite que l'ARS assure une veille en matière de continuité de soins, en collaboration avec l'ordre des médecins. La commission, quant à elle, propose que les praticiens se chargent eux-mêmes, en liaison avec l'ordre des médecins, d'assurer le respect de ce principe.

Pour trancher entre ces deux propositions, je m'en remets à la sagesse de notre assemblée.

**M. le président.** Monsieur Laménie, l'amendement n° 862 est-il maintenu ?

**M. Marc Laménie.** Compte tenu des explications de Mme la ministre et de M. le rapporteur, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 862 est retiré.

La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

**M. Jean Desessard.** Je demanderai à Mme la ministre de bien vouloir retirer son amendement, parce qu'il est satisfait ! (*Sourires sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

En effet, à la page 116 du texte de la commission, l'article 26, sous l'intitulé « Missions et compétences des agences régionales de santé et de l'autonomie », précise que :

« Les agences régionales de santé et de l'autonomie sont chargées [...]

« À ce titre :

« a) Elles organisent la veille sanitaire, l'observation de la santé dans la région, le recueil et le traitement des signalements d'événements sanitaires ; [...]

« 2° De réguler, d'orienter et d'organiser l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé. »

Mes chers collègues, on oppose parfois à certains de mes amendements qu'ils sont satisfaits, pour des raisons que j'ai bien du mal à distinguer, d'ailleurs, mais ici, mis à part quelques précisions et menus détails d'ordre réglementaire, je ne vois vraiment pas ce que l'amendement n° 1231 apporte de plus à la définition des ARS !

**M. le président.** La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Non, monsieur Desessard, l'amendement n° 1231 n'est pas satisfait !

En effet, il ne suffit pas de constater une carence ; il faut aussi y remédier. Le conseil de l'ordre des médecins pose un diagnostic, certes, mais il ne dispose pas du « bras armé » nécessaire pour renforcer les lignes de régulation et de garde ou saisir un établissement hospitalier. Il reste les bras ballants. À la limite, il peut se contenter de regarder passer les trains, si j'ose dire.

Les ARS, elles, pourront à la fois souligner ces carences et y remédier, en demandant au préfet de département d'user de son pouvoir de réquisition. Il leur revient donc bien d'organiser cette veille.

**M. le président.** La parole est à M. Gilbert Barbier, pour explication de vote.

**M. Gilbert Barbier.** Cette disposition pose tout de même un problème.

Jusqu'à présent, c'est le conseil de l'Ordre qui était chargé de recenser les absences et d'organiser les permanences. On peut imaginer qu'il passe un accord avec l'ARS pour suivre le tableau des remplacements. Toutefois, se contentera-t-il de communiquer les absences à l'ARS, ou celle-ci lui donnera-t-elle des instructions pour, éventuellement, assurer des remplacements ou prévoir une autre forme de continuité des soins ?

La rédaction de cet amendement est ambiguë.

**M. le président.** La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Non, l'ARS ne donnera pas d'instructions au conseil de l'Ordre. Si des carences apparaissent, elle les constatera et saisira le préfet. Celui-ci exercera alors son pouvoir de réquisition, qui, naturellement, n'appartient pas au conseil de l'Ordre ; comme j'ai eu l'occasion de le souligner ce matin en présentant un amendement, il s'agit d'une prérogative régaliennne, que le préfet exerce *intuitu personae*, dans le cadre de ses missions, et pour laquelle il dispose d'une certaine liberté d'appréciation.

Cependant, l'ARS est également l'organisatrice de l'appareil des soins. Elle peut ainsi décider de renforcer telle ou telle structure, en particulier une structure hospitalière. Là encore, le conseil de l'Ordre n'a aucun moyen pour renforcer une ligne de régulation ou une ligne de garde. L'administration sanitaire a seule la possibilité de renforcer les moyens.

Chacun est dans son rôle, aucun ne donne des instructions à l'autre : le conseil de l'Ordre est dans son rôle, l'agence régionale de santé est dans le sien. Encore faut-il qu'elle puisse exercer cette fonction de veille sur la permanence des soins.

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur.

**M. Alain Milon, rapporteur.** Le sujet étant important, je tiens à intervenir à nouveau.

M. Jean Desessard m'a mis la puce à l'oreille, mais il n'a pas lu le bon alinéa, puisqu'il a cité le a) du 1°. Or au 2° de la page 116 du projet de loi, il est clairement indiqué que les ARS sont chargées « de réguler, d'orienter et d'organiser l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé ».

Cet amendement est donc satisfait et j'estime qu'il est inutile d'en « remettre une couche », si je puis me permettre cette expression.

**M. le président.** La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote.

**M. Alain Vasselle.** Je souhaitais, après les explications données par Mme la ministre, connaître le sentiment de M. le rapporteur, car je suis persuadé que la commission n'avait pas modifié la rédaction du texte pour le plaisir d'être en désaccord avec le Gouvernement.

**M. François Autain.** Absolument !

**M. Alain Vasselle.** Je désirais donc connaître la bonne raison qui l'avait poussée à le faire avant de me prononcer sur l'amendement. Les arguments avancés par M. le rapporteur m'ayant convaincu, je me rangerai à son avis.

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

**M. Jean-Pierre Fourcade.** Je comprends très bien que l'Ordre, lorsqu'il a veillé au respect des obligations, n'a pas les moyens de s'assurer que tout marche. Il existe une différence de vocabulaire et de terminologie entre le deuxième et le troisième alinéa de l'article.

Je suggère la rédaction suivante : « Le conseil départemental de l'ordre veille au respect de l'obligation de continuité des médecins et en informe le directeur général de l'agence régionale de santé ». Si le directeur général est informé par le conseil de l'Ordre, il peut procéder à toute modification qu'il juge utile. Cette rédaction permettrait de jeter un pont entre la position de la commission et celle que vous proposez, madame la ministre.

**M. Gilbert Barbier.** Bonne synthèse !

**Mme Isabelle Debré, vice-présidente de la commission des affaires sociales.** Cela me paraît très bien !

**M. Jean Desessard.** Vous êtes un constructeur, monsieur Fourcade !

**M. le président.** La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** En qualité de ministre de la santé, je dois régler les problèmes qui surviennent dans les moments de tension. Je ne suis pas là pour faire de la poésie. J'ai besoin d'outils très pratiques au service de mes concitoyens qui souffrent des failles de la permanence des soins.

Rappelez-vous, récemment, ce jour de Noël proche d'un dimanche : nous avons eu des failles béantes dans la permanence des soins. Si l'administration sanitaire avait été informée de ces absences de personnels, parfois décidées au dernier moment, elle aurait pu éviter de telles béances, lesquelles ont eu pour effet immédiat l'engorgement des urgences, et des conséquences en chaîne qui entraînent parfois des catastrophes.

Ma première mission est de veiller à ce que la continuité des soins soit assurée pour mes concitoyens. Les outils dont je dispose sont suffisants, sauf à certains moments.

La proposition de M. Fourcade me semble tout à fait intelligente.

**Mme Isabelle Debré, vice-présidente de la commission des affaires sociales.** Ses propositions le sont souvent, sinon toujours !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je fais confiance à M. le rapporteur pour faire en sorte qu'elle soit intégrée dans le texte.

**M. Jean-Pierre Fourcade.** Très bien !

**M. Alain Milon, rapporteur.** Je dépose, au nom de la commission, un amendement reprenant cette proposition.

**M. le président.** Il s'agit de l'amendement n° 1363, présenté par M. Milon, au nom de la commission, et ainsi libellé :

Compléter le second alinéa du texte proposé par le VII de cet article pour l'article L. 6315-1 du code de la santé publique par les mots :

et en informe le directeur général de l'agence régionale de santé

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Cette rédaction me convient !

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1363.

*(L'amendement est adopté à l'unanimité.)*

**Mme Isabelle Debré, vice-présidente de la commission des affaires sociales.** C'est la grande sagesse de M. Fourcade !

**M. le président.** On sent bien là l'ancien président de la commission des affaires sociales !

L'amendement n° 1231 n'a plus d'objet.

L'amendement n° 48 rectifié, présenté par MM. Laménie et Huré, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - Après l'article L. 5125-22 du code de la santé publique, sont insérés deux articles ainsi rédigés :

« Art. L. ... - Dans le cadre du service de garde et d'urgence mentionné à l'article L. 5125-22, les pharmaciens d'officine peuvent, sur demande des médecins participant à la régulation mentionnée à l'article L. 6314-1, mettre en œuvre, dans des conditions déterminées par la Haute Autorité de santé, des protocoles leur permettant de délivrer sans ordonnance, aux patients, les médicaments nécessaires à leur prise en charge, y compris les médicaments inscrits sur les listes mentionnées à l'article L. 5132-6.

« Art. L. ... - Les modalités d'application de l'article L. 5125-22-1 sont fixées par décret en Conseil d'État. »

La parole est à M. Marc Laménie.

**M. Marc Laménie.** Le dispositif dont la création est proposée permet au pharmacien d'officine, dans des conditions strictement encadrées, de mettre en œuvre, sur indication du médecin régulateur et à l'occasion d'épisodes épidémiques, des protocoles établis par la Haute Autorité de santé.

Cet amendement répondrait au souhait d'éviter que le fonctionnement des services des urgences ne se trouve perturbé par l'affluence de patients atteints de pathologies mineures qui ne justifient pas une prise en charge en milieu hospitalier. À cette fin, il autoriserait, de façon exceptionnelle, la prescription, hors ordonnance, de médicaments listés, ainsi que leur délivrance.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Monsieur Laménie, l'amendement de Mme Dini, qui a été adopté tout à l'heure, satisfait en partie celui que vous venez de défendre.

Par ailleurs, hier, nous avons refusé la primo-prescription de la pilule. Je ne vois donc pas pourquoi nous accepterions aujourd'hui que des médicaments soient délivrés sans ordonnance.

Aussi, la commission demande le retrait de cet amendement, faute de quoi elle émettra un avis défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Dès lors que l'amendement défendu par Mme Dini a ouvert la possibilité de prescription par les moyens modernes de télécommunication, votre souci légitime est satisfait, monsieur Laménie, et votre amendement n'a plus d'objet. Aussi, vous pourriez le retirer.

**M. le président.** Monsieur Laménie, l'amendement n° 48 rectifié est-il maintenu ?

**M. Marc Laménie.** Étant convaincu par l'argumentation de Mme la ministre et de M. le rapporteur, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 48 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'article 16, modifié.

*(L'article 16 est adopté.)*

### Article 16 bis

#### (Texte modifié par la commission)

I. - Après l'article L. 161-36-3-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 161-36-3-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 161-36-3-2. - Avant la date prévue au dernier alinéa de l'article L. 161-36-1 et avant le 31 décembre 2010, un dossier médical implanté sur un dispositif portable d'hébergement de données informatiques est remis, à titre expérimental, à un échantillon de bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une des affections mentionnées aux 3° ou 4° de l'article L. 322-3.

« Le groupement d'intérêt public prévu à l'article L. 161-36-4-3 fixe la liste des régions dans lesquelles est menée cette expérimentation. Avant le 15 septembre de chaque année, il remet au Parlement un rapport qui en présente le bilan.

« Le deuxième alinéa de l'article L. 161-36-1 et l'article L. 161-36-3-1 ne sont pas applicables aux dossiers médicaux créés en application du présent article.

« Un décret fixe les modalités d'application du présent article, garantissant notamment la confidentialité des données contenues dans les dossiers médicaux personnels. »

II. - Après le mot : « applicables », la fin du dernier alinéa de l'article L. 161-36-1 du même code est ainsi rédigée : « dès que l'utilisation du dossier médical personnel est possible sur l'ensemble des territoires auxquels s'applique la présente section. »

**M. le président.** L'amendement n° 486, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du parti de gauche, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** L'article 16 bis, que nous entendons supprimer, est en réalité l'introduction, dans ce projet de loi, d'une disposition initialement proposée dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 et « retoquée » par le Conseil Constitutionnel dans sa décision DC n° 2008-571 en date du 11 décembre 2008 au motif « que ces dispositions n'ont pas d'effet ou ont un effet trop indirect sur les dépenses des régimes obligatoires de base

ou des organismes concourant à leur financement ; que, par suite, elles ne trouvent pas leur place dans une loi de financement de la sécurité sociale ».

Le Gouvernement a donc fait le choix – astucieux – de réintroduire cette disposition dans le présent projet de loi.

Pour autant, malgré le passage de cette dernière devant le Conseil constitutionnel, notre position n'a pas changé, et nous sommes toujours opposés à ce que l'on applique aux malades atteints d'une affection de longue durée une mesure dérogatoire, spécialement destinée à une seule catégorie de malades, même si le Gouvernement estime qu'ils sont trop coûteux en termes de remboursements.

Avec cet article, il propose de créer un dispositif portable d'hébergement de données informatiques, censé recueillir le dossier médical personnel d'une certaine catégorie de malades.

Sans doute s'agit-il là d'une manière de sauver le dossier médical personnalisé, dont on sait qu'il est aujourd'hui en grande difficulté...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Pas du tout !

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** Sans doute est-il perdu, d'où la proposition de créer cette nouvelle expérimentation, proposition de la CNIL. Cependant, vous en conviendrez, la CNIL, si elle a compétence pour connaître de la gestion des fichiers, n'est pas compétente sur le fond du sujet.

Madame la ministre, lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, nous avons dénoncé la stigmatisation qui consiste à expérimenter ce dossier médical personnalisé sur un dispositif portable – en somme, une clé USB – sur les patients souffrant d'une affection de longue durée. Vous nous aviez répondu de manière un peu lapidaire en ces termes : « En ce qui concerne l'amendement n° 147, l'orateur s'est un peu égaré, me semble-t-il : il s'agit de l'expérimentation de l'enregistrement sur une clé USB, expérimentation qui est intéressante. Si ce système fonctionne, nous continuerons ; sinon, nous arrêterons ».

Mais ce que nous dénonçons et continuons de dénoncer, ce n'est pas tant la nature de ce dossier que le choix des personnes qui expérimenteront ce nouveau dispositif.

En effet, cette expérimentation est à étudier dans le contexte actuel : depuis près de deux ans, vous ne cessez de stigmatiser les patients souffrant d'une affection de longue durée. (*Mme la ministre fait un signe de dénégation.*) Je vous renvoie aux discussions passées mais récentes sur le déremboursement de certaines de ces pathologies.

C'est pourquoi nous maintenons notre amendement.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Supprimer purement et simplement cet article irait à l'encontre de l'avis de la commission, qui a approuvé le principe de l'expérimentation de l'hébergement sur une clé USB du dossier médical personnel des patients souffrant d'une affection de longue durée.

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** C'est sûr !

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission est donc défavorable à cet amendement.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Si vous m'y autorisez, monsieur le président, je présenterai en même temps l'amendement n° 1252, qui constitue un élément de réponse à l'amendement n° 486.

**M. le président.** J'appelle donc en discussion l'amendement n° 1252, présenté par le Gouvernement, et ainsi libellé :

Avant le I de cet article, ajouter deux paragraphes ainsi rédigés :

... - L'article L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« L'accès au dossier médical personnel des professionnels mentionnés au premier alinéa est subordonné à l'autorisation que donne le patient d'accéder à son dossier. »

2° Le dernier alinéa est supprimé.

... - 1. Le chapitre premier du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la première partie du code de la santé publique est complété par une section 3 intitulée : « Dossier médical personnel et dossier pharmaceutique ».

2. Les articles L. 161-36-1, L. 161-36-2, L. 161-36-2-1, L. 161-36-2-2, L. 161-36-3, L. 161-36-3-1, L. 161-36-4, L. 161-36-4-1, L. 161-36-4-2 et L. 161-36-4-3 du code de la sécurité sociale deviennent respectivement les articles L. 1111-14, L. 1111-15, L. 1111-16, L. 1111-17, L. 1111-18, L. 1111-19, L. 1111-20, L. 1111-21, L. 1111-22 et L. 1111-23 du code de la santé publique, insérés dans la section 3 créée au 1.

3. En conséquence, les articles L. 161-36-1, L. 161-36-2, L. 161-36-2-1, L. 161-36-2-2, L. 161-36-3, L. 161-36-3-1, L. 161-36-4, L. 161-36-4-1, L. 161-36-4-2 et L. 161-36-4-3 du code de la sécurité sociale sont abrogés.

Veuillez poursuivre, madame la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** La proposition d'expérimenter l'hébergement sur une clé USB du dossier médical personnel de patients souffrant d'une affection de longue durée m'a été présentée par M. Jean-Pierre Door, qui est un spécialiste du dossier médical personnel.

Faire cette expérimentation m'a semblé intéressant. Je n'ai pas trouvé cette démarche discriminatoire.

Je tiens à le répéter : la solution que je privilégie, pour garantir la coordination et la qualité des soins, reste le dossier médical personnel, qui concerne tous les patients, quels qu'ils soient.

Ce dispositif d'hébergement sur une clé USB du dossier médical personnel de patients souffrant d'une affection de longue durée est strictement expérimental. Si l'expérience n'est pas concluante, il sera arrêté. Dans le cas contraire, il pourrait être élargi aux autres catégories de patients.

En tout cas, je souhaite sanctuariser la prise en charge des patients atteints d'une affection de longue durée.

Aucune pathologie n'a été sortie de la liste des affections de longue durée. Madame Borvo Cohen-Seat, vous me faites un procès d'intention qui n'est étayé par aucune des mesures que j'ai prises. Je réfute absolument votre attaque. Chacun a le droit d'être jugé sur ses actes, et, je le répète, je n'ai sorti aucune pathologie de la classification des affections de longue durée.

Lors d'un colloque, et j'en viens à la présentation de l'amendement n° 1252, j'ai précisé les grandes lignes du projet gouvernemental concernant le dossier médical personnel, qui est au cœur de la modernisation de notre système de santé.

Le DMP est d'abord un dossier médical, qui réunira l'ensemble des données de santé du patient et facilitera l'accès à ces données.

Le DMP sera consultable sans délai, sans démarche, sans effort, et l'accès aux données médicales, qui est un droit, deviendra une réalité. Car énoncer un droit ne suffit pas, ce dont témoignent les difficultés rencontrées pour se faire transmettre un dossier.

Le DMP offrira également un bouquet de services, par exemple, pour le suivi des rappels de vaccins, de prescriptions ou de protocoles de soins. Grâce au DMP, les patients pourront être directement informés et disposer de comptes rendus utiles.

Les professionnels de santé pourront suivre facilement les parcours de santé de leurs patients, quels qu'ils soient, et le DMP leur permettra de sécuriser les démarches diagnostiques ou thérapeutiques, ainsi que d'échanger des informations pour une meilleure qualité des soins.

Il s'agit véritablement d'un grand projet de santé publique. Vous savez que le DMP redémarre dans des conditions extrêmement satisfaisantes, à la suite d'une reprise en main complète du dossier par une équipe de diagnostic et de projet, qui a été particulièrement performante.

Dans la suite logique de ce que je viens d'indiquer, il importe de traduire dans la loi cette nouvelle orientation.

C'est pourquoi l'amendement n° 1252 vise à supprimer la disposition introduite par la loi du 13 août 2004 prévoyant un moindre remboursement pour les patients qui refuseraient l'accès à leur dossier. C'est une question de liberté ! Je ne souhaite pas sanctionner d'une amende ou d'un moindre remboursement les patients n'autorisant pas l'accès à leur dossier.

Par ailleurs, il est important que les dispositions relatives au DMP, mais également celles qui concernent le dossier pharmaceutique, qui s'inspire des mêmes préoccupations, ne figurent plus dans le code de la sécurité sociale : elles doivent être transférées dans le code de la santé publique. Par définition, le DMP est non pas un outil financier, comme certains l'ont dit, mais bien un outil de santé publique et d'amélioration de la qualité des soins. Il a donc toute sa place dans le code de la santé publique.

Compte tenu des explications que j'ai fournies en présentant cet amendement, j'émet un avis défavorable sur l'amendement n° 486.

**M. le président.** Le sous-amendement n° 1362, présenté par M. Milon, au nom de la commission, est ainsi libellé :

I.- Dans le 2 du 2° de l'amendement n° 1252, après la référence :

L. 161-36-3-1

insérer la référence :

L. 161-36-3-2

et remplacer :

et L. 1111-23

par :

, L. 1111-23 et L. 1111-24

II.- Dans le 3 du 2° du même amendement, après la référence :

L. 161-36-3-1

insérer la référence :

L. 161-36-3-2

La parole est à M. le rapporteur, pour défendre ce sous-amendement et pour donner l'avis de la commission sur l'amendement n° 1252.

**M. Alain Milon, rapporteur.** Il s'agit d'un sous-amendement de cohérence.

Par ailleurs, la commission est favorable à l'amendement du Gouvernement, sous réserve de l'acceptation de ce sous-amendement.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je suis favorable à ce sous-amendement de cohérence, qui est le bienvenu.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 486.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix le sous-amendement n° 1362.

*(Le sous-amendement est adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote sur l'amendement n° 1252.

**M. Alain Vasselle.** Je souhaite tout d'abord féliciter Mme le ministre de l'investissement qui est le sien pour essayer de sortir le DMP de l'ornière dans laquelle il se trouve depuis que le Parlement, en accord avec le Gouvernement, a décidé de sa création.

Bien entendu, je suis favorable à l'expérimentation. Il s'agit d'une voie qui nous permettra, du moins je l'espère, d'avancer un peu plus rapidement sur ce dossier.

J'appelle toutefois l'attention de nos collègues sur une préoccupation que partagent un certain nombre d'entre nous et qui a été évoquée en commission : il s'agit de la suppression de la disposition de la loi du 13 août 2004 concernant les patients qui refuseraient à un professionnel de santé l'accès à leur dossier médical personnel.

À partir du moment où il existe un dossier médical contenant toutes les données sur la santé du patient, pourquoi se priver d'un tel outil ? Comment voulez-vous qu'un professionnel de santé puisse soigner correctement un patient s'il n'a pas connaissance de toutes les pathologies dont ce dernier a souffert et de l'ensemble des examens qu'il a subis ?

Supprimer une telle disposition se traduira inévitablement par des examens complémentaires et provoquera une augmentation des dépenses de sécurité sociale.

Je suis prêt à accepter, madame la ministre, que cette disposition ne soit pas appliquée, à titre transitoire, dans le cadre d'une expérimentation, afin de ne pas bloquer le fonctionnement du dispositif. Mais il ne faudrait pas que cette mesure d'affichage nous conduise, demain, à nous opposer à toute disposition prévoyant de sanctionner un patient refusant l'accès de son dossier médical personnel à un professionnel de santé.

Par ailleurs, je ne suis pas favorable au transfert dans le code de la santé publique de mesures qui figureraient jusque-là dans le code de la sécurité sociale.

Dans le cadre de la gestion du risque et de la liquidation des droits, la sécurité sociale et, en particulier, l'assurance maladie doivent pouvoir disposer des éléments d'information concernant le patient.

Comment conduire une bonne politique de gestion du risque sans avoir connaissance du dossier médical personnel des patients, fut-ce sous une forme anonyme ? Il faut pouvoir rassembler les données statistiques permettant à la caisse d'assurance maladie de mener une politique de gestion du risque la plus pertinente possible.

Ma proposition ne devrait pas contrarier le Gouvernement dans la mesure où il incombera à la ministre de la santé de définir la politique nationale de gestion du risque. Or une bonne politique nationale de gestion du risque ne peut se conduire qu'avec un minimum de données.

Telles sont les réserves que je tenais à exprimer à l'occasion du vote de cet amendement.

**M. le président.** La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je veux rassurer Alain Vasselle. Le transfert de dispositions du code de la sécurité sociale vers le code de la santé publique correspond à ma vision philosophique du DMP : c'est d'abord un outil de santé publique et d'amélioration de la qualité des soins.

Bien entendu, certaines informations sont à destination de l'assurance maladie. D'ailleurs, cette dernière apporte une aide précieuse quant au pilotage de ce projet ; elle a toujours été à nos côtés en ce qui concerne le DMP. Les informations seront donc partagées avec l'assurance maladie, dans le respect d'un certain nombre de règles de confidentialité.

Sans rouvrir le débat sur le DMP, ce qui pourrait nous emmener jusque tard dans la nuit, je puis vous assurer, monsieur Vasselle, que votre préoccupation est satisfaite.

**M. le président.** La parole est à M. Gilbert Barbier, pour explication de vote sur l'amendement n° 1252.

**M. Gilbert Barbier.** Je ne suis pas tout à fait d'accord avec Alain Vasselle.

**M. François Autain.** Ça peut arriver !

**M. Gilbert Barbier.** La France est un pays de liberté. Le dossier médical contient un certain nombre d'informations qui n'ont pas forcément à être connues des médecins qui sont amenés à vous soigner.

**M. François Autain.** Très bien !

**M. Gilbert Barbier.** Lorsque vous allez consulter un dermatologue, par exemple, quel besoin a-t-il de savoir que vous avez eu tel ou tel antécédent qui ne concerne pas la peau ? De la même façon, il n'est pas utile que l'ophtalmologiste connaisse l'ensemble des pathologies dont souffre le patient.

Il appartient au médecin d'établir une relation de confiance avec son patient afin d'obtenir, éventuellement, l'accès à son dossier médical personnel.

Vouloir donner *largamano* tout ce qui figure dans le dossier médical personnel me choque un peu.

**M. le président.** La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

**M. François Autain.** Je suis assez d'accord avec M. Barbier.

Soyez rassuré, monsieur Vasselle : le malade n'amène pas avec lui son dossier médical lorsqu'il va consulter un médecin ; ce dernier est obligé de se fier aux déclarations qui leur sont faites. Le malade peut très bien omettre, volontairement ou involontairement, de divulguer un certain nombre de pathologies dont il a souffert.

Par conséquent, les médecins se trouvent déjà dans la situation qu'ils pourraient connaître demain avec l'accès au DMP si un malade leur cache délibérément une pathologie. Imaginons le cas d'avortements, et je pourrais multiplier les exemples à l'infini : une personne peut ne pas souhaiter, pour des raisons qui lui appartiennent, communiquer telle ou telle information au médecin.

Ce n'est peut-être pas le moment d'en discuter, mais nous avons déjà eu ce débat en commission mixte paritaire lors d'une loi de financement de la sécurité sociale. Il me semble qu'il faut laisser au malade la liberté de cacher à son médecin un certain nombre de données s'il le juge nécessaire.

Madame la ministre, je me réjouis que vous souhaitiez supprimer les dispositions figurant dans la loi du 13 août 2004 et prévoyant un moindre remboursement pour les patients. À l'époque, cette mesure avait suscité un grand espoir puisque votre prédécesseur, M. Douste-Blazy, nous avait annoncé une économie de 3,5 milliards d'euros pour 2007 grâce au DMP... En la supprimant, vous allez priver la sécurité sociale de ressources considérables !

Je souhaiterais donc savoir si vous avez l'intention d'étendre à tous, demain, lors de la généralisation du dispositif du DMP, la mesure prévue à titre expérimental pour les bénéficiaires de la clé USB. Je dis « demain », mais cela pourrait aussi bien être après-demain, car personne ne sait quand le DMP sera mis en place. L'application de cette disposition était prévue en 2007 ; nous sommes en 2009 et les perspectives ne sont pas très positives. Peut-être pouvez-vous nous éclairer sur ce point, madame la ministre.

**M. le président.** La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

**M. Jean Desessard.** Si je comprends bien, l'article 16 *bis* prévoit d'implanter, à titre expérimental, le dossier médical sur une clé USB. Ce n'est pas une carte à puce?...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Non, il s'agit d'une clé USB !

**M. Jean Desessard.** Donc, on remet la clé USB au médecin, lequel prend connaissance des informations que celle-ci contient. Dans ces conditions, je ne vois pas comment on peut éviter que celui-ci ait accès à toutes les pathologies du patient. Je rencontre donc une première incompréhension d'ordre technique.

Ensuite, moi qui croyais avoir tout compris, je constate un désaccord entre Mme la ministre, qui veut récupérer la maîtrise du DMP, ou en améliorer la gestion, et M. Vasselle, qui, soucieux des intérêts de la caisse d'assurance maladie, est défavorable au transfert dans le code de la santé publique des mesures qui figureraient dans le code de la sécurité sociale. Je croyais par ailleurs que M. Autain défendait plutôt les intérêts de la caisse d'assurance maladie, mais il soutient Mme la ministre. J'ai besoin de comprendre !

Pour résumer, je me pose une question technique : pourquoi ne pas opter pour une carte à puce au lieu d'une clé USB ? Je m'interroge également s'agissant de l'enjeu politique du débat.

**M. le président.** La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** M. Desessard veut nous faire croire qu'il ne comprend rien, alors qu'il comprend tout! (*Sourires.*)

**M. Jacky Le Menn.** C'est un faux naïf!

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Effectivement, ma vision du dossier médical personnel n'est pas la même que celle de mes prédécesseurs! Pourquoi le cacher? Je ne crois pas que le dossier médical personnel permettra de réaliser des économies, du moins dans l'immédiat.

**M. François Autain.** J'ai tendance à penser comme vous!

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** D'ailleurs, il n'a pas été conçu à cet effet!

**Mme Marie-Thérèse Hermange.** C'est exact!

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Selon moi, le dossier médical personnel doit être un outil de qualité des soins.

**M. Jean-Pierre Fourcade.** Très bien!

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Mais la qualité des soins n'est pas nécessairement incompatible avec les économies. On peut obtenir un effet « gagnant-gagnant », si vous me permettez l'expression, par exemple lorsque l'on évite des examens redondants, à la sortie d'une hospitalisation ou dans le cas de personnes âgées qui cultivent le nomadisme médical et cherchent à se rassurer en se soumettant à des examens réitérés.

À terme, le dossier médical personnel permettra peut-être de réaliser des économies, mais je tiens à en faire avant tout un outil de la politique de qualité des soins.

C'est la raison pour laquelle, monsieur Autain, la mesure que je défends ne privera pas l'assurance maladie de recettes purement virtuelles! Soyez rassuré sur ce point, mais je suis sûr que vous n'en doutiez pas...

**M. François Autain.** Je vous le confirme!

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je tiens à rassurer également M. Vasselle, mais il y a longtemps qu'il est convaincu que le dossier médical personnel ne sera pas à l'origine d'économies pour l'assurance maladie, du moins dans l'immédiat!

**M. Alain Vasselle.** Il peut au moins éviter des dépenses inutiles!

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1252, modifié.

(*L'amendement est adopté.*)

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 16 bis, modifié.

(*L'article 16 bis est adopté.*)

#### Article additionnel après l'article 16 bis (réservé)

**M. le président.** L'examen de l'amendement tendant à insérer un article additionnel après l'article 16 bis a été réservé jusqu'après l'article 21 *nonies*.

#### Article 17

##### (Texte modifié par la commission)

I. - Au début de la quatrième partie du code de la santé publique, sont insérées les dispositions suivantes :

« LIVRE PRÉLIMINAIRE

#### « DISPOSITIONS COMMUNES

##### « TITRE I<sup>ER</sup>

#### « COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

##### « CHAPITRE UNIQUE

« Art. L. 4011-1. - Par dérogation aux articles L. 1132-1, L. 4111-1, L. 4161-1, L. 4161-3, L. 4161-5, L. 4221-1, L. 4311-1, L. 4321-1, L. 4322-1, L. 4331-1, L. 4332-1, L. 4341-1, L. 4342-1, L. 4351-1, L. 4361-1, L. 4362-1, L. 4364-1 et L. 4371-1, les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis aux articles L. 4011-2 et L. 4011-3.

« Le patient est informé, par les professionnels de santé, de cet engagement dans un protocole impliquant d'autres professionnels de santé dans une démarche de coopération interdisciplinaire impliquant des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganisation de leurs modes d'intervention auprès de lui.

« Art. L. 4011-2. - Les professionnels de santé soumettent à l'agence régionale de santé et de l'autonomie des protocoles de coopération. L'agence vérifie que le protocole répond à un besoin de santé constaté au niveau régional puis le soumet à la Haute Autorité de santé.

« Ces protocoles précisent l'objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté pris après avis conforme de la Haute Autorité de santé.

« La Haute Autorité de santé peut étendre un protocole de coopération à tout le territoire national. Dans ce cas, le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté. Il informe la Haute Autorité de santé de sa décision.

« Les protocoles de coopération étendus sont intégrés à la formation initiale ou au développement professionnel continu des professionnels de santé selon des modalités définies par voie réglementaire.

« Art. L. 4011-3. - Les professionnels de santé qui s'engagent mutuellement à appliquer ces protocoles sont tenus de faire enregistrer, sans frais, leur demande d'adhésion auprès de l'agence régionale de santé et de l'autonomie.

« L'agence vérifie, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, que la volonté de l'ensemble des parties prenantes de coopérer est avérée, que le demandeur dispose d'une garantie assurantielle portant sur le champ défini par le protocole et qu'il a fourni la preuve de son expérience dans le domaine considéré et de sa formation. L'enregistrement de la demande vaut autorisation.

« Les professionnels s'engagent à procéder, pendant une durée de douze mois, au suivi de la mise en œuvre du protocole selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la santé et à transmettre les informations relatives à ce suivi à l'agence régionale de santé et de l'autonomie et à la Haute Autorité de santé.

« L'agence régionale de santé et de l'autonomie peut décider de mettre fin à l'application d'un protocole, pour des motifs et selon des modalités définies par arrêté. Elle en informe les professionnels de santé concernés et la Haute Autorité de santé. »

II. - L'article 131 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique est abrogé.

**M. le président.** La parole est à M. Bernard Cazeau, sur l'article.

**M. Bernard Cazeau.** L'article 17 vise à renforcer la coopération entre les professionnels de santé. L'articulation des différentes interventions et compétences professionnelles autour du patient est un déterminant fondamental pour la qualité des soins. L'exercice libéral isolé de la médecine générale ne répond plus ni aux attentes des professionnels de santé ni aux besoins des patients, qui souhaitent une prise en charge simplifiée et lisible.

À cet égard, dans un contexte marqué par l'apparition de nouvelles technologies de santé et par l'évolution des profils des travailleurs paramédicaux, l'organisation de la répartition des tâches entre professionnels de santé mérite une attention toute particulière. Cet article répond en partie à cette ambition et recueille ici un consensus, sur le fond comme sur la forme.

À l'étranger, la coopération entre ces catégories de professionnels est plus développée qu'en France, avec des statuts plus diversifiés. L'exemple de la Suède, où les infirmières assurent de nombreuses formalités – questionnaires médicaux, prises de tension, etc. – montre que de telles délégations permettent au médecin de se concentrer sur les tâches médicales et sur la relation avec le patient. Elles permettent aussi une micro-spécialisation des auxiliaires médicaux qui va dans le sens d'une meilleure qualité de la prise en charge ; tel est le cas des infirmières cliniciennes chargées du suivi des patients chroniques.

Sur ce sujet, le présent article prévoit que certains actes peuvent être délégués à des infirmières ou à d'autres professionnels de santé, notamment les pharmaciens, lesquels peuvent agir sous les triples contrôles des médecins, de la Haute Autorité de santé, l'HAS, et de l'agence régionale de santé, l'ARS. Nous sommes ouverts à une discussion à cet égard.

**M. le président.** L'amendement n° 219, présenté par Mme Dini, M. Vanlerenberghe, Mme Payet, M. J. Boyer et les membres du groupe Union centriste, est ainsi libellé :

Compléter le premier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 4011-1 du code de la santé publique par une phrase ainsi rédigée :

En cas de carence de l'initiative des professionnels de santé pour organiser les transferts d'activités ou d'actes de soins susmentionnés, le directeur général de l'agence régionale de santé s'y substitue.

La parole est à Mme Muguette Dini.

**Mme Muguette Dini.** Notre amendement tend à mettre l'accent sur la rénovation de la coopération entre professionnels de santé. La modification des missions de ces derniers, le partage de leurs rôles et l'articulation de leurs interventions, dans le cadre de nouvelles formes de coopération, sont des enjeux majeurs pour l'avenir de notre système de santé.

Ces évolutions doivent conduire à une nouvelle répartition des activités ou actes existants entre les différents professionnels de santé actuels, et surtout à la répartition d'actes émergents vers de nouveaux métiers de soins. Il s'agit, concrètement, de transférer de nouvelles compétences médicales vers d'autres professions de santé, mais également vers de nouveaux métiers de soins.

Le professeur Yvon Berland, président de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, parle de la nécessité de recentrer les médecins sur le cœur de leur métier ou encore de libérer du temps médical.

Dans la rédaction actuelle de l'article 17, la mise en œuvre des coopérations entre professionnels de santé s'effectue sur la base du volontariat. Nous souhaitons qu'à défaut d'initiative des professionnels de santé le directeur général de l'ARS puisse donner une impulsion à ces coopérations pour répondre à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** L'article 17 est fondé sur l'innovation et sur le volontariat. En conséquence, il n'est pas possible de confier un pouvoir de contrainte au directeur général de l'ARS.

Je vous demanderai donc de retirer votre amendement, ma chère collègue.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le succès des coopérations entre professionnels n'est pas acquis, car chacun campe sur ses positions. Tout le monde est d'accord sur le principe des coopérations et des délégations de tâches, mais la mise en œuvre de celles-ci soulève quelques difficultés : l'exemple de la deuxième vaccination antigrippale m'a démontré qu'il fallait se battre au quotidien.

Les professionnels doivent être volontaires, proposer les coopérations au niveau local et les faire fonctionner dans les limites de leurs compétences et de leur formation : c'est le gage du succès de la mesure. Une coopération imposée d'en haut, fût-ce par un échelon déconcentré comme les ARS, a peu de chance d'aboutir !

C'est la raison pour laquelle je demande également le retrait de votre amendement, madame la sénatrice.

**M. le président.** Madame Dini, l'amendement n° 219 est-il maintenu ?

**Mme Muguette Dini.** Nous avons surtout voulu interpeller le Gouvernement sur la nécessité de réfléchir de nouveau à ces coopérations, à l'extension à certaines professions paramédicales de la capacité d'effectuer certains actes et, surtout, à la création de nouveaux métiers, car avec l'augmentation de la demande de soins et l'apparition de nouvelles technologies, des évolutions sont possibles dans ce domaine.

Je retire donc mon amendement, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 219 est retiré.

L'amendement n° 739, présenté par MM. Cazeau et Le Menn, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevê, MM. Daudigny et Daunin, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, M. Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Compléter la seconde phrase du premier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 4011-2 du code de la santé publique par les mots :

ou à un établissement public de santé agréé pour ce faire

La parole est à M. Bernard Cazeau.

**M. Bernard Cazeau.** Je retire cet amendement, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 739 est retiré.

L'amendement n° 893, présenté par MM. Cazeau et Le Menn, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Compléter le premier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 4011-3 du code de la santé publique par les mots :

ou de leur établissement si ce dernier est agréé à cet effet en vertu de l'article L. 4011-2

La parole est à M. Bernard Cazeau.

**M. Bernard Cazeau.** Je retire également cet amendement, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 893 est retiré.

L'amendement n° 488, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Après le I de cet article, insérer deux paragraphes ainsi rédigés :

... - La deuxième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « et des représentants des fédérations représentant les établissements de santé ».

... - Le premier alinéa de l'article L. 162-1-13 du même code est complété par les mots : « et les représentants des fédérations représentant les établissements de santé ».

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a confié aux représentants des médecins libéraux – par le biais des syndicats représentatifs des professionnels de santé – et à l'UNCAM le soin de hiérarchiser et de fixer les tarifs des actes médicaux.

Les établissements publics de santé sont écartés de cette négociation, alors même qu'en raison de l'application totale aux hôpitaux de la tarification à l'activité, la T2A ils sont pleinement concernés par la valorisation et la hiérarchisation des actes médicaux, dans la mesure où ces éléments tarifaires ont une incidence sur la construction du programme de médicalisation des systèmes d'information, le PMSI, et de la T2A.

Par ailleurs, et nous le savons tous pour en avoir discuté au cours de nos débats, la question de la valorisation des actes est un élément primordial pour inciter les professionnels de santé à opter pour l'exercice au sein des établissements publics de

santé. Cette valorisation est attendue et voulue par de nombreux professionnels, comme par les organisations qui les représentent. Les établissements publics de santé sont donc très attentifs et sont réellement concernés par celle-ci.

C'est pourquoi nous considérons qu'il est nécessaire d'associer les fédérations représentant les établissements de santé à la concertation sur la valorisation et la hiérarchisation des actes médicaux.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La mesure proposée par cet amendement n'a absolument rien à voir avec l'objet de ce projet de loi. Elle pourrait, à la rigueur, être discutée dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Par conséquent, j'émetts un avis défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Effectivement, de telles dispositions n'ont pas à figurer dans ce projet de loi.

L'amendement comporte deux parties.

Pour ce qui est de la première partie, l'accord-cadre entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et l'Union nationale des professions de santé ne concerne en rien les fédérations hospitalières, car il traite des rapports entre l'assurance maladie et les professionnels libéraux.

S'agissant de la seconde partie de l'amendement, il est vrai que les fédérations hospitalières pourraient utilement contribuer à l'établissement de la nomenclature des actes ou d'examens novateurs, parce que ces actes et ces examens ont été élaborés précisément au sein des établissements de santé. Mais les commissions dans lesquelles vous voulez faire siéger ces fédérations hospitalières ont pour mission de définir la valeur des actes qui concernent principalement les professionnels libéraux.

Cet amendement trouverait mieux sa place dans le cadre de la discussion du futur projet de loi de financement de la sécurité sociale. Je vous suggère donc de le retirer et de le représenter à cette occasion, après l'avoir peut-être retravaillé. (*Sourires.*)

**M. le président.** Monsieur Autain, l'amendement est-il maintenu ?

**M. François Autain.** Je suis désolé d'avoir présenté un tel amendement. Je vous prie de m'en excuser et je le retire honteusement ! (*Sourires.*)

**M. le président.** L'amendement n° 488 est retiré.

Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 232 est présenté par M. Gouteyron.

L'amendement n° 741 est présenté par MM. Michel, Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - Dans le 5° de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : « notamment en fonction du lieu », est inséré le mot : « géographique ».

L'amendement n° 232 n'est pas soutenu.

La parole est à M. Jacky Le Menn, pour présenter l'amendement n° 741.

**M. Jacky Le Menn.** Cet amendement vise à empêcher toute discrimination entre l'exercice libéral d'une profession de santé en ville ou en coopération avec un établissement de santé ou social et médico-social.

Il est important que les professionnels libéraux puissent coopérer avec des établissements sanitaires et médico-sociaux sans pour autant voir leur statut conventionnel amoindri, s'agissant de la participation des caisses d'assurance maladie au financement de leurs cotisations.

C'est la raison pour laquelle il est proposé de préciser que les distinctions peuvent être opérées en fonction du lieu géographique d'installation ou d'exercice, et non en termes de distinction entre l'exercice libéral « classique » et celui qui est organisé dans le cadre d'une coopération avec un service de soins infirmiers à domicile ou un établissement d'hospitalisation à domicile.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission a émis un avis défavorable, dans la mesure où les mesures préconisées relèvent du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Au surplus, la précision relative au lieu géographique n'est pas de nature à atteindre l'objectif visé.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Avis défavorable, pour les mêmes raisons.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 741.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 489, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - Dans la première phrase du neuvième alinéa de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, après les mots : « pour avis à l'Union nationale des organismes d'assurance-maladie complémentaire », sont insérés les mots : « et aux fédérations hospitalières publiques ».

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Cet amendement risque de subir le même traitement que le précédent, mais je vais essayer de mieux le défendre ! *(Sourires.)*

L'amendement n° 489 s'inscrit dans la continuité de l'amendement n° 488 concernant la participation des fédérations représentant les établissements publics de santé à la revalorisation des actes.

En effet, l'article L.162-15 du code de la sécurité sociale prévoit dans son neuvième alinéa : « L'Union nationale des caisses d'assurance maladie soumet pour avis à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, avant transmission aux ministres chargés de la santé et de la

sécurité sociale, toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires [...] ».

Notre amendement vise donc à associer les fédérations hospitalières publiques à ces négociations conventionnelles puisque celles-ci peuvent avoir - et elles en auront, à n'en pas douter - des répercussions importantes sur le pilotage et la gestion des établissements de santé.

C'est pourquoi nous proposons que les mesures conventionnelles visées par notre amendement puissent faire l'objet d'un avis préalable des fédérations hospitalières publiques dans le cadre des concertations précédant le mécanisme d'approbation tacite ou d'opposition expresse du ministre chargé de la sécurité sociale.

**M. le président.** L'amendement n° 742, présenté par MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chev , MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - Dans la première phrase du neuvième alinéa de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, après les mots : « pour avis   l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire », sont insérés les mots : « et aux fédérations hospitalières publiques ou privées représentatives ».

La parole est   M. Jacky Le Menn.

**M. Jacky Le Menn.** Je retire cet amendement.

**M. le président.** L'amendement n° 742 est retiré.

Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 489 ?

**M. Alain Milon, rapporteur.** Monsieur Autain, cet amendement est sans lien - mais vous le saviez - avec l'article 17. La mesure prévue, qui est de nature conventionnelle, relève plutôt du PLFSS.

Pour cette raison, je demande le retrait de cet amendement ; à défaut, j'émettrai un avis défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Sur la forme, de toute évidence - et François Autain est trop familier de ces questions pour l'ignorer -, cet amendement technique relève du PLFSS.

Sur le fond, monsieur Autain, votre amendement vise à soumettre pour avis aux fédérations hospitalières publiques toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation tarifaire. Vous reprenez et étendez le modèle qui est institué pour l'UNOCAM, qui, je le rappelle, regroupe des organisations prenant en charge le ticket modérateur. Toutefois, la situation n'est pas identique.

En effet, les négociations avec les médecins libéraux sur les évolutions tarifaires ont pour contrepartie des engagements concernant habituellement leur activité ou leurs prescriptions ; elles ne concernent pas les établissements de santé.

Donc, pour des raisons à la fois de forme juridique et de fond, je ne suis pas favorable à cet amendement

**M. le président.** Monsieur Autain, l'amendement n° 489 est-il maintenu ?

**M. François Autain.** Avant de retirer mon amendement, je voudrais être sûr que c'est le seul, depuis le début de nos débats, qui relève de la loi de financement de la sécurité sociale. En effet, j'ai l'impression que d'autres amendements présentés n'avaient rien à voir avec le texte que nous examinons.

**M. Alain Milon, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, rapporteur,** et Ils ont tous été retirés ou rejetés !

**M. François Autain.** Je retire mon amendement, mais nous reviendrons sur cette question lors de l'examen de la prochaine loi de financement de la sécurité sociale.

**M. le président.** L'amendement n° 489 est retiré.

L'amendement n° 490, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

- Après l'article L. 1110-1 du code de la santé publique, il est inséré un article ainsi rédigé :

« *Art.* - Les professionnels de santé et du secteur médico-social reçoivent, au cours de leur formation initiale et continue, une formation spécifique concernant l'évolution des connaissances relatives aux pathologies professionnelles. »

La parole est à Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** Cet amendement, lui, ne relève pas du PLFSS ! (*Sourires.*)

**Mme Isabelle Debré.** Dommage !

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** L'article 17 prévoit les modalités d'autorisation des coopérations entre les professionnels de santé par les agences régionales de santé.

Notre amendement est donc au cœur du sujet puisque nous entendons précisément nous inscrire dans cette logique de coopération entre professionnels de santé, mais surtout de décloisonnement de l'exercice médical, un décloisonnement par ailleurs attendu par les patients, notamment par celles et ceux qui sont victimes d'accidents ou de maladies professionnelles.

C'est la raison pour laquelle nous proposons que les professionnels de santé et du secteur médico-social reçoivent, au cours de leur formation initiale et continue, une formation spécifique concernant l'évolution des connaissances relatives aux pathologies professionnelles.

Cela, me direz-vous, relève de bien d'autres choses que de ce projet de loi, mais je considère que la loi a pour fonction de dire ce qu'il faut faire.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Les maladies professionnelles n'ont ce titre que parce qu'elles ont été provoquées par l'exercice d'une profession. Mais pour le médecin et sur le plan de l'enseignement de la médecine, il s'agit de maladies comme les autres. La formation sur les pathologies inclut donc les maladies professionnelles.

Pour cette raison, je demande le retrait de cet amendement ; sinon, j'émettrai un avis défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le Gouvernement partage l'avis de la commission.

**M. le président.** Madame Borvo Cohen-Seat, maintenez-vous votre amendement ?

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** Oui, monsieur le président.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 490.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

**M. le président.** L'amendement n° 740 rectifié, présenté par MM. Mirassou, Rebsamen, Cazeau et Le Menn, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevê, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, Mmes Printz, Le Texier et Schillinger, MM. Teulade, Collombat et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - La coopération entre professionnels de santé s'appuie également sur des projets de regroupement en cabinet partagé ou en maison de santé pluridisciplinaire dont l'implantation peut s'appuyer sur les établissements de santé, et est définie après consultation des collectivités territoriales concernées et des représentants de l'assurance maladie.

La parole est à M. Bernard Cazeau.

**M. Bernard Cazeau.** Nous retrouvons la question des EPAD qui peuvent former une association avec des médecins, des professionnels de santé libéraux, et qui peuvent aussi constituer des lieux, notamment des maisons de garde.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Cet amendement est satisfait par l'article 17 et par le projet de loi dans son ensemble. Je demande donc à ses auteurs de bien vouloir le retirer.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le Gouvernement partage l'avis de la commission.

Le libellé de cet amendement aurait plutôt pour effet de créer de la confusion et de dissuader un certain nombre de professionnels de proposer des protocoles de coopération ou d'y adhérer. Il faut laisser cela aux professionnels de terrain, quel que soit leur mode d'exercice, dans une structure d'hospitalisation, dans des maisons pluridisciplinaires, dans des centres de santé, dans des cabinets partagés. Les professionnels exerçant dans ces structures pourront être à l'origine de protocoles de coopération ou adhérer à des protocoles déjà existants.

Je souhaite donc n'émettre, explicitement ou implicitement, aucune restriction au mode ou au lieu d'exercice. Cet amendement me paraît aller à l'encontre du but visé.

**M. le président.** Monsieur Cazeau, l'amendement n° 740 rectifié est-il maintenu ?

**M. Bernard Cazeau.** Avec la permission de M. Mirassou, je le retire.

**M. le président.** L'amendement n° 740 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'article 17.

(*L'article 17 est adopté.*)

### Article additionnel après l'article 17(réservé)

**M. le président.** L'examen de l'amendement tendant à insérer un article additionnel après l'article 17 est réservé jusqu'après l'article 21 *nonies*.

#### Article 17 bis

##### (Texte modifié par la commission)

I. - L'article L. 2323-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Les premier et deuxième alinéas sont supprimés ;

2° Après la référence : « L. 5311-1 », la fin du troisième alinéa est ainsi rédigée : « sont assurés par des lactariums gérés par des établissements publics de santé, des collectivités publiques ou des organismes sans but lucratif et autorisés à fonctionner par le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie de la région siège de l'implantation du lactarium. » ;

3° Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les activités réalisées par les lactariums à partir du lait maternel mentionné au 8° de l'article L. 5311-1 doivent être réalisées en conformité avec des règles de bonnes pratiques définies par décision de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. »

II. - L'article L. 2323-3 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 2323-3.* - Les modalités d'application du présent chapitre, et notamment les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des lactariums, sont déterminées par décret. » - (*Adopté.*)

#### Article 17 ter

##### (Texte modifié par la commission)

I. - L'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° La deuxième phrase est ainsi rédigée :

« Le directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie mentionnée à l'article L. 182-2 fixe le montant de cette contribution forfaitaire. » ;

2° La dernière phrase est supprimée.

II. - Le I entre en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2009. Avant cette date, les conventions mentionnées au I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale peuvent définir des dérogations à l'obligation prévue à l'article L. 161-35 du même code, en tenant compte notamment du volume de feuilles de soins papier ou autres documents papier servant à constater la délivrance aux assurés sociaux de soins, de produits ou de prestations remboursables et, le cas échéant, de l'ancienneté d'exercice des professionnels.

III. - Après le premier alinéa de l'article L. 161-39 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les caisses nationales chargées de la gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie peuvent consulter la Haute Autorité de santé sur tout projet de référentiel de pratique médicale élaboré dans le cadre de leur mission de gestion des risques

ainsi que sur tout projet de référentiel visant à encadrer la prise en charge par l'assurance maladie d'un type particulier de soins. La Haute Autorité de santé rend un avis dans un délai de deux mois à compter de la réception de la demande. À l'expiration de ce délai, l'avis est réputé favorable. »

**M. le président.** L'amendement n° 863, présenté par MM. P. Blanc et Laménie, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Marc Laménie.

**M. Marc Laménie.** Cet amendement, dont mon collègue Paul Blanc est cosignataire, prévoit en effet la suppression de l'article 17 *ter*.

La disposition proposée est totalement inappropriée, sachant que la télétransmission est déjà la règle pour la nouvelle génération de médecins.

Ce qui doit être encouragé, c'est l'informatisation des cabinets médicaux, notamment le développement des logiciels médicaux. Or, en la couplant à une sanction, l'informatisation des cabinets médicaux risquerait de comporter une connotation négative.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Le renvoi à la convention s'était fait contre l'avis du Sénat, qui souhaitait que le pouvoir réglementaire prenne ses responsabilités, et sur l'initiative de l'Assemblée nationale. Celle-ci est revenue sur sa position. Même si la fixation du montant de la contribution relèvera désormais du directeur de l'UNCAM, il serait paradoxal que la commission ne saisisse pas l'occasion de mener à terme la télétransmission.

La commission demande donc le retrait de cet amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Nous avons des marges de progrès considérables, monsieur le sénateur. Le nombre de professionnels de santé qui n'ont toujours pas recours à la télétransmission est encore trop élevé : 43 % des médecins spécialistes et 18 % des médecins généralistes !

La loi de financement de la sécurité sociale de 2008 avait instauré les modalités de taxation des feuilles de soins afin de favoriser cette télétransmission. Le montant de cette taxation devait être déterminé par les partenaires conventionnels dans un délai de douze mois et, en cas de carence, le directeur général de l'UNCAM pouvait fixer le montant dû par les professionnels de santé. Les syndicats ont refusé de négocier cette contribution, rendant la disposition inopérante, ce qui est très curieux puisqu'il s'agit simplement de mettre en œuvre une disposition qui a été votée et qui est la loi de la République.

C'est ce qui justifie de donner, à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2009, de manière générale et pérenne - puisque les partenaires conventionnels ont témoigné de leur carence -, au directeur général de l'UNCAM la possibilité de fixer le montant de cette contribution.

Avant cette date, les partenaires conventionnels pourront déterminer d'un commun accord les dérogations à la taxation des feuilles de soins papier en tenant compte de l'âge des professionnels de santé - il ne s'agit pas de pénaliser un professionnel proche de la retraite ; ce ne serait pas humainement acceptable - et du volume d'activité. Il ne serait pas

normal d'obliger les professionnels qui réalisent peu d'actes à s'équiper en matériel informatique dont le coût, sans être insupportable, n'est tout de même pas négligeable.

Par ailleurs, cet article a également pour objet de donner la possibilité à l'UNCAM de recueillir l'avis et l'accord de la Haute Autorité de santé sur les référentiels encadrant la prise en charge par l'assurance maladie d'un type particulier de soins avant leur diffusion auprès des professionnels de santé. C'est une mesure importante permettant, au travers du label de la HAS, de valider le contenu du référentiel rédigé par l'UNCAM sur ses aspects scientifique et médical, mais également, le cas échéant, médico-économiques.

Il sera plus facile pour les professionnels de santé de s'approprier les référentiels ainsi labellisés par la HAS.

Il y a là véritablement une carence des professionnels qui ont refusé d'appliquer la loi dont on leur confiait les modalités.

Par ailleurs, je le répète, des marges considérables de progrès existent et il sera tenu compte, bien entendu, des cas individuels.

Je suis donc défavorable à cet amendement.

**M. le président.** Monsieur Laménie, l'amendement n° 863 est-il maintenu ?

**M. Marc Laménie.** Compte tenu des précisions que Mme la ministre a bien voulu m'apporter et de l'avis de la commission, je retire cet amendement.

**M. le président.** L'amendement n° 863 est retiré.

Je mets aux voix l'article 17 *ter*.

*(L'article 17 ter est adopté.)*

## Article 18

### (Texte modifié par la commission)

I. - L'article L. 1110-3 du code de la santé publique est complété par sept alinéas ainsi rédigés :

« Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne pour l'un des motifs visés au premier alinéa de l'article 225-1 du code pénal ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide prévus aux articles L. 861-1 et L. 863-1 du code de la sécurité sociale, ou du droit à l'aide prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles.

« Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné des faits qui permettent d'en présumer l'existence. Cette saisine vaut dépôt de plainte. Elle est communiquée à l'autorité qui n'en a pas été destinataire. Le récipiendaire en accuse réception à l'auteur, en informe le professionnel de santé mis en cause et peut le convoquer dans un délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte.

« Hors cas de récidive, une conciliation est menée dans les trois mois de la réception de la plainte par une commission mixte composée à parité de représentants du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné et de l'organisme local d'assurance maladie.

« En cas d'échec de la conciliation, le président du conseil territorialement compétent transmet la plainte à la juridiction ordinale compétente avec son avis motivé et en s'y associant le cas échéant.

« En cas de carence du conseil territorialement compétent, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut prononcer à l'encontre du professionnel de santé une sanction dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale.

« Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

« Hors le cas d'urgence et celui où le professionnel de santé manquerait à ses devoirs d'humanité, le principe énoncé au premier alinéa ne fait pas obstacle à un refus de soins fondé sur une exigence personnelle ou professionnelle essentielle et déterminante de la qualité, de la sécurité ou de l'efficacité des soins. La continuité des soins doit être assurée quelles que soient les circonstances, dans les conditions prévues par l'article L. 6315-1. »

II. - Le titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Suppression maintenue par la commission

2° Après l'article L. 162-1-14, il est inséré un article L. 162-1-14-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-1-14-1.* - Peuvent faire l'objet d'une sanction, prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, les professionnels de santé qui :

« 1° Pratiquent une discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins, définie à l'article L. 1110-3 du code de la santé publique ;

« 2° Exposent les assurés à des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure ;

« 3° Exposent les assurés à des dépassements d'honoraires non conformes à la convention dont relève le professionnel de santé, au I de l'article L. 162-5-13, au dernier alinéa de l'article L. 162-9 ou aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 165-6 ;

« 4° Ont omis l'information écrite préalable prévue par l'article L. 1111-3 du code de la santé publique.

« La sanction, prononcée après avis de la commission et selon la procédure prévus à l'article L. 162-1-14 du présent code, peut consister en :

« - une pénalité financière forfaitaire, dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale pour les cas mentionnés au 1° ;

« - une pénalité financière proportionnelle aux dépassements facturés pour les cas mentionnés aux 2°, 3° et 4°, dans la limite de deux fois le montant des dépassements en cause ;

« - en cas de récidive, un retrait temporaire du droit à dépassement ou une suspension de la participation des caisses au financement des cotisations sociales telle que prévue au 5° de l'article L. 162-14-1.

« Les sanctions prononcées en vertu du présent article peuvent faire l'objet d'un affichage au sein des locaux de l'organisme local d'assurance maladie et peuvent être rendues publiques, en cas de récidive, dans les publications, journaux ou supports désignés par le directeur de l'orga-

nisme local à moins que cette publication ne cause un préjudice disproportionné aux parties en cause. Les frais en sont supportés par les personnes sanctionnées.

« L'organisme local d'assurance maladie informe l'organisme d'assurance maladie complémentaire de la sanction prononcée en vertu du présent article, ainsi que des motifs de cette sanction.

« L'organisme local d'assurance maladie ne peut concurremment recourir au dispositif de pénalités prévu par le présent article et aux procédures conventionnelles visant à sanctionner le même comportement du professionnel de santé.

« Les modalités d'application du présent article, notamment les modalités d'affichage et le barème des sanctions applicables, sont fixées par voie réglementaire. »

III. - La dernière phrase du deuxième alinéa de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique est supprimée.

**M. le président.** La parole est à M. Jean Desessard, sur l'article.

**M. Jean Desessard.** En préambule, je voudrais remercier Mme la ministre. (*Exclamations sur diverses travées.*)

**M. François Autain.** Encore !

**M. Jean Desessard.** C'est ainsi !

J'avais souligné, à l'occasion d'un amendement, qu'il fallait prendre en compte les honoraires des médecins libéraux dans le calcul des coûts comparés des cliniques privées et des établissements publics afin de déterminer s'il existait une convergence.

Mme la ministre et M. le rapporteur avaient alors fait état d'un rapport, que j'ai réclamé à plusieurs reprises. Eh bien ! le rapport m'a été remis dans l'après-midi : le voici ! (*M. Jean Desessard brandit le document.*)

Je ne peux pas encore vous dire, mes chers collègues, si toutes les conclusions y figurent. Le sujet est assez complexe... Mais sachez que je vais passer mon week-end à étudier ce rapport, dont je pourrai vous livrer quelques fragments ou une synthèse la semaine prochaine.

**Mme Isabelle Debré.** Vous travaillez donc le dimanche !

**M. Jean Desessard.** Tout à fait !

Avec cet article 18, nous abordons la question sensible des refus de soins et de la lutte contre les discriminations.

La première enquête de *testing* réalisée en 2006, à la demande du fonds de financement de la couverture maladie universelle, la CMU, sur des médecins généralistes, des spécialistes et des dentistes de six communes du Val-de-Marne, a révélé au grand jour une pratique très répandue de refus de soins opposé aux bénéficiaires de la CMU.

Ainsi, 41 % des spécialistes, 39 % des dentistes et même près de 17 % des généralistes en secteur 2 refusaient de soigner des personnes bénéficiant de la CMU !

Une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, la DREES, a encore montré récemment que les bénéficiaires de la CMU complémentaire renonçaient plus souvent que les autres malades à consulter un spécialiste, faute de moyens et, surtout, faute de trouver un praticien qui veuille bien les recevoir dans un délai acceptable.

Cette semaine, les résultats d'une nouvelle enquête de *testing* de grande ampleur ont été révélés par le collectif inter-associatif sur la santé. Réalisée auprès de 466 médecins

spécialistes dans 11 villes situées partout en France, cette enquête a montré que 21 % des spécialistes refusaient purement et simplement de recevoir les patients bénéficiaires de la CMU ; 5 % d'entre eux n'acceptaient de les recevoir que sous certaines conditions, par exemple dans le cadre d'une journée de consultation mensuelle réservée aux bénéficiaires de la CMU ou à l'occasion d'un renvoi du patient en consultation publique à l'hôpital.

Ces pratiques sont discriminatoires et inacceptables ! Nous devons les sanctionner avec la plus grande fermeté.

À cet effet, le rôle des associations de défense des droits des usagers et de lutte contre les discriminations doit être renforcé, notamment en mettant en place un recours en suppléance directe et en rétablissant la possibilité de réaliser des opérations de *testing*.

De même, le renversement de la charge de la preuve, obligeant le professionnel à prouver que son refus de soins n'a pas de motif discriminatoire, doit être rétabli.

Enfin, le respect du tact et de la mesure dans les dépassements d'honoraires ne permet pas d'offrir une réelle garantie d'équité. Aussi, nous présenterons des amendements tendant à ce que des plafonds de dépassement soient définis par décret en Conseil d'État, afin d'éviter des contentieux qui rendraient inopérantes cette disposition.

**M. le président.** La parole est à Mme Nicole Borvo Cohen-Seat, sur l'article.

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** Nous sommes plusieurs à réagir face aux pratiques observées à l'égard des bénéficiaires de la CMU et de l'aide médicale de l'État, l'AME.

Avec cet article 18, nous ne pouvons que constater que le Gouvernement – et la majorité, d'ailleurs – ont cédé aux amicales pressions des professionnels de santé, lesquels voulaient revenir sur les dispositions introduites par l'Assemblée nationale et tendant à instituer des mécanismes de protection des patients victimes de discrimination dans l'accès aux soins.

Cette discrimination est fondée sur la nature de la couverture médicale du patient. Pour être très précis, elle est subie par les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME, une enquête de Médecins du monde démontrant qu'elle concerne encore plus les seconds que les premiers. Je suppose, monsieur Desessard, que cette enquête est celle que vous avez citée...

En tout cas, le constat est accablant, en particulier s'agissant des médecins libéraux parisiens. Et l'on s'étonne de l'engorgement des services d'urgence dans les hôpitaux... Il faudrait peut-être se demander pourquoi les patients se tournent vers ces services !

Quant à la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité, la HALDE, elle a bien constaté que ces pratiques étaient « discriminatoires ». Le mot est dit ! Elle s'est donc adressée à M. Xavier Bertrand, à l'époque ministre de la santé, afin que les mesures nécessaires soient prises. Elle a par ailleurs recommandé au Conseil national de l'ordre des médecins « d'informer les professionnels de santé, notamment du secteur libéral, du caractère discriminatoire du refus d'accès à la prévention et aux soins à l'encontre des bénéficiaires de la CMU et des conséquences de telles pratiques ».

Depuis, rien ne s'est passé, si ce n'est cet article 18, avant qu'il ne soit amputé en commission des affaires sociales.

Avec la généralisation du *testing* et l'inversion de la charge de la preuve, mesures sur lesquelles vous êtes revenus, vous avez créé un espoir, aujourd'hui dissipé, et suscité la colère des associations représentant les patients et leurs proches. Ces associations, qui sont déjà en grande difficulté, sont principalement sollicitées pour ce problème d'accès aux soins.

Mes chers collègues, je suppose que, comme nous, vous avez reçu un courrier émanant de l'ordre des médecins, considérant que la question est « traitée actuellement de façon la plus partielle qui soit, au détriment de la profession médicale ». On croit rêver !

La loi a créé la CMU et l'AME, et les médecins considèrent qu'il n'est pas discriminatoire de refuser de recevoir des patients qui n'ont pas d'autre couverture médicale !

Pour régler cette question, la participation de tous les acteurs est nécessaires : représentants des associations d'usagers, ordres professionnels, financeurs de l'assurance maladie, ARS, HALDE et, naturellement, les représentants de la nation que nous sommes.

Nous regrettons que cet article 18 ait été totalement vidé de son contenu. Parce qu'il n'est pas envisageable que l'on puisse renoncer à faire appliquer la loi, nous nous abstenons sur cet article.

On peut toujours discuter de la manière d'appliquer la loi, mais, dans ce cas précis, il n'y a aucune raison de laisser perdurer une situation qui contrevient à la loi.

Dans une ville comme Paris – je connais particulièrement bien cet exemple – où les médecins ne manquent pas et où les deux tiers des spécialistes et la moitié des généralistes sont en secteur 2, tout un chacun s'ingénie à refuser de recevoir les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME. (*Jacky Le Menn applaudit.*)

**M. le président.** La parole est à M. François Autain, sur l'article.

**M. François Autain.** À l'occasion de l'examen de cet article 18, je voudrais revenir sur la suppression, par la commission des affaires sociales, des mesures introduites par l'Assemblée nationale, autorisant ce qu'il est convenu d'appeler des *testings*, autrement dit, des tests de discrimination.

Notre rapporteur justifie cette suppression en ces termes : « La commission a supprimé la possibilité de recours à la pratique dite de « *testing* », qui fait peser sur l'ensemble de la profession médicale un soupçon sans fondement au regard de l'engagement quotidien de l'immense majorité des praticiens dans l'exercice de leur profession ». Naturellement, nous ne partageons pas du tout cette analyse !

Nous avons donc décidé de déposer un amendement pour réintroduire cette disposition. Malheureusement, une difficulté technique, résultant des conditions de travail déplorables imposées par le refus de la majorité du Sénat et du Gouvernement de repousser le délai de dépôt des amendements, a rendu impossible le dépôt de cet amendement.

Nous considérons que la pratique du *testing*, si elle présente des inconvénients, n'est pas de nature à jeter l'opprobre sur une profession.

Accepter de soumettre des professionnels de santé à de tels tests, dès lors que ces professionnels ne pratiquent pas de discriminations interdites, permettrait au contraire de mettre en lumière que l'immense majorité d'entre eux exerce leur art dans le respect de la loi et de la déontologie.

Inversement, craindre que cette pratique fasse peser sur l'ensemble de la profession le soupçon, c'est envisager que les résultats pourraient être catastrophiques. Monsieur le rapporteur, nous ne vous connaissons pas une telle défiance à l'égard des médecins, bien au contraire !

En réalité, le soupçon dont vous faites part existe déjà. Il est alimenté par des sources officielles, la DREES ayant publié, en 2004, un document sur le refus de soins opposé aux bénéficiaires de la CMU.

Nous sommes d'autant plus étonnés de cette position, monsieur le rapporteur, que la HALDE pratique aujourd'hui ce type de tests à l'encontre des bailleurs privés ou des employeurs. En poursuivant votre raisonnement, j'en déduis que vous considérez que la HALDE fait peser la suspicion sur l'ensemble des propriétaires et des employeurs de notre pays. Si tel est le cas, je m'étonne que le Gouvernement n'ait pas officiellement protesté contre l'attitude de la HALDE.

Aussi, madame la ministre, vous comprendrez que je vous demande de préciser l'opinion du Gouvernement sur les pratiques de *testing*, dans le domaine médical et de manière plus générale, notamment s'agissant des opérations menées par la HALDE.

Mes chers collègues, je regrette d'autant plus la suppression des mesures introduites par l'Assemblée nationale que le CISS vient de communiquer les résultats de l'enquête qu'il a menée. Je ne reviendrai pas sur ces résultats, Jean Desessard les ayant rappelés. Je préciserai néanmoins que, sur les 466 spécialistes testés, 22 %, et non 21 %, d'entre eux refusaient clairement de recevoir les patients bénéficiaires de la CMU. Ce taux est important et semble croître d'année en année, proportionnellement à l'importance du revenu et de la richesse des habitants de la ville dans lequel le cabinet est implanté. Pour autant, ces pratiques concernent une minorité de médecins, minorité qui n'est tout de même pas marginale.

Bien sûr, les réactions ne se sont pas fait attendre. À peine réalisé, ce *testing* était déjà dénoncé par le président de la Confédération des syndicats médicaux français, qui déclarait : « la légalisation du *testing* est le signe d'un acharnement sans précédents contre les médecins ».

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** C'est incroyable !

**M. François Autain.** Chacun appréciera ici la mesure de ces propos.

Mais qu'y a-t-il de choquant à vouloir s'assurer, par tous les moyens, *testing* compris, que les professionnels de santé, qui tirent une partie non négligeable de leurs ressources de l'argent public, qui remplissent des missions de service public, qui bénéficient de plus en plus souvent de rémunérations complémentaires au paiement à l'acte, qui ont prêté serment de soigner sans distinction de richesse, respectent bien un principe fondamental de notre droit, à savoir la non-discrimination fondée sur le revenu ?

Ainsi, par principe, pour ne pas soulever l'indignation et ne pas faire naître le soupçon, une profession devrait être protégée des tests de discrimination... Nous regrettons cette position qui joue contre l'intérêt des malades et de la santé publique.

Madame la ministre, monsieur le rapporteur, mes chers collègues, vous assumez une lourde responsabilité en protégeant des pratiques contraires à l'esprit de notre République.

**M. le président.** La parole est à M. Bernard Cazeau, sur l'article.

**M. Bernard Cazeau.** Que reste-t-il de l'article 18 ? Que reste-t-il de cet article emblématique, censé limiter les refus de soins par les professionnels de santé ? Une peau de chagrin, élimée une première fois lors de son passage à l'Assemblée nationale, rongée et inutilisable depuis son examen par la commission des affaires sociales du Sénat.

Je souhaite, à ce stade du débat, que nous remontions aux origines de cet article 18.

Dès 2002, Médecins du monde publiait les résultats d'une enquête téléphonique anonyme réalisée auprès de 230 dentistes libéraux, choisis au hasard dans onze villes de France : 35,3 % de ces praticiens avaient refusé de soigner un bénéficiaire de la CMU.

En 2004, un test analogue réalisé par l'UFC-Que choisir auprès de 287 spécialistes révélait de fortes disparités territoriales, avec un taux de refus pouvant aller de 30 % à 40 % en Île-de-France, tandis que, dans d'autres régions ou départements, comme la Lozère, l'Hérault ou le Nord-Pas-de-Calais, ce taux était nul.

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** Eh oui !

**M. Bernard Cazeau.** Une enquête réalisée en 2003 par le ministère de la santé auprès de 3 000 ménages bénéficiaires de la CMU a confirmé ces données, qui figurent dans le rapport que M. Chadelat a remis au Premier ministre le 30 novembre 2006. Saisie à plusieurs reprises, la HALDE a qualifié ces pratiques de discriminatoires.

Tirant les conséquences de ces faits, et bien que plusieurs dispositions, notamment d'ordre déontologique, encadrent et répriment d'ores et déjà le refus de soins, l'article 18 prévoit explicitement l'interdiction de discriminer les patients, en consacrant dans la loi des obligations déontologiques déjà adoptées par la profession.

Cet article vise donc à interdire aux professionnels de santé de refuser des soins à un patient pour un motif discriminatoire et à permettre aux directeurs des organismes locaux d'assurance maladie de sanctionner les praticiens pour ces faits.

Une victime pourra saisir soit le directeur de la caisse locale d'assurance maladie, soit l'ordre professionnel concerné, et, si la discrimination est avérée, des sanctions pourront être prises, prenant la forme de pénalités financières.

Dans son texte initial, le Gouvernement avait prévu d'inverser la charge de la preuve au profit des patients dans les contentieux relatifs à ces refus, en disposant, comme dans le code du travail, que la victime soumet les faits qui permettent de présumer l'existence d'une discrimination et qu'il appartient à la partie défenderesse de prouver que le refus en cause est justifié par des éléments objectifs étrangers à toute discrimination.

Cependant, le paragraphe I de l'article 18 a été sensiblement modifié à l'Assemblée nationale par l'adoption d'un amendement de la commission substituant une procédure de sanction des refus discriminatoires de soins à l'inversion de la charge de la preuve. Pour justifier une telle modification, le rapporteur a invoqué l'inadaptation de la procédure initialement prévue, qui s'apparente selon lui à un procès d'intention fait aux professionnels de la santé et risque d'engendrer un abondant contentieux, alors qu'il appartient aux ordres professionnels d'inciter leurs membres à respecter leurs obligations déontologiques.

**M. Alain Vasselle.** Il a raison !

**M. Bernard Cazeau.** En vue d'inciter les ordres professionnels à plus de sévérité, le dispositif adopté à l'Assemblée nationale prévoit que, après une conciliation conjointe réalisée par l'ordre concerné et les caisses d'assurance maladie, les directeurs des caisses prononcent le cas échéant des sanctions à l'encontre des professionnels mis en cause. Cette procédure permettrait prétendument d'éviter toute complaisance à l'égard des professionnels de santé et d'impliquer plus étroitement les ordres professionnels.

Précisons que cette nouvelle rédaction de l'Assemblée nationale conservait néanmoins la méthode dite du *testing*, c'est-à-dire la possibilité, pour une personne, de recourir à des tests aléatoires pour démontrer l'existence d'un refus discriminatoire.

Alors que nous espérions *a minima* que les caisses d'assurance maladie appliqueraient activement cette méthode du *testing*, c'en était encore trop pour la commission des affaires sociales, qui a supprimé la possibilité d'y recourir, au motif, cette fois, que cette pratique « fait peser sur l'ensemble de la profession médicale un soupçon sans fondement ». Comme le disait mon collègue François Autain, cette méthode ne fait pas peser de soupçon sans fondement sur les employeurs, les artisans, les commerçants ou d'autres professionnels, mais il n'en va pas de même pour les médecins ! Le *testing* ou l'aménagement de la charge de la preuve, aujourd'hui reconnu par le droit du travail, n'ont pas jeté l'opprobre sur l'ensemble des employeurs.

En résumé, on instaure une procédure compliquée et on limite les moyens d'agir des victimes. Autant dire que l'on ne risque pas de faire évoluer certaines pratiques discriminatoires, qui, réellement constatées, ternissent l'image de la profession. Je renvoie ceux qui en doutent encore à l'enquête du CISS, le collectif interassociatif sur la santé, publiée le 25 mai dernier et qui montre notamment que 50 % des spécialistes parisiens à honoraires libres refusent les patients couverts par la CMU.

J'aurai l'occasion, dans la suite du débat, de présenter un amendement n° 785 qui, s'il est adopté, rouvrira la possibilité de pratiquer le *testing*. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Catherine Procaccia, sur l'article.

**Mme Catherine Procaccia.** Je voudrais rappeler les débats qui ont eu lieu en commission et partager les informations que j'ai pu obtenir.

Effectivement, qu'un médecin refuse de soigner un malade, qu'il soit bénéficiaire de la CMU, de l'AME ou autre, n'est pas acceptable. L'ensemble des membres de la commission des affaires sociales partagent ce sentiment.

M'interrogeant sur les raisons de ces refus de soins, j'ai demandé à quelques médecins, généralistes et spécialistes, de mon département du Val-de-Marne s'ils refusaient de recevoir des bénéficiaires de la CMU ou de l'AME. Bien évidemment, ils m'ont répondu par la négative, et je ne vais pas aller vérifier la véracité de leurs affirmations !

Cependant, ils m'ont signalé une pratique qui peut être à l'origine de discriminations : il arrive que la caisse d'assurance maladie ne les paye pas lorsqu'ils soignent des bénéficiaires de la CMU si ces derniers ont négligé de faire renouveler leurs droits. Si de tels cas restent isolés, passe encore, mais s'ils se multiplient, cela peut rendre les médecins concernés réticents à prendre en charge de tels patients.

**M. Bernard Cazeau.** C'est minable !

**M. Christian Cambon.** C'est la réalité!

**Mme Catherine Procaccia.** À en croire le témoignage des quelques collègues sénateurs que j'ai interrogés à ce sujet, ce phénomène ne concernerait que la seule région parisienne. Il semble inconnu ailleurs. N'est-ce pas une attitude particulière des caisses d'assurance maladie d'Île-de-France qui pousse des médecins échaudés à adopter le comportement que j'évoquais?

Cette explication, même si elle n'est certainement pas la seule, mérite d'être prise en considération. Madame la ministre, j'aimerais que vous puissiez intervenir auprès des caisses d'assurance maladie sur ce point. Pourquoi les consultations des bénéficiaires de la CMU ayant négligé de faire renouveler leurs droits, ce qui peut prendre trois mois, ne sont-elles pas payées aux médecins?

Par ailleurs, certains médecins se plaignent de l'attitude des bénéficiaires de la CMU, qui n'admettent pas d'avoir à attendre un mois et demi pour un rendez-vous chez l'ophtalmologue, comme nous devons le faire, même en région parisienne. (*Vives protestations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

Mes chers collègues, il faut l'accepter : un bénéficiaire de la CMU ou de l'AME ne va pas forcément obtenir un rendez-vous dans les trois jours, parce que le médecin n'est pas toujours disponible aussi rapidement.

**M. François Autain.** C'est petit!

**M. Bernard Cazeau.** Minable!

**Mme Catherine Procaccia.** Outre le problème de paiement que j'évoquais à l'instant, cette attitude peut également expliquer les réticences de certains médecins.

Enfin, jusque récemment, les bénéficiaires de la CMU n'étaient pas concernés par le dispositif du médecin traitant, alors que, sur le plan sanitaire, ces personnes sont sans doute les moins bien suivies et les plus fragiles et ont plus que d'autres besoin d'être accompagnées et orientées. Notre collègue Alain Vasselle a fait adopter en loi de financement de la sécurité sociale un amendement pour changer cette situation, mais, sur quatre médecins que j'ai interrogés, aucun ne savait que les bénéficiaires de la CMU peuvent désormais avoir un médecin traitant. Le ministère de la santé et les caisses d'assurance maladie doivent faire des efforts pour informer les praticiens et les bénéficiaires de la CMU, dont le médecin traitant pourra peut-être faciliter le parcours de soins.

Pour ma part, je fais entièrement confiance à la commission et à son rapporteur. Certains affirment que la profession médicale compte 20 % de brebis galeuses, mais cela veut dire que 80 % des médecins font bien leur travail : pourquoi insister sur ceux qui ne jouent pas le jeu?

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** Il faut supprimer le *testing* partout ailleurs, alors!

**M. Christian Cambon.** Vous croyez toujours connaître mieux le terrain que nous, comme si nous n'étions pas maires, nous aussi!

**Mme Catherine Procaccia.** Ceux qui pratiquent la discrimination sont connus et doivent être sanctionnés, mais essayons aussi de remédier aux causes du problème afin que d'autres médecins ne soient pas incités à adopter le même type d'attitude.

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** Inadmissible!

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur.

**M. Alain Milon, rapporteur.** J'aimerais tout d'abord revenir sur des idées largement répandues, mais qui sont erronées.

Ce matin, l'un de nos collègues a prétendu que les études de médecine coûtaient cher à l'État. Nous avons expliqué que tel n'était pas le cas.

Par ailleurs, je viens d'entendre affirmer, sur les travées de la gauche, que les médecins tireraient en fait l'essentiel de leurs ressources des deniers publics!

**M. François Autain.** Absolument!

**M. Alain Milon, rapporteur.** C'est faux!

**M. François Autain.** C'est la couverture socialisée!

**M. Alain Milon, rapporteur.** La sécurité sociale a été mise en place non pas pour payer le médecin, mais pour rembourser le patient! (*Exclamations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** C'est incroyable d'entendre cela!

**M. Alain Milon, rapporteur.** Elle a été créée pour rembourser le patient du coût des soins qu'il peut recevoir d'un médecin.

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** Dans les pays où il n'y a pas de sécurité sociale, combien y a-t-il de médecins?

**M. Alain Milon, rapporteur.** Ma chère collègue, vous n'allez tout de même pas vous plaindre du nombre de médecins en France!

J'en reviens à l'article 18. Il touche à un point sensible, celui des discriminations, qui sont une difficulté réelle en matière d'accès aux soins pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle, de la couverture maladie universelle complémentaire ou de l'aide médicale d'État.

La sanction de ces comportements contraires à la déontologie professionnelle doit être renforcée, et c'est ce qui justifie l'intervention des caisses d'assurance maladie. La commission des affaires sociales n'a pas souhaité revenir sur ce point. De plus, elle a proposé que la conciliation ne soit pas obligatoire dans les cas de récidive. Enfin, elle a clarifié la procédure, estimant en effet qu'il serait préjudiciable à son efficacité de l'alourdir en multipliant les intervenants potentiels.

La condamnation du refus de soins ne peut être qu'unanime.

**M. François Autain.** Hypocrisie!

**M. Alain Milon, rapporteur.** Pour préciser nos débats, je tiens à rendre aux faits leurs justes proportions. Comme l'a souligné M. Chadelat dans son rapport remis en novembre 2006, qui se fonde sur les relevés d'activité des médecins dont disposent les caisses primaires d'assurance maladie, le refus de soins est cantonné à certaines spécialités, dans certaines zones géographiques. Il relève le chiffre de 171 omnipraticiens n'ayant aucun patient bénéficiaire de la CMU dans leur clientèle, soit 0,29 % des généralistes. Cela signifie que, pour 99,7 % des généralistes, la part des bénéficiaires de la CMU, de la CMU-C ou de l'AME parmi leurs patients se rapproche plus ou moins de leur proportion au sein de la population. Le refus systématique de soins est donc le fait d'une petite minorité.

Dès lors, il me paraît que la pratique dite du *testing* ferait peser un soupçon injuste sur les médecins, d'autant que le caractère démonstratif de ces méthodes n'est pas prouvé et que les résultats obtenus ont d'abord vocation à susciter un écho médiatique, comme le montre la dernière campagne menée par les associations afin d'influer sur nos débats.

Cette campagne a d'ailleurs fait la preuve que ceux qui veulent pratiquer le *testing* n'ont pas besoin de la loi pour le faire, ce qui justifie que la commission des affaires sociales en ait supprimé la mention à l'article 16.

**M. le président.** La parole est à Mme Isabelle Debré, sur l'article.

**Mme Isabelle Debré.** Je pense que nous sommes tous d'accord...

**M. François Autain.** Non !

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** Absolument pas !

**Mme Isabelle Debré.** Laissez-moi finir !

**M. Christian Cambon.** Ils veulent toujours avoir raison !

**Mme Isabelle Debré.** Nous sommes au moins tous d'accord pour dire que tout le monde a les mêmes droits, dont celui de se faire soigner. Mais cela implique que tout le monde a aussi les mêmes devoirs.

Sans entamer une polémique, je voudrais confirmer les propos de ma collègue Catherine Procaccia.

J'ai moi aussi mené une petite enquête dans mon département, celui des Hauts-de-Seine.

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** Vous avez fait du *testing* ?

**Mme Isabelle Debré.** Il en est ressorti que le problème essentiel, s'agissant des patients titulaires de la CMU, réside dans le paiement des médecins par les caisses d'assurance maladie. Voilà quelques instants encore, un orthoptiste me confiait que le règlement de la consultation pouvait prendre de trois à six mois dans ce cas.

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** Ce n'est pas une raison pour pénaliser les malades !

**Mme Isabelle Debré.** Malgré cela, ce professionnel n'a jamais refusé, je m'en porte garante, de recevoir un bénéficiaire de la CMU.

Des consignes devraient être données pour accélérer un peu les règlements par la caisse primaire d'assurance maladie. Il n'y a en effet aucune raison qu'un praticien attende six mois le règlement d'une consultation. Si tout se passait bien, aucun médecin ne refuserait de recevoir les bénéficiaires de la CMU !

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** On pourrait s'en assurer en faisant un *testing* avant et après !

**M. le président.** La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** L'article 18 est extrêmement important.

Le code de déontologie encadre et réprime le refus de soins, qui constitue une pratique particulièrement grave contre laquelle il faut lutter avec une détermination sans faille. Elle touche en effet les assurés les plus fragiles, c'est-à-dire les bénéficiaires de la CMU-C, de l'aide médicale d'État ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, l'ACS. L'article 18 vise à renforcer les sanctions contre ces comportements inadmissibles.

Pour intensifier la lutte contre les refus de soins, il est prévu d'interdire très clairement toute discrimination financière ou sociale, en visant explicitement les refus de soins à l'encontre des bénéficiaires de la CMU-C, de l'AME et de l'ACS. L'article 18 complète également l'article L. 1110-3 du code de la santé publique en visant directement les critères du code pénal, à savoir l'origine, le sexe, les mœurs, l'âge, le handicap, l'appartenance à une ethnie, à une nation ou à une religion, etc.

Il est en outre prévu de mettre en place une conciliation préalable – c'est une initiative de l'Assemblée nationale –, qui n'interviendra pas en cas de récidive – c'est une modification du dispositif apportée par la commission des affaires sociales du Sénat –, par une commission mixte réunissant des représentants du conseil de l'ordre professionnel concerné et de l'assurance maladie devant laquelle le professionnel incriminé devra s'expliquer. L'échec de cette conciliation entraînera la saisine de la chambre disciplinaire ordinaire par le conseil de l'ordre. Si ce dernier ne transmet pas la plainte, les directeurs de caisse pourront sanctionner directement les professionnels de santé par des pénalités financières, après avis d'une commission des pénalités composée en partie de professionnels de santé, et ce dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.

À ma demande, le Gouvernement avait inséré dans le projet de loi initial la possibilité d'apporter des éléments de preuve en ayant recours au *testing*. Pourquoi avais-je besoin de ce fondement juridique ?

Quand des opérations de *testing* sont menées à la demande de la HALDE, la discrimination est établie par des faits : on peut constater que quelqu'un s'est vu refuser la location d'un appartement ou une embauche en raison de la couleur de sa peau. En revanche, en milieu médical, la personne qui procède au test n'est ni malade ni réellement bénéficiaire de la CMU-C, de l'AME ou de l'ACS.

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** C'est la même chose avec l'envoi de CV !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** La HALDE m'avait donc demandé de donner un fondement juridique à cette pratique en milieu médical.

Le *testing* est une technique qui permet de mieux protéger les plus défavorisés, en leur permettant de prouver plus facilement la discrimination dont ils ont été victimes, mais aussi, je tiens à le souligner, les professionnels, contre des accusations abusives. Le *testing* est en effet un moyen d'apporter les éléments objectifs permettant à ces derniers de se disculper définitivement.

M. le rapporteur l'a dit, dans certaines zones géographiques et dans certaines spécialités, les refus de soins représentent certes un phénomène important, mais, rapportés à l'ensemble de la population médicale, ils ne concernent qu'une proportion très faible des praticiens. Je ne vois d'ailleurs pas ce qui fait peur aux médecins, puisqu'ils disent eux-mêmes qu'ils ne refusent pas de recevoir les bénéficiaires de la CMU, de l'ACS ou de l'AME. Le *testing* prouvera qu'ils respectent la loi et leur permettra même de se disculper d'éventuelles accusations abusives.

À ce propos, l'argument selon lequel certains médecins refuseraient de soigner les titulaires de la CMU ou de l'AME en raison de retards de paiement des consultations ne me paraît pas recevable. Le rôle social du médecin est d'accueillir des personnes en difficulté, et il faut savoir que les bénéficiaires de la CMU représentent moins de 8 % de la population.

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** Eh oui, vous vous rendez compte !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Leurs consultations sont donc loin de constituer la plus grande part de la rémunération des médecins, et le fait que le paiement par la caisse d'assurance maladie intervienne avec un peu de retard...

**Mme Catherine Procaccia.** Un peu ? Ce n'est jamais remboursé !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** ... ne justifie aucunement des refus de soins.

**M. François Autain.** Les médecins ont des problèmes de trésorerie, c'est bien connu !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Cela étant, un médecin a parfaitement le droit de refuser de continuer de traiter un patient, qu'il relève ou non de la CMU, quand sa relation avec celui-ci est gravement perturbée, en cas par exemple de violences physiques, de menaces verbales ou d'absence réitérée aux rendez-vous. Si ce patient est titulaire de la CMU ou de l'AME, comment le médecin pourra-t-il prouver qu'il ne s'agit pas d'une discrimination ? C'est impossible ! Son attitude sera considérée comme répréhensible alors même que l'arrêt du traitement était fondé sur des éléments objectifs. Avec le *testing*, le médecin aurait les moyens de se disculper définitivement. Pour ma part, je suis une militante de cette technique, qui protège tant les malades que les médecins.

Monsieur le rapporteur, je ne vous suis pas dans votre argumentation lorsque vous dites que ce qui s'est passé avec le CISS invalide la démarche législative. C'est le contraire ! En refusant d'encadrer par la loi le *testing* et de l'organiser en concertation avec les professionnels de santé, on s'expose à ce que des associations le pratiquent de manière sauvage, sans contrôle, au détriment des médecins !

**M. François Autain.** Elle a raison !

**M. Jacky Le Menn.** C'est vrai !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** En effet, je peux vous garantir que, avant deux ans, les magazines qui titrent sur le classement des lycées ou sur la cote de l'immobilier en Île-de-France dénonceront en couverture « les médecins qui refusent de soigner les pauvres » !

Le Gouvernement a pris acte que la représentation nationale n'avait pas entendu son message. Je le regrette, parce que la transparence et la défense des plus vulnérables d'entre nous se situent au cœur de mon engagement et de mon combat politique, mais je ne déposerai pas d'amendement visant à réinscrire le *testing* dans le projet de loi.

**M. Gilbert Barbier.** Très bien !

**M. François Autain.** C'est dommage !

**M. le président.** L'amendement n° 569, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le deuxième alinéa du I de cet article :

« Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne en raison de ses mœurs, de sa situation de famille, de son handicap ou de son état de santé, de son origine ou de son appartenance ou non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée, pour tout autre motif visé au premier alinéa de l'article 225-1 du code pénal ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide prévus aux articles L. 861-1 et L. 863-1 du code de la sécurité sociale, ou du droit à l'aide prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles. »

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Cet amendement tend à revenir à la rédaction du projet de loi antérieure à l'examen du texte par la commission des affaires sociales.

Certes, les éléments que nous présentons comme constitutifs d'actes de discrimination dans l'accès aux soins sont déjà visés dans le code pénal, notamment en son article 225-1, auquel nous faisons référence dans notre amendement afin de ne rien omettre.

Toutefois, il nous a semblé qu'il était préférable de faire explicitement mention, dans l'article 18, des actes constituant une discrimination illégale, afin de permettre aux personnes qui s'estimeraient victimes d'une discrimination en matière d'accès aux soins de trouver dans cet article tous les éléments pertinents. Il s'agit en somme de simplifier sinon le droit, du moins sa lecture par les personnes qu'il est censé protéger.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** La commission estime qu'une véritable simplification consiste à renvoyer au code pénal, dont les dispositions sont plus largement connues. De plus, ce renvoi permettra d'éviter l'éventuelle apparition, au fil du temps, de différences de rédaction entre les dispositions du code de la santé publique et celles du code pénal, qui seraient cause d'incompréhension et de complexités juridiques importantes.

La commission a donc émis un avis défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Même avis défavorable.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 569.

(L'amendement n'est pas adopté.)

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 491, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit la première phrase du troisième alinéa du I de cet article :

Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut soumettre les faits qui permettent d'en présumer l'existence directement au directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou au conseil départemental de l'ordre professionnel compétent ou par l'intermédiaire des associations mentionnées à l'article L. 1114-1.

La parole est à Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** Monsieur le rapporteur, vous savez très bien que c'est grâce au financement socialisé de la santé que la grande majorité de nos concitoyens ont accès aux soins, même si beaucoup renoncent à certains soins en raison de l'évolution de notre système de sécurité sociale. Sans ce financement socialisé, qui place la France dans une situation avantageuse, en matière de santé, par rapport à d'autres pays ayant suivi des voies différentes, nous comptons beaucoup moins de médecins sur notre territoire. Tout le monde le sait ! Il suffit d'établir des comparaisons simples entre les pays très développés dotés d'un système de financement public et les autres pour s'en convaincre. Dire qu'il est faux d'affirmer que les médecins, en France, ne vivent pas du financement public n'est donc pas admissible !

En ce qui concerne l'amendement n° 491, il a pour objet de permettre aux personnes qui s'estiment victimes d'un refus de soins répréhensible au sens de l'article 18 de disposer d'un droit de saisine par le biais des associations qui les représentent dans les instances de santé publique.

Cette disposition nous semble propre à recevoir l'approbation de la majorité du Sénat, voire à faire l'unanimité, car elle tend à transposer dans le domaine de la santé des mécanismes de représentation qui existent déjà dans d'autres secteurs, comme le travail ou le logement.

Quand j'entends certains de nos collègues, je me demande si les bailleurs ou les gérants de boîte de nuit ou de salle de spectacles, qui font déjà l'objet d'opérations de *testing* de la HALDE, ne vont pas exiger leur interdiction. En effet, je ne vois pas pourquoi ils accepteraient d'être soumis à cette pratique alors que les professionnels de santé s'insurgent contre ce qu'ils considèrent comme une atteinte à leur liberté de travail!

**M. le président.** L'amendement n° 745, présenté par MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagache, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Dans la première phrase du troisième alinéa du I de cet article, après le mot :

concerné

insérer les mots :

ou son organisme d'assurance maladie complémentaire qui retransmettra sa demande à l'une des deux instances précitées dans un délai et selon des modalités fixées par décret,

La parole est à M. Bernard Cazeau.

**M. Bernard Cazeau.** Cet amendement relève du même esprit que le précédent.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** L'amendement n° 491 tend à ouvrir la saisine aux associations de patients. La commission a émis un avis défavorable.

L'amendement n° 745 vise à ouvrir la saisine aux assurances complémentaires pour les plaintes en matière de discrimination. La procédure nouvelle fait déjà intervenir les organismes locaux d'assurance maladie à côté des ordres professionnels. Cette disposition semble suffisante pour garantir que les dossiers seront instruits et il n'y a pas lieu de multiplier les acteurs susceptibles d'intervenir dans la procédure.

La commission a également émis un avis défavorable sur cet amendement.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je rappelle que le décret du 27 mars 2007 prévoit que les actions contre un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme peuvent désormais être introduites devant la chambre disciplinaire de première instance par les associations de défense des droits des patients.

Il est effectivement important de viser les associations de défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé. Si les plaintes sont finalement si peu nombreuses, c'est que les personnes les plus démunies, les plus fragiles, vivant dans la plus grande précarité, ont beaucoup de mal à faire valoir leurs droits parce qu'elles sont en général très isolées.

Cela étant, dans cette affaire, il faut marcher sur une ligne de crête, en préservant le principe de l'action sur l'initiative de la victime, afin qu'il y ait un réel intérêt à engager les poursuites, tout en permettant aux associations de défense des droits des malades et des usagers du système de santé ou de lutte contre les discriminations d'accompagner cette action en aidant l'intéressé à établir et à étayer son dossier, par exemple, ou encore en signalant les faits qu'elles auraient constatés.

Je suis défavorable à l'amendement n° 745, car il ne serait vraiment pas de bonne gestion d'inscrire dans la loi qu'un organisme n'ayant aucune prérogative d'action en la matière pourra recevoir les plaintes. Cela pourrait même créer de la confusion.

Néanmoins, un organisme complémentaire peut parfaitement informer ses adhérents sur les possibilités d'action existantes et réorienter, avec l'accord du patient, des plaintes qui lui seraient parvenues par erreur.

Le Gouvernement est également défavorable à l'amendement n° 491.

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** Dommage!

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 491.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 745.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 492, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau, Pasquet et les membres du groupe Communiste, Republicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Après la deuxième phrase du troisième alinéa du I de cet article, insérer une phrase ainsi rédigée :

Au vu de ces éléments, il appartient à la partie défenderesse de prouver que le refus en cause est justifié par des éléments objectifs étrangers à toute discrimination.

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Avec cet amendement, nous entendons revenir à la rédaction initialement présentée par le Gouvernement, que nous estimons, pour ce qui est de la lutte contre la discrimination, préférable aux rédactions établies par l'Assemblée nationale ou par la commission des affaires sociales du Sénat.

En effet, nous considérons que l'inversion de la charge de la preuve en matière de discrimination était un aménagement de nos règles procédurales souhaitable, puisque les discriminations sont par nature difficiles à prouver. Il est au contraire plus aisé, pour le professionnel de santé, de prouver que son refus de soigner un patient ne s'est pas fondé sur une discrimination illégale.

Au-delà, la rédaction du Gouvernement nous semblait conforme à l'évolution de notre droit, intervenue notamment sous l'impulsion de la législation européenne. En effet, la loi du 16 novembre 2001 relative à la lutte contre les discrimi-

nations prévoit un aménagement de la charge de la preuve qui oblige l'employeur accusé de discrimination à prouver que sa décision n'est pas fondée sur un motif discriminatoire. Ce régime est plus favorable à la partie demanderesse, qui se heurteait jusqu'alors à l'obligation de la preuve.

Cet aménagement, cantonné jadis au droit du travail et au code civil, tend aujourd'hui à concerner l'ensemble du droit positif de notre pays, notamment depuis l'adoption par le Sénat et l'Assemblée nationale de la loi n° 2008-496 du 27 mai 2008, puisque toute personne s'estimant victime d'une discrimination directe ou indirecte peut se contenter de présenter devant la juridiction civile compétente les faits qui permettent de présumer l'existence de cette discrimination.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** L'inversion de la charge de la preuve fait peser sur le médecin une obligation de démontrer sa bonne foi qui est particulièrement difficile à assumer. *(M. François Autain s'exclame.)*

De plus, cette disposition fait en elle-même peser un soupçon infondé sur les professionnels de santé.

À propos d'une telle inversion de la charge de la preuve envisagée, concernant les femmes enceintes, par un projet de directive communautaire, notre collègue Annie David a estimé, dans son rapport établi au nom de la commission des affaires sociales, que « des faits qui laissent simplement présumer l'existence d'une faute ne peuvent suffire à prouver l'existence de celle-ci et qu'en méconnaissant cette règle et en imposant un renversement de la charge de la preuve dans les cas de contentieux concernant son application, la proposition de directive remet en cause le principe de la présomption d'innocence, principe fondamental de la République ».

Je réclame le bénéfice de cette analyse pour les médecins, et j'émet donc un avis défavorable sur l'amendement.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Défavorable.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 492.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 748, présenté par MM. Cazeau et Le Menn, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagache, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Dans la dernière phrase du troisième alinéa du I de cet article, remplacer les mots :

peut le convoquer dans un délai d'un mois

par les mots :

le convoque dans un délai de quinze jours

La parole est à M. Bernard Cazeau.

**M. Bernard Cazeau.** Je retire cet amendement, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 748 est retiré.

L'amendement n° 785, présenté par MM. Le Menn, Godefroy et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mmes Ghali et Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagache, Mmes Le Texier et Printz, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Compléter le troisième alinéa du I de cet article par une phrase ainsi rédigée :

Cette disposition est applicable également quand le refus est commis à l'encontre d'une personne ayant sollicité les soins dans le but de démontrer l'existence du refus discriminatoire.

La parole est à M. Bernard Cazeau.

**M. Bernard Cazeau.** Cet amendement vise à rétablir la possibilité du recours à la méthode dite du *testing*, c'est-à-dire la possibilité de pratiquer des tests aléatoires pour démontrer l'existence d'un refus discriminatoire.

Je demande un scrutin public sur cet amendement.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Nous nous sommes déjà longuement exprimés sur ce point : avis défavorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Défavorable.

**M. le président.** La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote.

**M. Alain Vasselle.** Depuis le début de l'examen de ce texte, je constate que certains, dont, semble-t-il, le Gouvernement, considèrent que le code de déontologie ne suffit plus et qu'il faut prévoir des dispositions législatives pour le renforcer et veiller à son application.

**Mme Nicole Borvo Cohen-Seat.** Malheureusement !

**M. Alain Vasselle.** Dans ces conditions, le code de déontologie conserve-t-il encore sa raison d'être ? Pourquoi faut-il renforcer ses dispositions ? Une évolution du comportement des médecins français justifie-t-elle cette suspicion à leur égard quant au respect du code de déontologie ?

Par ailleurs, j'ai entendu Mme la ministre faire valoir que le *testing* avait pour objet de protéger les intérêts des patients, notamment des bénéficiaires de l'AME ou de la CMU-C, mais également ceux des médecins.

Or l'Assemblée nationale, en supprimant l'inversion de la charge de la preuve, a contribué à protéger le médecin, en laissant au patient le soin de démontrer qu'il a effectivement été victime d'une discrimination.

Le texte de l'Assemblée nationale me semble donc avoir permis de répondre, au moins en partie, aux préoccupations de Mme la ministre, qui souhaite protéger les médecins contre les accusations abusives de certains patients.

Nous verrons, à l'usage, s'il y a lieu d'aller plus loin. À ce stade, il me paraît sage de s'en tenir au texte équilibré de la commission.

**M. le président.** La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

**M. Jean Desessard.** Monsieur Vasselle, vous mettez, sur cette question, à côté de la plaque !

Tout d'abord, sommes-nous d'accord pour reconnaître qu'il existe des pratiques discriminatoires? Certains nous expliquent que, en fait, des médecins craignent d'être payés en retard...

**Mme Isabelle Debré.** Ce n'est pas ce que j'ai dit!

**M. Jean Desessard.** Vous avez dit que le paiement intervenait avec six mois de retard ou même pas du tout,...

**Mme Isabelle Debré.** Absolument!

**M. Jean Desessard.** ... ce qui pouvait expliquer certains comportements.

Quoi qu'il en soit, nous sommes unanimes à reconnaître l'existence de pratiques discriminatoires.

**M. François Autain.** On va faire du *testing* à la sécurité sociale!

**M. Jean Desessard.** Ce constat étant posé, devons-nous laisser faire? Nous avons tous été d'accord pour affirmer que de tels comportements devaient être sanctionnés. Mais comment?

À l'évidence, un bénéficiaire de la CMU n'est guère en mesure d'intenter une action en justice. Il risque d'éprouver des difficultés à trouver un avocat, devra recourir à l'aide juridictionnelle et risque finalement de renoncer. Ce n'est pas la victime qui peut engager un combat juridique contre la discrimination.

Il faut donc qu'un organisme intervienne selon une démarche objective, en procédant à des enquêtes, qui doivent nécessairement être autorisées par la loi. C'est la raison pour laquelle nous souhaitons, comme Mme la ministre dans un premier temps, que la possibilité de pratiquer le *testing* soit inscrite dans le texte.

Par conséquent, les termes du débat sont très simples: des discriminations existent; nous sommes contre et nous voulons qu'elles soient sanctionnées; pour cela, ces pratiques doivent être prouvées, au moyen d'un *testing*, qui doit donc être autorisé par la loi.

Dans cette perspective, l'amendement présenté par M. Cazeau est parfaitement justifié.

**M. le président.** La parole est à M. Jacky Le Menn, pour explication de vote.

**M. Jacky Le Menn.** Je commence à être quelque peu irrité par cette discussion!

Pour lutter contre les discriminations, et pas seulement en matière de santé, dont sont victimes les plus fragiles de nos concitoyens, aucun outil n'est à rejeter *a priori*. Le *testing* n'est pas une pratique qui fait peser une suspicion sur l'ensemble d'une profession, médicale ou autre, et il doit donc être possible d'y recourir.

Toutes les professions comprennent quelques fripouilles, et il n'y a pas de raison que les professions médicales fassent exception! Par conséquent, il me semble préférable d'encadrer et d'appliquer les méthodes dont nous disposons pour lutter contre les discriminations – le *testing* en fait partie –, plutôt que de laisser certains y recourir de manière « sauvage ». À mon sens, c'est une question de solidarité envers ceux qui connaissent le plus de difficultés. Il est possible que des médecins rencontrent des problèmes pour obtenir d'être payés par les caisses d'assurance maladie, mais il est bien plus grave de ne pas pouvoir se faire soigner!

Par conséquent, je suis entièrement favorable à la pratique du *testing* dans le milieu médical.

**M. François Autain.** Très bien!

**M. le président.** La parole est à M. Gilbert Barbier, pour explication de vote.

**M. Gilbert Barbier.** Je voudrais revenir sur l'argument, employé notamment par Mme la ministre, selon lequel, en l'absence de disposition législative autorisant, en l'encadrant, la pratique du *testing*, on verrait se développer le *testing* « sauvage ».

Madame la ministre, le classement des établissements de santé établi par vos services n'empêche pas la publication, par certains hebdomadaires, de palmarès réalisés à leur demande. Vous le savez très bien! Dans le même ordre d'idées, vous aurez beau instaurer une procédure de *testing* légale, cela ne mettra pas fin au *testing* « sauvage »!

La vocation de certains organismes semble être de susciter des polémiques dans les médias en publiant les résultats d'enquêtes réalisées dans des conditions opaques. Ainsi, 466 spécialistes ont récemment été testés dans onze villes différentes. Vous n'empêchez donc pas les médias de se faire l'écho de telles démarches entreprises hors de tout cadre légal. À mon sens, le *testing* est une procédure tout à fait déshonorante pour la profession médicale.

**M. Jacky Le Menn.** Arrêtez!

**M. Gilbert Barbier.** Mme Borvo Cohen-Seat a évoqué le cas des bailleurs, mais il existe, dans les professions de santé, une clause de conscience. C'est une différence fondamentale avec les autres professions qui ont été citées! Un praticien a toujours le droit de refuser de soigner un patient, sans être obligé de révéler les motifs de sa décision.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 785.

Je suis saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe socialiste.

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

(Le scrutin a lieu.)

**M. le président.** Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

(Il est procédé au comptage des votes.)

**M. le président.** Voici le résultat du dépouillement du scrutin n° 177 :

Nombre de votants .....	314
Nombre de suffrages exprimés .....	301
Majorité absolue des suffrages exprimés .....	151
Pour l'adoption .....	141
Contre .....	160

Le Sénat n'a pas adopté.

La suite de la discussion est renvoyée à une prochaine séance.

6

### TEXTES SOUMIS AU SÉNAT EN APPLICATION DE L'ARTICLE 88-4 DE LA CONSTITUTION

**M. le président.** M. le président du Sénat a reçu de M. le Premier ministre les textes suivants, soumis au Sénat par le Gouvernement, en application de l'article 88-4 de la Constitution :

-Proposition de décision du Conseil concernant la non-inscription de la bifenthrine à l'annexe I de la directive 91/414/CEE du Conseil et le retrait des autorisations de produits phytopharmaceutiques contenant cette substance ; ce texte sera imprimé et distribué sous le n° E-4491 ;

-Proposition de décision du Conseil concernant la non-inscription de l'huile de paraffine CAS 8042-47-5 à l'annexe I de la directive 91/414/CEE du Conseil et le retrait des autorisations de produits phytopharmaceutiques contenant cette substance ; ce texte sera imprimé et distribué sous le n° E-4492 ;

-Projet de modifications du règlement de procédure du Tribunal de première instance ; ce texte sera imprimé et distribué sous le n° E-4493 ;

-Proposition de règlement du Conseil modifiant le règlement (CE) n° 2505/96 portant ouverture et mode de gestion de contingents tarifaires communautaires autonomes pour certains produits agricoles et industriels ; ce texte sera imprimé et distribué sous le n° E-4494 ;

-Proposition de décision du Conseil concernant la non-inscription de la diphénylamine à l'annexe I de la directive 91/414/CEE du Conseil et le retrait des autorisations de produits phytopharmaceutiques contenant cette substance ; ce texte sera imprimé et distribué sous le n° E-4495.

7

### ORDRE DU JOUR

**M. le président.** Voici quel sera l'ordre du jour de la prochaine séance publique, précédemment fixée au mardi 2 juin 2009, à quinze heures et le soir :

1. Proposition de résolution tendant à modifier le règlement du Sénat pour mettre en œuvre la révision constitutionnelle, conforter le pluralisme sénatorial et rénover les méthodes de travail du Sénat, présentée par M. Gérard Larcher, président du Sénat (n° 377, 2008-2009).

Rapport de M. Patrice Gélard, fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale (n° 427, 2008-2009).

Texte de la commission (n° 428, 2008-2009).

2. Proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, tendant à modifier l'ordonnance n° 58-1100 du 17 novembre 1958

relative au fonctionnement des assemblées parlementaire et à compléter le code de justice administrative (n° 373, 2008-2009).

Rapport de M. Patrice Gélard, fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale (n° 425, 2008-2009).

Texte de la commission (n° 426, 2008-2009).

Personne ne demande la parole?...

La séance est levée.

*(La séance est levée à dix-sept heures cinquante-cinq.)*

*La Directrice  
du service du compte rendu intégral,*

MONIQUE MUYARD

### QUESTION(S) ORALE(S)

REMISE(S) À LA PRÉSIDENTE DU SÉNAT

#### *SITUATION FINANCIÈRE DES BÉNÉFICIAIRES DE L'ALLOCATION AUX ADULTES HANDI- CAPÉS REPRENANT UNE ACTIVITÉ PROFES- SIONNELLE*

n° 577 - Le 4 juin 2009 - **Mme Mireille SCHURCH** attire l'attention de **M. le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville** sur la situation financière des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés reprenant une activité professionnelle. L'allocation aux adultes handicapés (AAH) a pour objet de garantir un revenu minimum aux personnes handicapées pour qu'elles puissent faire face aux dépenses de la vie courante. Cette allocation liée au handicap de la personne, constitue une garantie de ressources pour ces personnes. Toutefois, la création d'une entreprise ou la reprise d'une activité salariée par une personne handicapée conduit à une diminution importante non seulement de cette allocation liée au handicap, mais aussi de celle de la majoration pour la vie autonome et celle de l'aide personnelle au logement. Ainsi, au lieu de bénéficier d'un complément de revenus permettant de gagner nettement plus que les seules prestations sociales, la reprise d'activité professionnelle pour une personne handicapée, peut conduire à une baisse de revenus. Ceci revient alors à pénaliser les personnes handicapées, contre la logique d'insertion défendue lors de l'adoption du revenu de solidarité active, et à contrecourant de ce qui était attendu du pacte pour l'emploi des personnes handicapées. Elle souhaite savoir dans quelle mesure la législation actuelle permet d'encourager les personnes handicapées bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés à exercer une activité professionnelle et si la réforme de l'AAH permet d'apporter une réponse adéquate pour les bénéficiaires de cette allocation qui souhaitent exercer durablement une activité. Enfin, elle demande à M. le ministre si l'on ne pourrait pas envisager que l'aide liée au handicap, en raison de sa spécificité et des dépenses inhérentes au handicap, soit composée d'une part incompressible indissociable du handicap et donc indépendante des ressources de la personne

# ANNEXES AU PROCES VERBAL

## de la séance

### du vendredi 29 mai 2009

#### SCRUTIN n° 175

sur l'amendement n° 183 rectifié, présenté par MM. Hervé Maurey, François Zocchetto, Jean-Paul Amoudry, à l'article 15 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires

Nombre de votants .....	337
Suffrages exprimés .....	328
Pour .....	39
Contre .....	289

Le Sénat n'a pas adopté

#### ANALYSE DU SCRUTIN

##### GRUPE COMMUNISTE, RÉPUBLICAIN, CITOYEN ET DES SÉNATEURS DU PARTI DE GAUCHE (24) :

*Pour* : 23

*N'a pas pris part au vote* : 1 M. Guy Fischer - qui présidait la séance

##### GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (17) :

*Pour* : 6

*Contre* : 5 MM. Gilbert Barbier, Michel Charasse, Mme Anne-Marie Escoffier, MM. Jacques Mézard, Aymeri de Montesquiou

*Abstention* : 5 MM. Jean-Michel Baylet, Yvon Collin, Daniel Marsin, Jean Milhau, François Vendasi

*N'a pas pris part au vote* : 1 M. Nicolas Alfonsi

##### GRUPE SOCIALISTE (115) :

*Contre* : 115

##### GRUPE UNION CENTRISTE (29) :

*Pour* : 10 MM. Jean-Paul Amoudry, Claude Biwer, Jean Boyer, Yves Détraigne, Daniel Dubois, Jean-Léonce Dupont, Adrien Giraud, Hervé Maurey, Jean-Claude Merceron, François Zocchetto

*Contre* : 13

*Abstention* : 4 MM. Pierre Fauchon, Christian Gaudin, Mme Nathalie Goulet, M. Daniel Soulage

*N'ont pas pris part au vote* : 2 MM. Denis Badré, Marcel Deneux

##### GRUPE DE L'UNION POUR UN MOUVEMENT POPULAIRE (151) :

*Contre* : 150

*N'a pas pris part au vote* : 1 M. Gérard Larcher - président du Sénat

##### RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (7) :

*Contre* : 6

*N'a pas pris part au vote* : 1 M. Jean Louis Masson

##### Ont voté pour :

Jean-Paul Amoudry Éliane Assassi François Autain Marie-France Beaufils Michel Billout Claude Biwer Nicole Borvo Cohen-Seat Jean Boyer Jean-Pierre Chevènement Jean-Claude Danglot Annie David Michelle Demessine	Yves Détraigne Évelyne Didier Daniel Dubois Jean-Léonce Dupont François Fortassin Thierry Foucaud Adrien Giraud Brigitte Gonthier-Maurin Gélita Hoarau Robert Hue Françoise Laborde Gérard Le Cam Josiane Mathon-Poinat	Hervé Maurey Jean-Luc Mélenchon Jean-Claude Merceron Isabelle Pasquet Jean-Pierre Plancade Jack Ralite Ivan Renar Mireille Schurch Odette Terrade Robert Tropeano Raymond Vall Bernard Vera Jean-François Voguet François Zocchetto
---	---	--

##### Ont voté contre :

Nicolas About Philippe Adnot Jean-Paul Alduy Jacqueline Alquier Michèle André Pierre André Serge Andreoni Bernard Angels Jean-Etienne Antoinette Alain Anziani Jean Arthuis David Assouline Bertrand Auban Robert Badinter Gérard Bailly Gilbert Barbier René Beaumont Michel Bécot Jean-Pierre Bel Claude Belot Claude Bérít-Débat Pierre Bernard-Reymond Jacques Berthou Jean Besson Laurent Béteille Joël Billard Jean Bizet Jacques Blanc Paul Blanc Marie-Christine Blandin	Maryvonne Blondin Yannick Bodin Nicole Bonnefoy Pierre Bordier Didier Borotra Yannick Botrel Didier Boulaud Alima Boumediene-Thiery Joël Bourdin Martial Bourquin Bernadette Bourzai Brigitte Bout Michel Boutant Dominique Braye Nicole Bricq Marie-Thérèse Bruguère Elie Brun François-Noël Buffet Jean-Pierre Caffet Christian Cambon Claire-Lise Campion Jean-Pierre Cantegrit Jean-Claude Carle Jean-Louis Carrère Françoise Cartron Auguste Cazalet Bernard Cazeau Monique Cerisier-ben Guiga Gérard César Michel Charasse	Yves Chastan Alain Chatillon Jean-Pierre Chauveau Jacqueline Chevé Marcel-Pierre Cléach Christian Cointat Gérard Collomb Pierre-Yves Collombat Gérard Cornu Raymond Couderc Roland Courteau Jean-Patrick Courtois Philippe Dallier Philippe Darniche Serge Dassault Yves Daudigny Yves Dauge Marc Daunis Isabelle Debré Robert del Picchia Jean-Pierre Demerliat Christiane Demontès Christian Demuyneck Gérard Dériot Marie-Hélène Des Esgaulx Béatrice Descamps Jean Desessard Sylvie Desmarescaux Denis Detcheverry Muguette Dini Éric Doligé Claude Domeizel
---	---	---

Philippe Dominati  
Michel Doublet  
Alain Dufaut  
André Dulait  
Catherine Dumas  
Ambroise Dupont  
Bernadette Dupont  
Josette Durrieu  
Louis Duvernois  
Jean-Paul Emorine  
Anne-Marie Escoffier  
Jean-Claude Etienne  
Alain Fauconnier  
Jean Faure  
Françoise Férat  
André Ferrand  
Jean-Luc Fichet  
Louis-Constant  
Fleming  
Gaston Flosse  
Alain Fouché  
Jean-Pierre Fourcade  
Bernard Fournier  
Jean-Paul Fournier  
Jean François-Poncet  
Christophe-André  
Frassa  
Jean-Claude Frécon  
Bernard Frimat  
Yann Gaillard  
René Garrec  
Joëlle Garriaud-  
Maylam  
Jean-Claude Gaudin  
Charles Gautier  
Gisèle Gautier  
Jacques Gautier  
Patrice Gélard  
Samia Ghali  
Bruno Gilles  
Jacques Gillot  
Colette Giudicelli  
Jean-Pierre Godefroy  
Jacqueline Gourault  
Alain Gournac  
Adrien Gouteyron  
Sylvie Goy-Chavent  
Francis Grignon  
Charles Guéné  
Jean-Noël Guérini  
Michel Guerry  
Didier Guillaume  
Hubert Haenel  
Claude Haut  
Françoise Henneron  
Pierre Hérisson  
Marie-Thérèse  
Hermange  
Edmond Hervé  
Odette Herviaux  
Michel Houel  
Alain Houpert  
Jean-François  
Humbert  
Christiane Hummel  
Benoît Huré  
Jean-Jacques Hyest  
Soibahadine Ibrahim  
Ramadani  
Pierre Jarlier

Annie Jarraud-  
Vergnolle  
Claude Jeannerot  
Jean-Jacques Jégou  
Sophie Joissains  
Jean-Marc Juilhard  
Christiane  
Kammermann  
Fabienne Keller  
Joseph Kergeris  
Bariza Khiari  
Virginie Klès  
Yves Krattinger  
Philippe Labeyrie  
Serge Lagache  
Alain Lambert  
Marc Laménie  
Élisabeth Lamure  
Serge Larcher  
André Lardeux  
Robert Laufoaulu  
Daniel Laurent  
Françoise Laurent  
Perrigot  
Jacky Le Menn  
Raymonde Le Texier  
Alain Le Vern  
Jean-René Lecerf  
Dominique Leclerc  
Antoine Lefèvre  
Jacques Legendre  
Dominique de Legge  
Jean-François Le  
Grand  
André Lejeune  
Jean-Pierre Leleux  
Claudine Lepage  
Philippe Leroy  
Claude Lise  
Gérard Longuet  
Simon Loueckhote  
Jean-Jacques Lozach  
Roland du Luart  
Roger Madec  
Philippe Madrelle  
Michel Magras  
Jacques Mahéas  
Lucienne Malovry  
François Marc  
Philippe Marini  
Pierre Martin  
Jean-Pierre Masseret  
Marc Massion  
Pierre Mauroy  
Jean-François Mayet  
Rachel Mazuir  
Colette Mélot  
Michel Mercier  
Louis Mermaz  
Jacques Mézard  
Lucette Michaux-  
Chevry  
Jean-Pierre Michel  
Alain Milon  
Gérard Miquel  
Jean-Jacques Mirassou  
Aymeri de  
Montesquiou  
Albéric de Montgolfier  
Catherine Morin-  
Desailly

**Abstentions :**

Jean-Michel Baylet  
Yvon Collin  
Pierre Fauchon

Christian Gaudin  
Nathalie Goulet  
Daniel Marsin

Jacques Muller  
Philippe Nachbar  
Robert Navarro  
Louis Nègre  
Jacqueline Panis  
Monique Papon  
Charles Pasqua  
Jean-Marc Pastor  
Georges Patient  
François Patriat  
Philippe Paul  
Anne-Marie Payet  
Daniel Percheron  
Jean-Claude Peyronnet  
Jackie Pierre  
François Pillet  
Xavier Pintat  
Louis Pinton  
Bernard Piras  
Rémy Pointereau  
Christian Poncelet  
Ladislav Poniatowski  
Hugues Portelli  
Roland Povinelli  
Yves Pozzo di Borgo  
Gisèle Printz  
Catherine Procaccia  
Jean-Pierre Raffarin  
Marcel Rainaud  
Henri de Raincourt  
Daniel Raoul  
Paul Raoult  
François Rebsamen  
Daniel Reiner  
Thierry Repentin  
Bruno Retailleau  
Charles Revet  
Philippe Richert  
Roland Ries  
Josselin de Rohan  
Roger Romani  
Janine Rozier  
Michèle San Vicente-  
Baudrin  
Bernard Saugey  
Patricia Schillinger  
Michel Sergent  
Bruno Sido  
René-Pierre Signé  
Esther Sittler  
Jean-Pierre Sueur  
Simon Sutour  
Catherine Tasca  
Michel Teston  
René Teulade  
Michel Thiollière  
Jean-Marc Todeschini  
André Trillard  
Catherine Troendle  
François Trucy  
Richard Tuheiaiva  
Alex Türk  
Jean-Marie  
Vanlerenberghe  
André Vantomme  
Alain Vasselle  
René Vestri  
Jean-Pierre Vial  
Jean-Paul Virapoullé  
Dominique Voynet  
Richard Yung

Jean Milhau  
Daniel Soulage  
François Vendasi

Nicolas Alfonsi, Denis Badré, Marcel Deneux, Jean Louis Masson.

**N'ont pas pris part au vote :**

MM. Gérard Larcher - président du Sénat, Guy Fischer - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus

**SCRUTIN n° 176**

sur l'article 15 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires

Nombre de votants .....	339
Suffrages exprimés .....	326
Pour .....	186
Contre .....	140

Le Sénat a adopté

**ANALYSE DU SCRUTIN****GRUPE COMMUNISTE, RÉPUBLICAIN, CITOYEN ET DES SÉNATEURS DU PARTI DE GAUCHE (24) :**

Contre : 23

*N'a pas pris part au vote :* 1 M. Guy Fischer - qui présidait la séance

**GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (17) :**

*Pour :* 5 MM. Gilbert Barbier, Michel Charasse, Mme Anne-Marie Escoffier, MM. Jacques Mézard, Aymeri de Montesquiou

*Abstention :* 12

**GRUPE SOCIALISTE (115) :**

Contre : 115

**GRUPE UNION CENTRISTE (29) :**

*Pour :* 25

*Contre :* 1 M. Didier Borotra

*Abstention :* 1 M. Hervé Maurey

*N'ont pas pris part au vote :* 2 MM. Denis Badré, Marcel Deneux

**GRUPE DE L'UNION POUR UN MOUVEMENT POPULAIRE (151) :**

*Pour :* 150

*N'a pas pris part au vote :* 1 M. Gérard Larcher - président du Sénat

**RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (7) :**

*Pour :* 6

*Contre :* 1 M. Jean Louis Masson

**Ont voté pour :**

Nicolas About  
Philippe Adnot  
Jean-Paul Alduy  
Jean-Paul Amoudry  
Pierre André  
Jean Arthuis  
Gérard Bailly  
Gilbert Barbier  
René Beaumont

Michel Bécot  
Claude Belot  
Pierre Bernard-  
Reymond  
Laurent Bêteille  
Joël Billard  
Claude Biwer  
Jean Bizet  
Jacques Blanc

Paul Blanc  
Pierre Bordier  
Joël Bourdin  
Brigitte Bout  
Jean Boyer  
Dominique Braye  
Marie-Thérèse  
Bruguère  
Elie Brun

**N'ont pas pris part au vote :**

François-Noël Buffet  
Christian Cambon  
Jean-Pierre Cantegrit  
Jean-Claude Carle  
Auguste Cazalet  
Gérard César  
Michel Charasse  
Alain Chatillon  
Jean-Pierre Chauveau  
Marcel-Pierre Cléach  
Christian Cointat  
Gérard Cornu  
Raymond Couderc  
Jean-Patrick Courtois  
Philippe Dallier  
Philippe Darniche  
Serge Dassault  
Isabelle Debré  
Robert del Picchia  
Christian Demuyneck  
Gérard Dériot  
Marie-Hélène Des  
Esgaulx  
Béatrice Descamps  
Sylvie Desmarescaux  
Denis Detcheverry  
Yves Détraigne  
Muguette Dini  
Éric Doligé  
Philippe Dominati  
Michel Doublet  
Daniel Dubois  
Alain Dufaut  
André Dulait  
Catherine Dumas  
Ambroise Dupont  
Bernadette Dupont  
Jean-Léonce Dupont  
Louis Duvernois  
Jean-Paul Emorine  
Anne-Marie Escoffier  
Jean-Claude Etienne  
Pierre Fauchon  
Jean Faure  
Françoise Férat  
André Ferrand  
Louis-Constant  
Fleming  
Gaston Flosse  
Alain Fouché  
Jean-Pierre Fourcade  
Bernard Fournier  
Jean-Paul Fournier  
Jean François-Poncet  
Christophe-André  
Frassa  
Yann Gaillard  
René Garrec

Joëlle Garriaud-  
Maylam  
Christian Gaudin  
Jean-Claude Gaudin  
Gisèle Gautier  
Jacques Gautier  
Patrice Gérard  
Bruno Gilles  
Adrien Giraud  
Colette Giudicelli  
Nathalie Goulet  
Jacqueline Gourault  
Alain Gournac  
Adrien Gouteyron  
Sylvie Goy-Chavent  
Francis Grignon  
Charles Guené  
Michel Guerry  
Hubert Haenel  
Françoise Henneron  
Pierre Hérisson  
Marie-Thérèse  
Hermange  
Michel Houel  
Alain Houpert  
Jean-François  
Humbert  
Christiane Hummel  
Benoît Huré  
Jean-Jacques Hyst  
Soibahadine Ibrahim  
Ramadani  
Pierre Jarlier  
Jean-Jacques Jégou  
Sophie Joissains  
Jean-Marc Juillard  
Christiane  
Kammermann  
Fabienne Keller  
Joseph Kergueris  
Alain Lambert  
Marc Laménie  
Élisabeth Lamure  
André Lardeux  
Robert Laufoaalu  
Daniel Laurent  
Jean-René Lecerf  
Dominique Leclerc  
Antoine Lefèvre  
Jacques Legendre  
Dominique de Legge  
Jean-François Le  
Grand  
Jean-Pierre Leleux  
Philippe Leroy  
Gérard Longuet  
Simon Loueckhote  
Roland du Luart

Michel Magras  
Lucienne Malovry  
Philippe Marini  
Pierre Martin  
Jean-François Mayet  
Colette Mélot  
Jean-Claude Merceron  
Michel Mercier  
Jacques Mézard  
Lucette Michaux-  
Chevy  
Alain Milon  
Aymeri de  
Montesquiou  
Albéric de Montgolfier  
Catherine Morin-  
Desailly  
Philippe Nachbar  
Louis Nègre  
Jacqueline Panis  
Monique Papon  
Charles Pasqua  
Philippe Paul  
Anne-Marie Payet  
Jackie Pierre  
François Pillet  
Xavier Pintat  
Louis Pinton  
Rémy Pointereau  
Christian Poncelet  
Ladislav Poniatowski  
Hugues Portelli  
Yves Pozzo di Borgo  
Catherine Procaccia  
Jean-Pierre Raffarin  
Henri de Raincourt  
Bruno Retailleau  
Charles Revet  
Philippe Richert  
Josselin de Rohan  
Roger Romani  
Janine Rozier  
Bernard Saugey  
Bruno Sido  
Esther Sittler  
Daniel Soulage  
Michel Thiollière  
André Trillard  
Catherine Troendle  
François Trucy  
Alex Türk  
Jean-Marie  
Vanlerenberghe  
Alain Vasselle  
René Vestri  
Jean-Pierre Vial  
Jean-Paul Virapoullé  
François Zocchetto

Claude Domeizel  
Josette Durrieu  
Alain Fauconnier  
Jean-Luc Fichet  
Thierry Foucaud  
Jean-Claude Frécon  
Bernard Frimat  
Charles Gautier  
Samia Ghali  
Jacques Gillot  
Jean-Pierre Godefroy  
Brigitte Gonthier-  
Maurin  
Jean-Noël Guérini  
Didier Guillaume  
Claude Haut  
Edmond Hervé  
Odette Herviaux  
Gélita Hoarau  
Robert Hue  
Annie Jarraud-  
Vergnolle  
Claude Jeannerot  
Bariza Khiari  
Virginie Klès  
Yves Krattinger  
Philippe Labeyrie  
Serge Lagauche  
Serge Larcher  
Françoise Laurent  
Perrigot

Gérard Le Cam  
Jacky Le Menn  
Raymonde Le Texier  
Alain Le Vern  
André Lejeune  
Claudine Lepage  
Claude Lise  
Jean-Jacques Lozach  
Roger Madec  
Philippe Madrelle  
Jacques Mahéas  
François Marc  
Jean-Pierre Masseret  
Marc Massion  
Jean Louis Masson  
Josiane Mathon-Poinat  
Pierre Mauroy  
Odette Miquel  
Jean-Luc Mélenchon  
Louis Mermaz  
Jean-Pierre Michel  
Gérard Miquel  
Jean-Jacques Mirassou  
Jacques Muller  
Robert Navarro  
Isabelle Pasquet  
Jean-Marc Pastor  
Georges Patient  
François Patriat  
Daniel Percheron  
Jean-Claude Peyronnet

Bernard Piras  
Roland Povinelli  
Gisèle Printz  
Marcel Rainaud  
Jack Ralite  
Daniel Raoul  
Paul Raoult  
François Rebsamen  
Daniel Reiner  
Ivan Renar  
Thierry Repentin  
Roland Ries  
Michèle San Vicente-  
Baudrin  
Patricia Schillinger  
Mireille Schurch  
Michel Sergent  
René-Pierre Signé  
Jean-Pierre Sueur  
Simon Sutour  
Catherine Tasca  
Odette Terrade  
Michel Teston  
René Teulade  
Jean-Marc Todeschini  
Richard Tuheiva  
André Vantomme  
Bernard Vera  
Jean-François Voguet  
Dominique Voynet  
Richard Yung

#### Abstentions :

Nicolas Alfonsi  
Jean-Michel Baylet  
Jean-Pierre  
Chevènement  
Yvon Collin

François Fortassin  
Françoise Laborde  
Daniel Marsin  
Hervé Maury  
Jean Milhau

Jean-Pierre Plancade  
Robert Tropeano  
Raymond Vall  
François Vendasi

#### N'ont pas pris part au vote :

Denis Badré, Marcel Deneux.

#### N'ont pas pris part au vote :

MM. Gérard Larcher - président du Sénat, Guy Fischer - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus

#### SCRUTIN n° 177

sur l'amendement n° 785, présenté par MM. Jacky Le Menn, Jean-Pierre Godefroy, Bernard Cazeau et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, à l'article 18 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires

Nombre de votants ..... 313

Suffrages exprimés ..... 300

Pour ..... 140

Contre ..... 160

Le Sénat n'a pas adopté

#### ANALYSE DU SCRUTIN

#### GRUPE COMMUNISTE, RÉPUBLICAIN, CITOYEN ET DES SÉNATEURS DU PARTI DE GAUCHE (24) :

Pour : 23

N'a pas pris part au vote : 1 M. Guy Fischer - qui présidait la séance

#### Ont voté contre :

Jacqueline Alquier  
Michèle André  
Serge Andreoni  
Bernard Angels  
Jean-Etienne  
Antoinette  
Alain Anziani  
Éliane Assassi  
David Assouline  
Bertrand Auban  
François Autain  
Robert Badinter  
Marie-France Beaufiles  
Jean-Pierre Bel  
Claude Bérît-Débat  
Jacques Berthou  
Jean Besson  
Michel Billout

Marie-Christine  
Blandin  
Maryvonne Blondin  
Yannick Bodin  
Nicole Bonnefoy  
Didier Borotra  
Nicole Borvo Cohen-  
Seat  
Yannick Botrel  
Didier Boulaud  
Alima Boumediene-  
Thiery  
Martial Bourquin  
Bernadette Bourzai  
Michel Boutant  
Nicole Bricq  
Jean-Pierre Caffet  
Claire-Lise Campion  
Jean-Louis Carrère

Françoise Cartron  
Bernard Cazeau  
Monique Cerisier-ben  
Guiga  
Yves Chastan  
Jacqueline Chevê  
Gérard Collomb  
Pierre-Yves Collombat  
Roland Courteau  
Jean-Claude Danglot  
Yves Daudigny  
Yves Dauge  
Marc Daunis  
Annie David  
Jean-Pierre Demerliat  
Michelle Demessine  
Christiane Demontés  
Jean Dessard  
Évelyne Didier

**GROUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (17) :**

*Contre* : 5 MM. Gilbert Barbier, Michel Charasse, Mme Anne-Marie Escoffier, MM. Jacques Mézard, Aymeri de Montesquiou

*Abstention* : 12

**GROUPE SOCIALISTE (115) :**

*Pour* : 115

**GROUPE UNION CENTRISTE (29) :**

*Pour* : 2 Mme Muguette Dini, Anne-Marie Payet

*N'ont pas pris part au vote* : 27

**GROUPE DE L'UNION POUR UN MOUVEMENT POPULAIRE (151) :**

*Contre* : 149

*Abstention* : 1 Mme Fabienne Keller

*N'a pas pris part au vote* : 1 M. Gérard Larcher - président du Sénat

**RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (7) :**

*Contre* : 6

*N'a pas pris part au vote* : 1 M. Jean Louis Masson

**Ont voté pour :**

Jacqueline Alquier  
Michèle André  
Serge Andreoni  
Bernard Angels  
Jean-Etienne Antoinette  
Alain Anziani  
Éliane Assassi  
David Assouline  
Bertrand Auban  
François Autain  
Robert Badinter  
Marie-France Beauflis  
Jean-Pierre Bel  
Claude Bérit-Débat  
Jacques Berthou  
Jean Besson  
Michel Billout  
Marie-Christine Blandin  
Maryvonne Blondin  
Yannick Bodin  
Nicole Bonnefoy  
Nicole Borvo Cohen-Seat  
Yannick Botrel  
Didier Boulaud  
Alima Boumediene-Thiery  
Martial Bourquin  
Bernadette Bourzai  
Michel Boutant  
Nicole Bricq  
Jean-Pierre Caffet  
Claire-Lise Campion  
Jean-Louis Carrère  
Françoise Cartron  
Bernard Cazeau  
Monique Cerisier-ben Guiga  
Yves Chastan  
Jacqueline Chevé  
Gérard Collomb  
Pierre-Yves Collombat  
Roland Courteau  
Jean-Claude Danglot

Yves Daudigny  
Yves Dauge  
Marc Daunis  
Annie David  
Jean-Pierre Demerliat  
Michelle Demessine  
Christiane Demontès  
Jean Desessard  
Évelyne Didier  
Muguette Dini  
Claude Domeizel  
Josette Durrieu  
Alain Fauconnier  
Jean-Luc Fichet  
Thierry Foucaud  
Jean-Claude Frécon  
Bernard Frimat  
Charles Gautier  
Samia Ghali  
Jacques Gillot  
Jean-Pierre Godefroy  
Brigitte Gonthier-Maurin  
Jean-Noël Guérini  
Didier Guillaume  
Claude Haut  
Edmond Hervé  
Odette Herviaux  
Gélita Hoarau  
Robert Hue  
Annie Jarraud-Vergnolle  
Claude Jeannerot  
Bariza Khiari  
Virginie Klès  
Yves Krattinger  
Philippe Labeyrie  
Serge Lagache  
Serge Larcher  
Françoise Laurent Perrigot  
Gérard Le Cam  
Jacky Le Menn  
Raymonde Le Texier  
Alain Le Vern  
André Lejeune

Claudine Lepage  
Claude Lise  
Jean-Jacques Lozach  
Roger Madec  
Philippe Madrelle  
Jacques Mahéas  
François Marc  
Jean-Pierre Masseret  
Marc Massion  
Josiane Mathon-Poinat  
Pierre Mauroy  
Rachel Mazuir  
Jean-Luc Mélenchon  
Louis Mermaz  
Jean-Pierre Michel  
Gérard Miquel  
Jean-Jacques Mirassou  
Jacques Muller  
Robert Navarro  
Isabelle Pasquet  
Jean-Marc Pastor  
Georges Patient  
François Patriat  
Anne-Marie Payet  
Daniel Percheron  
Jean-Claude Peyronnet  
Bernard Piras  
Roland Povinelli  
Gisèle Printz  
Marcel Rainaud  
Jack Ralite  
Daniel Raoul  
Paul Raoult  
François Rebsamen  
Daniel Reiner  
Ivan Renar  
Thierry Repentin  
Roland Ries  
Michèle San Vicente-Baudrin  
Patricia Schillinger  
Mireille Schurch  
Michel Sergent  
René-Pierre Signé  
Jean-Pierre Sœur  
Simon Sutour

Catherine Tasca  
Odette Terrade  
Michel Teston  
René Teulade

Philippe Adnot  
Jean-Paul Alduy  
Pierre André  
Gérard Bailly  
Gilbert Barbier  
René Beaumont  
Michel Bécot  
Claude Belot  
Pierre Bernard-Reymond  
Laurent Bétéille  
Joël Billard  
Jean Bizet  
Jacques Blanc  
Paul Blanc  
Pierre Bordier  
Joël Bourdin  
Brigitte Bout  
Dominique Braye  
Marie-Thérèse Bruguière  
Elie Brun  
François-Noël Buffet  
Christian Cambon  
Jean-Pierre Cantegrit  
Jean-Claude Carle  
Auguste Cazalet  
Gérard César  
Michel Charasse  
Alain Chatillon  
Jean-Pierre Chauveau  
Marcel-Pierre Cléach  
Christian Cointat  
Gérard Cornu  
Raymond Couderc  
Jean-Patrick Courtois  
Philippe Dallier  
Philippe Darniche  
Serge Dassault  
Isabelle Debré  
Robert del Picchia  
Christian Demuynck  
Gérard Dériot  
Marie-Hélène Des Esgaulx  
Béatrice Descamps  
Sylvie Desmarescaux  
Denis Detcheverry  
Éric Doligé  
Philippe Dominati  
Michel Doublet  
Alain Dufaut  
André Dulait  
Catherine Dumas  
Ambroise Dupont  
Bernadette Dupont  
Louis Duvernois  
Jean-Paul Emorine

Nicolas Alfonsi  
Jean-Michel Baylet  
Jean-Pierre Chevènement  
Yvon Collin

Nicolas About  
Jean-Paul Amoudry  
Jean Arthus

Jean-Marc Todeschini  
Richard Tuhejava  
André Vantomme  
Bernard Vera

**Ont voté contre :**

Anne-Marie Escoffier  
Jean-Claude Etienne  
Jean Faure  
André Ferrand  
Louis-Constant Fleming  
Gaston Flosse  
Alain Fouché  
Jean-Pierre Fourcade  
Bernard Fournier  
Jean-Paul Fournier  
Jean François-Poncet  
Christophe-André Frassa  
Yann Gaillard  
René Garrec  
Joëlle Garriaud-Maylam  
Jean-Claude Gaudin  
Gisèle Gautier  
Jacques Gautier  
Patrice Gélard  
Bruno Gilles  
Colette Giudicelli  
Alain Gournac  
Adrien Gouteyron  
Sylvie Goy-Chavent  
Francis Grignon  
Charles Guené  
Michel Guerry  
Hubert Haenel  
Françoise Henneron  
Pierre Hérisson  
Marie-Thérèse Hermange  
Michel Houel  
Alain Houpert  
Jean-François Humbert  
Christiane Hummel  
Benoît Huré  
Jean-Jacques Hyst  
Soibahadine Ibrahim Ramadanani  
Pierre Jarlier  
Sophie Joissains  
Jean-Marc Juillard  
Christiane Kammermann  
Alain Lambert  
Marc Laméni  
Élisabeth Lamure  
André Lardeux  
Robert Lafoaolu  
Daniel Laurent  
Jean-René Lecerf  
Dominique Leclerc  
Antoine Lefèvre

**Abstentions :**

François Fortassin  
Fabienne Keller  
Françoise Laborde  
Daniel Marsin  
Jean Milhau

**N'ont pas pris part au vote :**

Denis Badré  
Claude Biwer  
Didier Borotra

Jean-François Voguet  
Dominique Voynet  
Richard Yung

Jacques Legendre  
Dominique de Legge  
Jean-François Le Grand  
Jean-Pierre Leleux  
Philippe Leroy  
Gérard Longuet  
Simon Loueckhote  
Roland du Luart  
Michel Magras  
Lucienne Malovry  
Philippe Marini  
Pierre Martin  
Jean-François Mayet  
Colette Mélot  
Jacques Mézard  
Lucette Michaux-Chevry  
Alain Milon  
Aymeri de Montesquiou  
Albéric de Montgolfier  
Philippe Nachbar  
Louis Nègre  
Jacqueline Panis  
Monique Papon  
Charles Pasqua  
Philippe Paul  
Jackie Pierre  
François Pillet  
Xavier Pintat  
Louis Pinton  
Rémy Pointereau  
Christian Poncelet  
Ladislav Poniatowski  
Hugues Portelli  
Catherine Procaccia  
Jean-Pierre Raffarin  
Henri de Raincourt  
Bruno Retailleau  
Charles Revet  
Philippe Richert  
Josselin de Rohan  
Roger Romani  
Janine Rozier  
Bernard Saugey  
Bruno Sido  
Esther Sittler  
Michel Thiollière  
André Trillard  
Catherine Troendle  
François Trucy  
Alex Türk  
Alain Vasselle  
René Vestri  
Jean-Pierre Vial  
Jean-Paul Virapoullé

Jean-Pierre Plancade  
Robert Tropeano  
Raymond Vall  
François Vendasi

Jean Boyer  
Marcel Deneux  
Yves Détraigne

Daniel Dubois	Jacqueline Gourault	Catherine Morin-
Jean-Léonce Dupont	Jean-Jacques Jégou	Desailly
Pierre Fauchon	Joseph Kergeris	Yves Pozzo di Borgo
Françoise Férat	Jean Louis Masson	Daniel Soulage
Christian Gaudin	Hervé Maurey	Jean-Marie
Adrien Giraud	Jean-Claude Merceron	Vanlerenberghe
Nathalie Goulet	Michel Mercier	François Zocchetto

**N'ont pas pris part au vote :**

MM. Gérard Larcher - président du Sénat, Guy Fischer - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance avaient été de :

Nombre de votants .....	314
Nombre des suffrages exprimés .....	301
Majorité absolue des suffrages exprimés ..	151
Pour l'adoption .....	141
Contre .....	160

Mais après vérification, ces nombres ont été rectifiés conformément à la liste ci-dessus



## ABONNEMENTS

NUMÉROS d'édition	TITRES	TARIF abonnement France (*)
		Euros
	<b>DÉBATS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE</b>	
<b>03</b>	Compte rendu ..... 1 an	<b>171,30</b>
<b>33</b>	Questions ..... 1 an	<b>118,90</b>
<b>83</b>	Table compte rendu ..... 1 an	<b>29,40</b>
	<b>DÉBATS DU SÉNAT</b>	
<b>05</b>	Compte rendu ..... 1 an	<b>153,30</b>
<b>35</b>	Questions ..... 1 an	<b>86,10</b>
<b>85</b>	Table compte rendu ..... 1 an	<b>26,00</b>
<b>95</b>	Table questions ..... 1 an	<b>18,10</b>
	<b>DOCUMENTS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE</b>	
<b>07</b>	Série ordinaire ..... 1 an	<b>894,50</b>
	<b>DOCUMENTS DU SÉNAT</b>	
<b>09</b>	Un an .....	<b>865,90</b>

**En cas de changement d'adresse, joindre une bande d'envoi à votre demande**

Paiement à réception de facture

En cas de règlement par virement, indiquer obligatoirement le numéro de facture dans le libellé de votre virement.

Pour expédition par voie aérienne (outre-mer) ou pour l'étranger, paiement d'un supplément modulé selon la zone de destination

(\*) Arrêté du 21 novembre 2008 publié au *Journal officiel* du 27 novembre 2008

---

Direction, rédaction et administration : Journaux officiels, 26, rue Desaix, 75727 Paris Cedex 15  
Standard : **01-40-58-75-00** – Renseignements documentaires : **01-40-58-79-79** – Télécopie abonnement : **01-40-58-77-57**

---

**Prix du numéro : 2,50 €**