

SÉNAT

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2008-2009

COMPTE RENDU INTÉGRAL

Séance du jeudi 28 mai 2009

(108^e jour de séance de la session)



www.senat.fr



7771050 906200

SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE M. BERNARD FRIMAT

Secrétaires :

Mme Monique Cerisier-ben Guiga, M. Daniel Raoul.

1. Procès-verbal (p. 5193)
2. Dépôt d'un rapport du Gouvernement (p. 5193)
3. Réforme de l'hôpital. – Suite de la discussion d'un projet de loi déclaré d'urgence (*Texte de la commission*) (p. 5193)

Article 28 (*suite*) (p. 5193)

Amendement n° 1171 du Gouvernement et sous-amendement n° 1354 de Mme Sylvie Desmarescaux (*suite*). – Mmes Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité; Sylvie Desmarescaux, MM. Dominique Leclerc, Bernard Cazeau. – Retrait du sous-amendement; adoption de l'amendement.

Amendement n° 1335 de la commission. – M. Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales; Mme la secrétaire d'État. – Adoption.

Amendements identiques n°s 977 de M. François Autain et 1168 du Gouvernement. – Mmes Annie David, la secrétaire d'État, MM. le rapporteur, Guy Fischer, Jean-Pierre Fourcade, Yves Daudigny, Alain Vasselle. – Rejet, par scrutin public, des deux amendements.

Amendements n°s 1134 de Mme Marie-Thérèse Hermange et 981 de M. François Autain. – Mme Marie-Thérèse Hermange, MM. Guy Fischer, le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Adoption de l'amendement n° 1134, l'amendement n° 981 devenant sans objet.

Amendement n° 978 de M. François Autain. – MM. Guy Fischer, le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Rejet.

Amendement n° 1123 de M. Jacky Le Menn. – MM. Bernard Cazeau, le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Rejet.

Amendement n° 1319 rectifié du Gouvernement et sous-amendement n° 1353 rectifié de la commission, amendement n° 1125 de M. Jacky Le Menn. – Mme la secrétaire d'État, MM. le rapporteur, Jean-Pierre Michel, Yves Daudigny. – Adoption du sous-amendement n° 1353 rectifié et de l'amendement n° 1319 rectifié modifié, l'amendement n° 1125 devenant sans objet.

Amendement n° 1169 du Gouvernement. – Mme la secrétaire d'État, M. le rapporteur. – Rejet.

MM. Guy Fischer, Yves Daudigny, Jacques Blanc, François Autain, le rapporteur, Mme la secrétaire d'État.

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

Article additionnel après l'article 28 (*réserve jusqu'après l'article 34*) (p. 5209)

Article 28 *bis* A. – Adoption (p. 5209)

Article 28 *bis* (p. 5209)

Amendement n° 1251 du Gouvernement. – Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports; M. le rapporteur. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article additionnel après l'article 28 *bis* (réserve jusqu'après l'article 34) (p. 5209)

Article 28 *bis bis*. – Adoption (p. 5209)

Article 29 (p. 5209)

Amendement n° 254 rectifié de M. Alain Gournac. – MM. Alain Gournac, le rapporteur, Mme la ministre. – Adoption.

Amendement n° 1145 de M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – Mme Anne-Marie Payet, M. le rapporteur, Mme la ministre, M. Bernard Cazeau. – Adoption.

Amendement n° 17 rectifié de M. Gérard Dériot. – MM. Gérard Dériot, le rapporteur, Mme la ministre. – Adoption.

Amendement n° 1280 du Gouvernement. – Mme la ministre, MM. le rapporteur, Paul Blanc. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 30 (p. 5212)

Amendement n° 984 de M. François Autain. – MM. François Autain, le rapporteur, Mme la ministre, M. Claude Domeizel. – Rejet.

Amendement n° 1351 du Gouvernement. – Mme la ministre, M. le rapporteur. – Adoption.

Amendement n° 1127 de M. Jacky Le Menn; amendements identiques n°s 1003 de M. Alain Gournac, 1016 rectifié *bis* de M. Alain Vasselle et 1128 de M. Jacky Le Menn. – MM. Alain Gournac, Alain Vasselle. – Retrait des quatre amendements.

Amendement n° 1339 du Gouvernement. – Mme la ministre, MM. le rapporteur, Guy Fischer. – Adoption.

Amendement n° 1017 rectifié *bis* de M. Alain Vasselle. – Retrait.

Adoption de l'article modifié.

Article 31 (p. 5215)

Amendement n° 1247 du Gouvernement. – Mme la ministre, MM. le rapporteur, Alain Vasselle. – Adoption.
Adoption de l'article modifié.

Article 32 (p. 5216)

Amendements n° 985 de M. François Autain, 1334 de la commission et 1246 du Gouvernement. – MM. Guy Fischer, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet de l'amendement n° 985 ; adoption des amendements n° 1334 et 1246.

Adoption de l'article modifié.

Article 32 bis. – Adoption (p. 5218)

Article additionnel avant l'article 33 (*réserve jusqu'après l'article 34*) (p. 5218)

Article 33 (p. 5218)

M. Robert Laufoaulu, Mme la ministre.

Amendements n° 1244 du Gouvernement et 1135 rectifié bis de M. Robert Laufoaulu. – Mme la ministre, MM. Robert Laufoaulu, le rapporteur, Alain Vasselle. – Retrait de l'amendement n° 1135 rectifié bis ; adoption de l'amendement n° 1244.

Adoption de l'article modifié.

Article additionnel après l'article 33 (*réserve jusqu'après l'article 34*) (p. 5221)

Article 34 (p. 5221)

MM. Jean-Pierre Vial, le rapporteur, Mme la ministre.

Amendements identiques n° 14 de M. Thierry Repentin et 986 de M. François Autain. – MM. Thierry Repentin, Guy Fischer, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet des deux amendements.

Amendement n° 652 rectifié bis de M. Jean-Pierre Vial. – MM. Jean-Pierre Vial, le rapporteur, Mme la ministre. – Adoption.

Amendements n° 15 et 16 de M. Thierry Repentin. – MM. Thierry Repentin, le rapporteur, Mme la ministre, M. Jean-Pierre Vial. – Rejet des deux amendements.

Adoption de l'article modifié.

Article additionnel après l'article 34 (*réserve jusqu'après l'article 34*) (p. 5224)

Article additionnel avant l'article 26 A (*précédemment réservé*) (p. 5224)

Amendement n° 1136 rectifié de M. Alain Vasselle. – MM. Alain Vasselle, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Article additionnel après l'article 26 (*précédemment réservé*) (p. 5224)

Amendement n° 1296 du Gouvernement. – Mme la ministre, M. le rapporteur. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Article additionnel après l'article 27 (*précédemment réservé*) (p. 5224)

Amendement n° 1105 de M. Jacky Le Menn. – MM. Bernard Cazeau, le rapporteur, Mme la ministre, M. François Autain. – Rejet.

Article additionnel avant l'article 28 (*précédemment réservé*) (p.)

Amendement n° 1126 de M. Yves Daudigny. – M. Yves Daudigny. – Retrait.

Article additionnel avant l'article 33 (*précédemment réservé*) (p. 5218)

Amendement n° 1129 rectifié de M. Jean-Etienne Antoinette. – MM. Jean-Etienne Antoinette, le rapporteur, Mme la ministre, M. Jean Desessard. – Rejet.

Article additionnel après l'article 33 (*précédemment réservé*) (p. 5221)

Amendement n° 695 rectifié de M. Claude Lise. – MM. Jacques Gillot, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Articles additionnels après l'article 34 (*précédemment réservés*) (p. 5230)

Amendement n° 1009 rectifié de M. Alain Vasselle. – MM. Alain Vasselle, le rapporteur, Mme la ministre, MM. Paul Blanc, Marc Laménie. – Retrait.

Amendement n° 1355 du Gouvernement. – Mme la ministre, MM. le rapporteur, François Autain, Alain Vasselle. – Adoption de l'amendement rédigeant l'article.

Suspension et reprise de la séance (p. 5231)

PRÉSIDENTE DE M. GÉRARD LARCHER**4. Questions d'actualité au Gouvernement** (p. 5231)

CRISE DANS L'INDUSTRIE LAITIÈRE (p. 5231)

MM. François Fortassin, Michel Barnier, ministre de l'agriculture et de la pêche.

CRISE DANS L'INDUSTRIE LAITIÈRE (p. 5232)

MM. Michel Mercier, Michel Barnier, ministre de l'agriculture et de la pêche.

EMPLOI ET TÉLÉTRAVAIL (p. 5233)

M. Alain Anziani, Mme Nathalie Kosciusko-Morizet, secrétaire d'État chargée de la prospective et du développement de l'économie numérique.

CRISE DANS L'INDUSTRIE LAITIÈRE (p. 5234)

MM. Gérard Le Cam, Michel Barnier, ministre de l'agriculture et de la pêche.

SITUATION EN CORÉE (p. 5235)

MM. Christian Cambon, Bernard Kouchner, ministre des affaires étrangères et européennes.

CRISE DANS L'INDUSTRIE LAITIÈRE (p. 5236)

MM. Yannick Botrel, Michel Barnier, ministre de l'agriculture et de la pêche.

CRISE DANS L'INDUSTRIE LAITIÈRE (p. 5237)

MM. Gérard Bailly, Michel Barnier, ministre de l'agriculture et de la pêche.

RÉPARATION DES CONSÉQUENCES SANITAIRES DES ESSAIS
NUCLÉAIRES FRANÇAIS (p. 5238)

MM. Richard Tuheiaiva, Jean-Marie Bockel, secrétaire d'État à la défense et aux anciens combattants.

LES VIOLENCES À L'ÉCOLE (p. 5239)

M. Alain Dufaut, Mme Nadine Morano, secrétaire d'État chargée de la famille

GRENELLE DES ONDES (p. 5241)

M. Gérard Dériot, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.

Suspension et reprise de la séance (p. 5241)**PRÉSIDENCE DE M. BERNARD FRIMAT****5. Dépôt d'une proposition de résolution** (p. 5242)**6. Réforme de l'hôpital** – Suite de la discussion d'un projet de loi déclaré d'urgence (Texte de la commission) (p. 5242)

Intitulé du titre II (p. 5242)

M. Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales.

Amendement n° 700 de M. Jean Desessard. – MM. Jean Desessard, le rapporteur, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports. – Rejet.

Articles additionnels avant l'article 14 (*réservés jusqu'après l'article 21 nonies*) (p. 5243)

Article 14 (p. 5243)

MM. Bernard Cazeau, le rapporteur, Mme la ministre.

Amendement n° 68 de M. Yves Pozzo di Borgo. – MM. Yves Pozzo di Borgo, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n° 463 de M. François Autain. – MM. François Autain, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet par scrutin public.

Amendement n° 701 de M. Bernard Cazeau. – MM. Claude Bérit-Débat, le rapporteur, Mme la ministre, MM. Bernard Cazeau, Jean Desessard, Paul Blanc. – Retrait.

Amendement n° 623 rectifié de M. Gilbert Barbier. – MM. Gilbert Barbier, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n° 702 de M. Bernard Cazeau. – MM. Bernard Cazeau, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 580 rectifié de M. François Autain. – MM. François Autain, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n° 464 de M. François Autain. – Mme Isabelle Pasquet, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n° 703 de M. Bernard Cazeau. – MM. Claude Bérit-Débat, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 704 de M. Bernard Cazeau. – MM. Bernard Cazeau, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 850 de M. Paul Blanc. – MM. Paul Blanc, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n° 465 rectifié de M. François Autain. – MM. Guy Fischer, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n° 706 rectifié de M. Bernard Cazeau. – M. Bernard Cazeau. – Retrait.

Amendements n° 198 de M. Dominique Leclerc et 363 rectifié de M. Jean-Marc Juillard, repris par la commission. – MM. Dominique Leclerc, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait de l'amendement n° 198 ; adoption de l'amendement n° 363 rectifié.

Amendement n° 707 de M. Bernard Cazeau. – MM. Claude Bérit-Débat, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 1225 du Gouvernement. – Mme la ministre, M. le rapporteur. – Adoption.

Amendement n° 216 de Mme Muguette Dini. – MM. Jean Boyer, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n° 708 de M. Jean Desessard. – MM. Jean Desessard, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 709 de M. Bernard Cazeau. – MM. Bernard Cazeau, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 1227 du Gouvernement. – Mme la ministre, MM. le rapporteur, Gérard Dériot, vice-président de la commission des affaires sociales ; Gilbert Barbier, Mme Catherine Procaccia, MM. Alain Vasselle, François Autain, Mme Isabelle Debré, MM. Jean Desessard, Guy Fischer. – Rejet.

Amendement n° 710 de M. Jean-Jacques Mirassou. – MM. Bernard Cazeau, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

M. Alain Vasselle, Mme la ministre.

Adoption de l'article modifié.

Article 14 *bis* A (p. 5263)

Amendement n° 236 rectifié *quater* de M. Alain Vasselle. – MM. Alain Vasselle, le rapporteur, Mme la ministre, MM. Paul Blanc, Gilbert Barbier, Dominique Leclerc, Bernard Cazeau. – Adoption de l'amendement rédigeant l'article.

Article 14 *bis* (p. 5266)

Amendement n° 144 rectifié *quater* de M. Dominique Leclerc et sous-amendements n° 278 rectifié *bis* et 1350 rectifié de M. Nicolas About, repris par la commission ; amendements n° 277 rectifié de M. Nicolas About, repris par la commission, 634 et 624 rectifié de M. Gilbert Barbier. – MM. Dominique Leclerc, le rapporteur, Gilbert Barbier, Mmes la ministre, Nathalie Goulet. – Adoption du sous-amendement n° 278 rectifié *bis* ; rejet, par scrutin public, du sous-amendement n° 1350 rectifié ; adoption de l'amendement n° 144 rectifié *quater* modifié rédigeant l'article, les autres amendements devenant sans objet.

Article 14 *ter* (p. 5266)

Amendement n° 470 de M. François Autain. – MM. Guy Fischer, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Amendements n° 362 rectifié *bis* de M. Jean-Marc Juilhard, repris par la commission et 471 de M. François Autain. – MM. le rapporteur, François Autain, Mme la ministre. – Adoption de l'amendement n° 362 rectifié *bis*, l'amendement n° 471 devenant sans objet.

Amendements n° 894 rectifié de M. Jean-Marc Juilhard, repris par la commission, et 714 de M. Bernard Cazeau. – MM. le rapporteur, Bernard Cazeau, Mme la ministre. – Retrait de l'amendement n° 714 ; adoption de l'amendement n° 894 rectifié.

Adoption de l'article modifié.

Article 14 *quater* (p.)

Amendement n° 1226 du Gouvernement. – Mme la ministre, M. le rapporteur. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article additionnel après l'article 14 *quater* (réservé jusqu'après l'article 21 *nonies*) (p. 5273)

Article 14 *quinquies*. – Adoption (p. 5273)

Articles additionnels après l'article 14 *quinquies* (réservés jusqu'après l'article 21 *nonies*) (p. 5273)

Article additionnel avant l'article 15 (réservé jusqu'après l'article 21 *nonies*) (p. 5273)

Article 15 (p. 5273)

MM. François Autain, le rapporteur, Jacques Blanc, Bernard Cazeau, Jean-Pierre Sueur, Mme la ministre.

Suspension et reprise de la séance (p. 5279)

PRÉSIDENTE DE M. ROLAND DU LUART

Amendement n° 1230 du Gouvernement. – Mme la ministre, MM. le rapporteur ; Gérard Dériot, vice-président de la commission ; Jacques Blanc, François Autain. – Adoption.

Amendement n° 719 rectifié de M. Bernard Cazeau. – MM. Bernard Cazeau, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 479 de M. François Autain. – MM. Guy Fischer, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 720 rectifié de M. Jean Desessard. – MM. Jean Desessard, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Amendements n° 1229 du Gouvernement et 97 rectifié de M. Bruno Gilles. – Mme la ministre, MM. Dominique Leclerc, le rapporteur, Serge Lagache, Mme Nathalie Goulet, MM. Jean Desessard, François Autain, Alain Vasselle. – Retrait de l'amendement n° 97 rectifié ; adoption de l'amendement n° 1229.

Amendement n° 721 rectifié de M. Jean Desessard. – MM. Jean Desessard, le rapporteur, Mme la ministre, M. Jacques Blanc. – Retrait.

Amendement n° 722 rectifié de M. Bernard Cazeau. – MM. Bernard Cazeau, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 126 de M. Jean Desessard. – MM. Jean Desessard, le rapporteur, Mme la ministre, M. Gilbert Barbier. – Rejet.

Amendement n° 478 de M. François Autain. – MM. François Autain, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n° 723 de M. Serge Larcher. – MM. Bernard Cazeau, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n° 856 rectifié de M. Paul Blanc. – MM. Marc Laménie, le rapporteur. – Retrait.

Amendement n° 644 rectifié de M. Gilbert Barbier. – MM. Gilbert Barbier, le rapporteur, Mme la ministre. – Adoption.

Amendement n° 625 rectifié de M. Gilbert Barbier. – MM. Gilbert Barbier, le rapporteur, Mme la ministre, MM. Jean Desessard, Bernard Cazeau. – Retrait.

Amendement n° 724 de M. Bernard Cazeau. – MM. Bernard Cazeau, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait

Amendements n° 712 et 713 de M. Jean-Jacques Mirassou. – MM. Bernard Cazeau, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait des deux amendements.

Amendements n^{os} 474, 477 480 de M. François Autain, 857 rectifié à 859 de M. Paul Blanc, 183 rectifié, 180 rectifié de M. Hervé Maurey, 2 rectifié *ter* de M. Claude Biwer, 626 rectifié de M. Gilbert Barbier; 179, 180 de M. Hervé Maurey; 784 rectifié *bis* de M. Jacky Le Menn. – MM. Guy Fischer, Marc Laménie, Hervé Maurey, Claude Biwer, François Autain, Mme Isabelle Pasquet, MM. Bernard Cazeau, le rapporteur, Mme la ministre. –

Renvoi de la suite de la discussion.

7. **Texte soumis au Sénat en application de l'article 88-4 de la Constitution** (p. 5301)
8. **Ordre du jour** (p. 5301)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE M. BERNARD FRIMAT

vice-président

Secrétaires :

Mme Monique Cerisier-ben Guiga,
M. Daniel Raoul.

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

DÉPÔT D'UN RAPPORT DU GOUVERNEMENT

M. le président. M. le Premier ministre a transmis au Sénat, en application de l'article 67 de la loi n° 2004-1343 du 9 décembre 2004 de simplification du droit le rapport sur l'application de la loi n° 2008-696 du 15 juillet 2008 relative aux archives du Conseil constitutionnel.

Acte est donné du dépôt de ce rapport, qui a été transmis à la commission des lois.

Il sera disponible au bureau de la distribution.

3

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°s 290, 380 et 381).

Dans la discussion des articles, nous poursuivons l'examen de l'article 28.

Article 28 (suite)

(Texte modifié par la commission)

I. - Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Au dernier alinéa de l'article L. 247-2, le mot : « agrégées » est supprimé ;

1° *bis* La dernière phrase du III de l'article L. 312-1 est complétée par les mots : « et leurs règles de financement et de tarification » ;

2° L'article L. 312-3 est ainsi rédigé :

« Art. L. 312-3. - La section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale mentionné à l'article L. 6121-7 du code de la santé publique se réunit au moins une fois par an en formation élargie en vue :

« 1° D'évaluer les besoins sociaux et médico-sociaux et d'analyser leur évolution ;

« 2° De proposer des priorités pour l'action sociale et médico-sociale.

« Tous les cinq ans, elle élabore un rapport qui est transmis à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, au Gouvernement et aux autorités locales concernées.

« La section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale est consultée par le ministre chargé des affaires sociales sur les problèmes communs aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, notamment sur les questions concernant leur fonctionnement administratif et financier. » ;

3° L'article L. 312-5 est ainsi rédigé :

« Art. L. 312-5. - Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale sont établis dans les conditions suivantes :

« 1° Les ministres chargés des personnes âgées et des personnes handicapées établissent, sur proposition de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie lorsqu'il entre dans son champ de compétences et après avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale, un schéma au niveau national pour les établissements ou services accueillant des catégories de personnes, dont la liste est fixée par décret, pour lesquelles les besoins ne peuvent être appréciés qu'à ce niveau ; l'Assemblée des départements de France est tenue informée de ce schéma national ;

« 2° Le représentant de l'État dans la région établit les schémas régionaux relatifs :

« a) Aux centres d'accueil pour demandeurs d'asile mentionnés au 13° du I de l'article L. 312-1 ;

« b) Aux services mentionnés aux 14° et 15° du I de l'article L. 312-1 et aux personnes physiques mentionnées aux articles L. 472-1, L. 472-5, L. 472-6 et L. 474-4 ;

« 3° Le directeur de l'agence régionale de santé et de l'autonomie établit le schéma prévu à l'article L. 1434-10 du code de la santé publique ;

« 4° Le président du conseil général élabore les schémas, adoptés par le conseil général, pour les établissements et services, autres que ceux devant figurer dans les schémas nationaux, mentionnés aux 1° et 4° du I de l'article L. 312-1. Pour cette dernière catégorie, il prend en compte les orientations fixées par le représentant de l'État dans le département.

« Les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie sont arrêtés par le président du conseil général, après concertation avec le représentant de l'État dans le département et avec l'agence régionale de santé et de l'autonomie, dans le cadre de la commission prévue au 2° de l'article L. 1432-1 du code de la santé publique. Les représentants des organisations professionnelles représentant les acteurs du secteur du handicap ou de la perte d'autonomie dans le département ainsi que les représentants des usagers sont également consultés, pour avis, sur le contenu de ces schémas. Les modalités de ces consultations sont définies par décret. L'objectif de ces schémas est d'assurer l'organisation territoriale de l'offre de services de proximité et leur accessibilité. » ;

4° L'article L. 312-5-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 312-5-1.* - Pour les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 6°, 7°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 qui accueillent des personnes handicapées ou des personnes âgées, le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie établit un programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie composé d'objectifs de programmation pour la mise en œuvre du schéma régional mentionné au 3° de l'article L. 312-5. Ce programme dresse, pour la part des prestations financées sur décision tarifaire du directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie, les priorités de financement des créations, extensions ou transformations d'établissements ou de services au niveau régional. » ;

5° L'article L. 313-1-1 devient l'article L. 313-1-2 ;

6° Il est rétabli un article L. 313-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-1-1.* - Les projets, y compris expérimentaux, de création, de transformation et d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1 ainsi que des projets de lieux de vie et d'accueil sont autorisés par les autorités compétentes en vertu de l'article L. 313-3.

« Lorsque les projets font appel partiellement ou intégralement à des financements publics, ces autorités délivrent l'autorisation après avis d'une commission de sélection d'appel à projet social ou médico-social qui associe des représentants des usagers. L'avis de cette dernière n'est toutefois pas requis en cas d'extension inférieure à un seuil. Une partie des appels à projets doit être réservée à la présentation de projets expérimentaux ou innovants répondant à un cahier des charges allégé.

« Si des établissements ou services créés sans recours à des financements publics présentent des projets de transformation ou d'extension faisant appel à de tels financements, la procédure prévue à l'alinéa précédent s'applique.

« Les conditions d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État, à l'exception du seuil mentionné au deuxième alinéa, qui l'est par décret.

« Le décret en Conseil d'État susvisé définit notamment les règles de publicité, les modalités de l'appel à projet et le contenu de son cahier des charges, ainsi que les modalités d'examen et de sélection des projets présentés, afin de garantir une mise en concurrence sincère, loyale et équitable et la qualité de l'accueil et de l'accompagnement. » ;

7° L'article L. 313-3 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-3.* - L'autorisation est délivrée :

« *a)* Par le président du conseil général, pour les établissements et services mentionnés aux 1°, 6°, 7°, 8°, 11° et 12° du I et au III de l'article L. 312-1 lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par l'aide sociale départementale ou lorsque leurs interventions relèvent d'une compétence dévolue par la loi au département ;

« *b)* Par le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie pour les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, b du 5°, 6°, 7°, 9°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 et pour les lieux de vie et d'accueil mentionnés au III du même article, lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par les organismes d'assurance maladie, ainsi que pour les établissements et services mentionnés au *a* du 5° du I du même article ;

« *c)* Par l'autorité compétente de l'État pour les établissements et services mentionnés aux 4°, 8°, 11°, 12° et 13° du I de l'article L. 312-1 ainsi que, après avis conforme du procureur de la République, pour les services mentionnés aux 14° et 15° du I de l'article L. 312-1 ;

« *d)* Conjointement par le président du conseil général et le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie pour les établissements et services dont l'autorisation relève simultanément du *a* et du *b* ainsi que ceux dont l'autorisation relève du 3° du I et du III de l'article L. 312-1 ;

« *e)* Conjointement par l'autorité compétente de l'État et le président du conseil général pour les établissements et services dont l'autorisation relève simultanément du *a* et du *c* ainsi que ceux dont l'autorisation relève du 4° du I et du III de l'article L. 312-1. » ;

8° L'article L. 313-4 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « initiale » est supprimé ;

b) Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° Répond au cahier des charges établi, dans des conditions fixées par décret, par les autorités qui délivrent l'autorisation ; »

c) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les projets ne relevant pas de financements publics, l'autorisation est accordée si le projet satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues au présent code, et prévoit les démarches d'évaluation. » ;

9° L'article L. 345-3 est complété par les mots : « ou si un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens a été conclu entre leur personne morale gestionnaire et l'État dans des conditions définies par décret » ;

9° *bis* Le premier alinéa de l'article L. 348-4 est complété par les mots : « ou si un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens a été conclu entre sa personne morale gestionnaire et l'État dans des conditions définies par décret » ;

10° L'article L. 313-12 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Par dérogation, les établissements et services qui atteignent ensemble, en raison tant de leur taille que des produits de leur tarification, un seuil fixé par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de l'assurance maladie, font l'objet d'un contrat d'objectifs et de moyens signé avec leur personne morale gestionnaire, qui comporte notamment des objectifs de qualité de prise en charge à atteindre. » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les établissements et services, qui font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, pourront être accompagnés pour son élaboration et sa mise en œuvre par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux. » ;

11° Après l'article L. 313-12-1, il est inséré un article L. 313-12-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-12-2.* - Les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 7°, 8°, 9°, 11°, 14° et 15° du I de l'article L. 312-1, relevant de la compétence tarifaire exclusive du directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie ou du représentant de l'État dans la région et qui atteignent ensemble, en raison tant de leur taille que des produits de leur tarification, un seuil fixé par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de l'assurance maladie, font l'objet pour leur financement d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé entre leur personne morale gestionnaire et l'autorité chargée de la tarification. Ce contrat comporte notamment des objectifs de qualité de prise en charge à atteindre.

« Les établissements et services, qui font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, pourront être accompagnés pour son élaboration et sa mise en œuvre par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux. » ;

12° L'article L. 313-13 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-13.* - Le contrôle des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des lieux de vie et d'accueil est exercé par l'autorité qui a délivré l'autorisation.

« Dans les établissements et services sociaux autorisés par le représentant de l'État, les contrôles prévus au présent livre sont effectués par les personnels, placés sous son autorité ou sous celle de l'agence régionale de santé et de l'autonomie, mentionnés aux articles L. 1421-1 et L. 1435-7 du code de la santé publique.

« Dans les établissements et services médico-sociaux autorisés par le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie, les contrôles prévus au présent livre sont effectués par les personnels de l'agence régionale de santé et de l'autonomie mentionnés aux articles L. 1421-1 et L. 1435-7 du code de la santé publique.

« Dans les établissements et services autorisés par le président du conseil général, les contrôles prévus à la présente section sont effectués par les agents départementaux mentionnés à l'article L. 133-2 du présent code, dans les conditions définies à cet article. Toutefois, ces contrôles peuvent être également exercés, de façon séparée ou conjointe avec ces agents, par les agents mentionnés au deuxième alinéa du présent article.

« Dans les établissements et services médico-sociaux autorisés conjointement par le président du conseil général et par le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie, les contrôles prévus à la présente section sont effectués par les agents départementaux et les personnels de l'agence régionale de santé et de l'autonomie mentionnés aux articles L. 1421-1 et L. 1435-7 du code de la santé publique, dans la limite de leurs compétences respectives.

« Quelle que soit l'autorité qui a délivré l'autorisation, le représentant de l'État dans le département peut, à tout moment, diligenter les contrôles prévus au titre III du présent livre. Il dispose à cette fin des moyens d'inspection et de contrôle de l'agence régionale de santé et de l'autonomie pour l'exercice de ses compétences.

« Lorsque le contrôle a pour objet d'apprécier l'état de santé, la sécurité, l'intégrité ou le bien-être physique ou moral des bénéficiaires accueillis dans les établissements et services sociaux ou médico-sociaux et les lieux de vie et d'accueil, il est procédé, dans le respect de l'article L. 331-3, à des visites d'inspection conduites, en fonction de la nature du contrôle, par un médecin inspecteur de santé publique ou par un inspecteur de l'action sanitaire et sociale.

« Les agents mentionnés à l'alinéa précédent, habilités et assermentés à cet effet dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, recherchent et constatent les infractions définies au présent code par des procès-verbaux transmis au procureur de la République, qui font foi jusqu'à preuve du contraire. Ils peuvent, au titre des contrôles mentionnés au présent article et aux articles L. 313-16, L. 331-3, L. 331-5 et L. 331-7, effectuer des saisies dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. » ;

13° Le III de l'article L. 314-3 est abrogé ;

14° Avant le dernier alinéa de l'article L. 315-14, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les établissements médico-sociaux dont l'autorisation relève de la compétence du directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie, soit exclusive soit conjointe avec le président du conseil général, les délibérations mentionnées au premier alinéa sont transmises au directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie. Dans ce cas, les compétences du représentant de l'État dans le département définies au présent article sont exercées par le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie. » ;

15° Le second alinéa de l'article L. 344-5-1 est ainsi rédigé :

« L'article L. 344-5 du présent code s'applique également à toute personne handicapée accueillie dans un établissement ou service mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 ou dans un établissement autorisé à dispenser des soins de longue durée, et dont l'incapacité, reconnue à la demande de l'intéressé avant l'âge mentionné au premier alinéa de l'article L. 113-1, est au moins égale à un pourcentage fixé par décret. » ;

16° L'article L. 312-8 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 procèdent à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou

de services, par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Les résultats des évaluations sont communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation. Les établissements et services rendent compte de la démarche d'évaluation interne engagée. Le rythme des évaluations et les modalités de restitution de la démarche d'évaluation sont fixés par décret. » ;

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

« Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 autorisés et ouverts avant la date de promulgation de la loi n° du portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, communiquent les résultats d'au moins une évaluation interne dans un délai fixé par décret. » ;

b) Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 sont tenus de procéder à deux évaluations externes entre la date de l'autorisation et le renouvellement de celle-ci. Le calendrier de ces évaluations est fixé par décret. » ;

c) Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 autorisés et ouverts avant la date de promulgation de la loi n° du portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, procèdent au moins à une évaluation externe au plus tard deux ans avant la date de renouvellement de leur autorisation. » ;

d) Le *c* du 1° est abrogé ;

e) Après le cinquième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« En cas de certification par des organismes visés à l'article L. 115-28 du code de la consommation, un décret détermine les conditions dans lesquelles cette certification peut être prise en compte dans le cadre de l'évaluation externe.

« La disposition prévue à l'alinéa précédent entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2011. » ;

17° Le IV de l'article L. 14-10-5 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après le mot : « innovantes », sont insérés les mots : « , à la formation des aidants familiaux » ;

b) Aux *b* du 1 et du 2, après le mot : « vie », sont insérés les mots : « de dépenses de formation des aidants familiaux » ;

18° Le IV de l'article L. 14-10-5 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après le mot : « innovantes », sont insérés les mots : « , à la formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 » ;

b) Aux *b* du 1 et du 2, après le mot : « vie », sont insérés les mots : « de dépenses de formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 » ;

19° L'article L. 313-26 devient l'article L. 313-27 et il est créé un nouvel article L. 313-26 ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-26.* - Au sein des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du présent code, lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclu-

sion de tout autre, l'aide à la prise de ce traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante.

« La distribution et l'aide à la prise de médicaments peuvent, à ce titre, être assurées par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante, dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier.

« Le libellé de la prescription médicale permet, selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante.

« Des protocoles de soins sont élaborés avec l'équipe soignante afin que les personnes chargées de la distribution et de l'aide à la prise des médicaments soient informées des doses prescrites et du moment de la prise. » ;

20 ° L'article L. 311-1 est complété par sept alinéas ainsi rédigés :

« Sont qualifiés d'établissements sociaux et médico-sociaux privés d'intérêt collectif les établissements privés qui :

« Exercent leurs missions sociales et médico-sociales dans un cadre non lucratif et dont la gestion est désintéressée ;

« Inscrivent leur action dans le cadre d'un projet institutionnel validé par l'organe délibérant de la personne morale de droit privé gestionnaire, qui décrit les modalités selon lesquelles les établissements qu'elle administre organisent leur action en vue de répondre aux besoins sociaux et médico-sociaux émergents ou non satisfaits, d'une part, et de limiter le reste à charge des personnes accueillies ou accompagnées, dès lors qu'une participation financière est prévue par les textes en vigueur, d'autre part ;

« Publient leurs comptes annuels certifiés ;

« Établissent le cas échéant des coopérations avec d'autres établissements sociaux et médico-sociaux pour organiser une réponse coordonnée et de proximité aux besoins de la population dans les différents territoires, dans un objectif de continuité et de décloisonnement des interventions sociales et médico-sociales réalisées au bénéfice des personnes accueillies ou accompagnées.

« Les personnes morales de droit privé gestionnaires d'établissements sociaux et médico-sociaux privés adoptent le statut d'intérêt collectif par une délibération de leur organe délibérant transmise à l'autorité ayant compétence pour délivrer l'autorisation. La qualité d'établissement social et médico-social privé d'intérêt collectif se perd soit par une nouvelle délibération de l'organe délibérant de la personne morale de droit privé gestionnaire, transmise à l'autorité ayant enregistré l'engagement initial dans l'intérêt collectif social et médico-social, soit du fait d'une appréciation de l'autorité ayant délivré l'autorisation, dans des conditions de procédure définies par décret.

« Les modalités d'application du présent article sont déterminées, en tant que de besoin, par décret en Conseil d'État. » ;

21° Il est ajouté, après l'article L. 313-23-2, un article L. 313-23-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-23-3.* - À défaut d'accord de branche ou d'accord d'entreprise ou d'établissement définissant les modalités d'un service minimum permettant d'assurer, en cas de grève, la sécurité du personnel et des personnes handicapées ou âgées accompagnées de façon permanente dans les

établissements et services définis aux 2°, 5°, 6°, 7° et 12° de l'article L. 312-1 du présent code, un service minimum est mis en place dans ces établissements et services dans des conditions prévues par décret. » ;

22° Le quatrième alinéa de l'article L. 314-8 est complété par trois phrases ainsi rédigées : « Un décret définit les conditions d'expérimentation comparative de plusieurs modalités de fonctionnement et de tarification pour l'accueil temporaire des personnes accueillies dans des établissements et services visés au 6° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Cette expérimentation prend effet à compter du 1^{er} juin 2009. Un rapport sur cette expérimentation est remis au Parlement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie avant le 15 octobre 2012. » ;

23° L'article L. 411-1 est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, les mots : « ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen » sont remplacés par les mots : « d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, à une convention internationale ou un arrangement en matière de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles » ;

b) Au septième alinéa, les mots : « le titre » sont remplacés par les mots : « le titre ou ensemble de titres » ;

c) Il est ajouté, à la fin du même article, un alinéa ainsi rédigé :

« Le bénéficiaire peut faire usage de son titre de formation dans la langue de l'État qui le lui a délivré. Il est tenu de faire figurer le lieu et l'établissement où il l'a obtenu. » ;

24° L'article L. 312-7 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa :

- les mots : « gestionnaires mentionnés à » sont remplacés par les mots : « qui peuvent être gestionnaires au sens de » ;

- avant le mot : « peuvent », sont ajoutés les mots : « ainsi que les personnes morales ou physiques concourant à la réalisation de leurs missions, » ;

b) Au sixième alinéa, la référence : « L. 129-1 » est remplacée par la référence : « L. 7232-1 » ;

c) Avant le huitième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« d) Créer des réseaux sociaux ou médico-sociaux avec les personnes mentionnées au premier alinéa et adhérer à ces mêmes réseaux ou aux réseaux et groupements de coopération ou d'intérêt public prévus au code de la santé publique. » ;

d) Au huitième alinéa :

- les mots : « gestionnaires de services mentionnés à l'article L. 312-1 du présent code » sont remplacés par les mots : « mentionnés au premier alinéa » ;

- la référence : « L. 6133-1 » est remplacée par la référence : « L. 6111-1 » ;

e) Le début du neuvième alinéa est ainsi rédigé : « Les premier et troisième alinéas de l'article L. 6133-3, le premier alinéa de l'article L. 6133-4, les articles L. 6133-6 et L. 6133-7 sont applicables... (le reste sans changement) » ;

f) Au douzième alinéa, la référence : « L. 129-1 » est remplacée par la référence : « L. 7232-1 » ;

g) Au treizième alinéa :

- les mots : « telles que mentionnées au 1° de l'article L. 6122-15 du code de la santé publique » sont supprimés ;

- la dernière phrase est supprimée ;

h) Avant le dernier alinéa de cet article, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La convention constitutive des groupements de coopération définit notamment l'ensemble des règles de gouvernance et de fonctionnement. Elle peut prévoir des instances de consultation du personnel. » ;

25° Après l'article L. 313-14, il est inséré un article L. 313-14-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 313-14-1. - Dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant du I de l'article L. 312-1 à l'exception du 10°, gérés par des organismes de droit privé à but non lucratif, lorsque la situation financière fait apparaître un déséquilibre financier significatif et prolongé ou lorsque sont constatés des dysfonctionnements dans la gestion de ces établissements et de ces services, et sans préjudice des dispositions relatives au contrôle des établissements et services prévus au présent code, l'autorité de tarification compétente adresse à la personne morale gestionnaire une injonction de remédier au déséquilibre financier ou aux dysfonctionnements constatés et de produire un plan de redressement adapté, dans un délai qu'elle fixe. Ce délai doit être raisonnable et adapté à l'objectif recherché.

« Les modalités de retour à l'équilibre financier donnent lieu à la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 313-11.

« S'il n'est pas satisfait à l'injonction, ou en cas de refus de l'organisme gestionnaire de signer la convention susmentionnée, l'autorité de tarification compétente peut désigner un administrateur provisoire de l'établissement pour une durée qui ne peut être supérieure à une période de six mois renouvelable une fois. Si l'organisme gestionnaire gère également des établissements de santé, l'administrateur provisoire est désigné conjointement avec le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie dans les conditions prévues à l'article L. 6161-3-1 du code de la santé publique.

« L'administrateur provisoire accomplit, pour le compte des établissements et services, les actes d'administration urgents ou nécessaires pour mettre fin aux dysfonctionnements ou irrégularités constatés ainsi que la préparation et la mise en œuvre d'un plan de redressement.

« La rémunération de l'administrateur est assurée par les établissements gérés par l'organisme et répartie entre les établissements ou services au prorata des charges d'exploitation de chacun d'eux.

« L'administrateur justifie, pour ses missions, d'une assurance couvrant les conséquences financières de la responsabilité conformément aux dispositions de l'article L. 814-5 du code de commerce, prise en charge dans les mêmes conditions que la rémunération.

« En cas d'échec de l'administration provisoire, l'autorité de tarification compétente peut saisir le commissaire aux comptes pour la mise en œuvre des dispositions de l'article L. 612-3 du code de commerce. »

II. - Le 1° et le 2° du I, ainsi que le 2° du III de l'article 45 de la loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale sont ainsi modifiés :

a) Après les mots : « lorsqu'ils accueillent des personnes handicapées », sont insérés les mots : « à titre temporaire ou permanent ou des personnes âgées à titre temporaire ou en accueil de jour » ;

b) Après les mots : « lorsqu'ils accueillent des personnes âgées », sont insérés les mots : « à titre permanent ».

La perte de recette pour l'État résultant du présent II est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

III. - L'intitulé du chapitre II du titre I^{er} du livre V de la deuxième partie du code du travail est complété par les mots : « ou d'intérêt général ».

Le 2^o de l'article L. 2512-1 du même code est complété par les mots : « ou d'une mission d'intérêt général et d'utilité sociale telle que définie à l'article L. 311-1 du code de l'action sociale et des familles ».

M. le président. Nous poursuivons, au sein de l'article 28, la discussion de l'amendement n° 1171 et du sous-amendement n° 1354, dont je rappelle les termes pour la clarté des débats.

L'amendement n° 1171, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

I. - Rédiger comme suit le début du deuxième alinéa du texte proposé par le 19^o de cet article pour l'article L. 313-26 du code de l'action sociale et des familles :

« L'aide à la prise des médicaments peut, à ce titre, être assurée par toute personne...

II. - Dans le dernier alinéa du même texte, supprimer les mots :

de la distribution et

Le sous-amendement n° 1354, présenté par Mme Desmarescaux, est ainsi libellé :

I. - Au début du second alinéa du I de l'amendement n° 1171, remplacer les mots :

« L'aide à la prise des médicaments peut, à ce titre, être assurée

par les mots :

« La préparation des médicaments est assurée par les médecins, les pharmaciens et les personnels infirmiers ; le portage et l'aide à la prise de médicaments peuvent, à ce titre, être assurés

II. - Rédiger comme suit le II de l'amendement n° 1171 :

II. - Dans le dernier alinéa du même texte, remplacer les mots :

de la distribution

par les mots :

du portage

Hier soir, l'amendement et le sous-amendement ont été présentés par leurs auteurs.

La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité. Monsieur le président, mesdames, messieurs les sénateurs, le Gouvernement rejoint totalement la commission dans sa préoccupation de tenir compte des besoins d'accompagne-

ment des personnes privées d'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne. C'est bien sûr le bon sens que de considérer que l'aide à la prise de médicaments apportée par les personnes chargées de l'aide aux actes de la vie courante entre dans ce cadre.

M. François Autain. Ah !

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État. La commission a pris la précaution de préciser, dans le texte qu'elle a élaboré, qu'il ne s'agit que des modes de prise ne présentant pas « ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier », ce qui, par exemple, exclut les injections, et que des protocoles de soins viennent encadrer ces pratiques.

Demeure peut-être une seule difficulté, que l'amendement du Gouvernement tend à lever en prévoyant de ne retenir que la notion d'aide à la prise des médicaments. Je constate cependant qu'il appelle des explications complémentaires.

Le Gouvernement entend lever les possibles ambiguïtés engendrées par le terme « distribution ». Il va de soi que l'aide à la prise des médicaments comprend la distribution, entendue au sens de « remise à la personne aidée ». Il ne s'agit pas d'interdire à l'aidant de porter et de remettre à la personne aidée le médicament sélectionné par l'infirmière, acte qui constitue bien une aide aux gestes de la vie courante. En revanche, il faut éviter de laisser penser que les préparations, le conditionnement dans un pilulier ou, *a fortiori*, la sélection du médicament dans son lieu de rangement sont laissés à l'initiative de l'aidant. C'est cet aspect, plus technique, du terme « distribution » qui pourrait porter à confusion.

Mesdames, messieurs les sénateurs, c'est sous le bénéfice de ces explications que je vous demande d'adopter l'amendement n° 1171 du Gouvernement

Madame Desmarescaux, je vous remercie d'avoir, par votre initiative et le débat qui a suivi, soulevé cette question et ainsi donné au Gouvernement l'occasion d'apporter des précisions qui figureront au *Journal officiel* et permettront d'avancer. Vous l'avez rappelé avec raison, les établissements médico-sociaux ont besoin de clarifications sur ce sujet. Pour toutes ces raisons, je vous demande de retirer votre sous-amendement.

M. le président. Madame Desmarescaux, le sous-amendement n° 1354 est-il maintenu ?

Mme Sylvie Desmarescaux. Monsieur le président, la nuit est propice à la réflexion, ce qui ne m'a pas empêché de bien dormir ! (*Sourires.*)

Madame la secrétaire d'État, je vous remercie de vos propos rassurants et clairs qui figureront au *Journal officiel* et me satisfont pleinement (*M. François Autain s'exclame.*)

Je retire donc ce sous-amendement.

M. Guy Fischer. Le secteur médico-social n'est pas rassuré du tout !

M. le président. Le sous-amendement n° 1354 est retiré.

La parole est à M. Dominique Leclerc, pour explication de vote sur l'amendement n° 1171.

M. Dominique Leclerc. Je regrette que notre collègue ait retiré son sous-amendement. Je mets en garde le Gouvernement sur la nouvelle rédaction de l'article L. 313-26 du code de l'action sociale et des familles qu'il propose avec cet amendement. (*Mme la secrétaire d'État s'exclame.*)

J'ai l'habitude d'assister à la délivrance de médicaments dans les établissements, quels qu'ils soient ! Certes, il est possible d'envisager la question d'un point de vue théorique. Il n'en reste pas moins que, dans la pratique, des confusions ont lieu et que, notamment à cause des médicaments génériques, des erreurs sont commises dans l'administration des médicaments, même si celle-ci est effectuée par une personne habilitée et qu'un pilulier est utilisé. Ainsi, il peut arriver qu'une personne absorbe le matin une ou deux pilules en plus des cinq, six, sept ou huit qui sont prévues. On peut toujours dire que ce n'est pas grave !

Je considère qu'en termes de santé publique cette situation est scandaleuse. La dispensation des médicaments dans un établissement, quel qu'il soit, doit se faire par des personnes détenant un minimum de connaissances et de diplômes.

M. François Autain. Il a raison !

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État. Monsieur le sénateur, nous avons largement débattu de toutes ces questions hier soir. L'amendement du Gouvernement vise justement à apporter des précisions au texte de la commission et la discussion qui vient d'avoir lieu et qui a permis d'apporter des explications n'avait pas d'autre objet que de rassurer et de lever toutes les ambiguïtés, afin d'éviter les situations vous venez d'évoquer.

M. le président. La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote sur l'amendement n° 1171.

M. Bernard Cazeau. Il convient de faire la part des choses. Il est impossible de tout régler et il existera toujours des impondérables.

Monsieur Leclerc, les propos que vous avez tenus m'inquiètent ! Il est difficile d'imaginer que certaines personnes prennent, même de temps en temps, des médicaments par erreur !

L'amendement du Gouvernement est simple et, même s'il n'est pas complet, son adoption résoudra à peu près le problème. C'est la raison pour laquelle nous le voterons.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1171.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1335, présenté par M. Milon, au nom de la commission, est ainsi libellé :

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

établissements

insérer (deux fois) les mots :

et services

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

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

établissement

insérer les mots :

et service

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales. Il s'agit d'un amendement de précision. Le 20° du I de l'article 28 crée un statut d'établissements sociaux et médico-sociaux privés d'intérêt collectif. Étant donné que le code de l'action sociale et des familles place sur le même plan juridique les notions d'établissements sociaux et médico-sociaux et de services sociaux et médico-sociaux, il est logique que ces derniers soient concernés par le nouveau statut.

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

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État. Le Gouvernement émet un avis favorable.

M. Jean-Pierre Fourcade. Bien !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1335.

(L'amendement est adopté.)

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

L'amendement n° 977 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° 1168 est présenté par le Gouvernement.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Supprimer le 21° du I de cet article.

La parole est à Mme Annie David, pour présenter l'amendement n° 977.

Mme Annie David. La disposition que nous entendons supprimer par cet amendement tend à instaurer un service minimum dans les établissements accueillant de façon permanente des personnes âgées et handicapées.

Une fois n'est pas coutume, après avoir déposé cet amendement, nous avons constaté avec étonnement que le Gouvernement avait décidé de nous suivre puisqu'il a, à son tour, déposé un amendement identique au nôtre. Voilà pour la forme.

J'en viens au fond. Nous considérons que, s'il est nécessaire de prévoir des modalités permettant l'accueil et le soin des personnes prises en charge dans les établissements médico-sociaux, notamment au regard de l'importance de certaines pathologies, il n'est pas souhaitable de renvoyer les modalités de l'instauration de ce service minimum au silence d'un décret, alors cette mesure pourrait être assimilée à une privation du droit de grève.

Pourtant le dialogue social, cher à Xavier Bertrand, ancien ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, comme à la commission des affaires sociales du Sénat, ne saurait être bafoué de la sorte.

En adoptant cet amendement, nous entendons renvoyer le Gouvernement à la négociation que nous considérons comme indispensable. Nous demandons d'ailleurs que cet amendement soit mis aux voix par scrutin public. *(Exclamations sur les travées de l'UMP.)*

M. Guy Fischer. C'est très important ! Le service minimum, on sait ce que cela veut dire !

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État, pour présenter l'amendement n° 1168.

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État. Le texte de la commission prévoit de faire figurer les établissements privés chargés d'une mission d'intérêt général, ainsi que cela est mentionné à

l'article L. 311-1 du code de l'action sociale et des familles, parmi les établissements auxquels s'appliquent les dispositions particulières du travail pour l'exercice du droit de grève dans les services publics, notamment l'obligation d'un préavis de grève.

Telle qu'elle est rédigée, cette disposition ne concernerait pas seulement les établissements et services accompagnant de façon permanente des personnes âgées ou handicapées, mais viserait l'ensemble des établissements et services intervenant dans le champ de l'action sociale et médico-sociale, y compris des services administratifs et des établissements et services sociaux et médico-sociaux n'accompagnant pas des personnes handicapées ou âgées – centres d'hébergements et de réinsertion sociale, foyers de jeunes travailleurs, etc. –, puisque tous exercent cette mission d'intérêt général.

Je comprends la préoccupation de la commission – c'est aussi la mienne –, qui veut s'assurer de la continuité de la prise en charge et des soins des personnes fragiles accueillies dans les établissements médico-sociaux. Il convient cependant d'adapter la réponse apportée à la situation objective jusqu'ici rencontrée et de tenir compte des solutions déjà offertes par la législation pour garantir cette continuité à ces usagers, qui ne peuvent sans risque ni dommage pour leur santé ou leur autonomie voir leur prise en charge interrompue ou dégradée.

Il n'existe pas de restriction à l'exercice du droit de grève pour les établissements et services médico-sociaux de statut privé, qui sont très majoritaires dans le secteur des personnes handicapées et qui représentent près de la moitié des institutions pour personnes âgées.

Cependant, le préfet détient, au titre de ses pouvoirs de police, un pouvoir de réquisition, prévu au 4^o de l'article L. 2215-1 du code général des collectivités territoriales, dès lors qu'il y a urgence et atteinte constatée ou prévisible à la sécurité des personnes et qu'il n'a pas d'autre moyen pour exercer ses pouvoirs de police.

Ces dispositions permettent, semble-t-il, de concilier respect du droit de grève garanti par la Constitution et sauvegarde de la sécurité des personnes accompagnées par les établissements et services concernés.

Conscients des missions d'intérêt général et d'utilité sociale que la loi du 2 janvier 2002 confie aux institutions sociales et médico-sociales et de leurs responsabilités particulières à l'égard des personnes fragiles auprès desquelles ils interviennent, les responsables de ces établissements et les professionnels concernés ont toujours montré, dans leur immense majorité, leur volonté et leur capacité de ne pas porter atteinte aux besoins essentiels des personnes âgées ou handicapées accueillies, même en cas de conflit du travail. Ce n'est que très exceptionnellement que les préfets ont été conduits à envisager des réquisitions.

Faut-il, face à des incidents aujourd'hui heureusement très isolés, restreindre le droit de grève et imposer un service minimum ?

Sur ce sujet complexe, potentiellement conflictuel, et alors qu'il a à la fois le devoir d'assurer la sécurité d'usagers en situation de fragilité et de consulter les partenaires du secteur, le Gouvernement propose de mettre en place une mission d'expertise associant les interlocuteurs concernés.

Cette mission pourrait vérifier si les dispositions actuelles garantissent effectivement la sécurité et la réponse aux besoins essentiels d'accompagnement des usagers, recommander des instructions facilitant l'application et le contrôle de ces règles,

recenser les outils et démarches existants ou proposer ceux qui devraient être mis en place, ce qui permettrait, en amont, d'organiser dans les institutions la continuité des missions essentielles des établissements et services médico-sociaux pour les publics fragiles, analyser les conséquences juridiques de la reconnaissance actuelle par la loi d'une mission d'intérêt général et d'utilité collective au regard de la continuité des missions et, enfin, proposer, si une insuffisance de la législation et de la réglementation actuelles était constatée, les textes permettant d'y remédier.

La mission d'expertise associant les interlocuteurs concernés sera mise en place avant l'été et ses conclusions devront être remises avant la fin de l'année.

Dans l'attente de ses résultats, je vous demande, mesdames, messieurs les sénateurs, de bien vouloir adopter l'amendement de suppression déposé par le Gouvernement compte tenu des garanties apportées et les délais indiqués.

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

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

M. François Autain. Et de M. Vasselle !

M. Alain Milon, rapporteur. L'amendement n° 977 tend à supprimer les dispositions introduites par la commission relatives à l'instauration d'un service minimum. Il semble aujourd'hui indispensable de garantir un tel service dans les établissements accueillant des personnes âgées ou handicapées. En effet, le déclenchement d'une grève peut conduire à une moindre prise en charge des usagers, mettant *in fine* leur vie en danger.

En prévoyant d'abord une solution négociée avec les partenaires sociaux, la mesure proposée incite au dialogue social dans les établissements médico-sociaux. Elle assure, selon la commission, un équilibre entre le respect du droit de grève du personnel et la garantie de la sécurité des personnes dépendantes. La commission émet un avis défavorable sur cet amendement.

Quant à l'amendement n° 1168, tendant à supprimer la même disposition, le Gouvernement a estimé que cette question doit faire l'objet d'une mission d'expertise associant les interlocuteurs concernés et la commission y est également défavorable.

M. François Autain. Il y a conflit ! Heureusement que Mme le secrétaire d'État nous soutient !

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

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État. L'amendement n° 1168 est satisfait par l'amendement identique du Gouvernement, au sujet duquel j'ai apporté des précisions supplémentaires justifiant la suppression de l'alinéa concerné.

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote.

M. Guy Fischer. Nous sommes très attachés à l'amendement de suppression n° 977. Nous ne souhaitons pas relancer le débat sur le service minimum. Mais, dans le contexte actuel, surtout à la veille du débat sur le travail le dimanche, nous sommes très sensibles à la question.

Madame la secrétaire d'État, je vous remercie de votre argumentation qui va dans le même sens que la nôtre. Nous savons bien que la mise en place d'un service minimum dans le secteur médico-social n'est pas justifiée par des cas isolés. Tous ceux qui travaillent dans ce secteur ont toujours eu le sens de l'intérêt général.

Or, comme l'ont démontré tant les propositions de Mme Debré et de M. Vasselle que l'argumentation de M. le rapporteur, la commission tient à l'institution d'un service minimum. Nous ne pouvons pas l'accepter.

Le dialogue social a toujours prévalu dans le secteur médico-social, qui a fait preuve de responsabilité depuis très longtemps, malgré la très grande précarité à laquelle il est confronté.

Dans le contexte actuel, alors qu'on cherche à démanteler tous les droits sociaux, à détricoter le droit du travail, nous vous demandons, mes chers collègues, d'adopter par scrutin public les amendements identiques n^{os} 977 et 1168. Nous regrettons vivement la position de la commission, qui ne reflète pas la tonalité des débats, parfois très vifs, qui ont eu lieu.

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

M. Jean-Pierre Fourcade. Contrairement à ce que vient de dire M. Fischer, les membres du groupe UMP, n'ayant nullement été rassurés par la position du Gouvernement, pensent que celle de la commission, légitime, doit être maintenue.

À l'occasion de l'examen du présent projet de loi, nous avons pour mission de défendre les patients. Au cours de ma longue expérience, je me suis occupé d'établissements médico-sociaux et j'ai été confronté à des grèves.

Nous soutenons la position de la commission. Si le Gouvernement veut mettre en place une mission d'expertise, libre à lui. Nous sommes prêts à accepter de modifier le texte à l'issue de ses conclusions.

Pour l'instant, la suppression de la disposition introduite par la commission donnerait un très mauvais signal. Aux termes de la dernière réforme constitutionnelle, le Parlement examine le texte élaboré par la commission. Par conséquent, les membres du groupe UMP soutiennent le texte résultant des travaux de la commission.

Madame la secrétaire d'État, vos explications, quoique fondées, ne nous permettent pas, j'en suis navré, d'adopter votre amendement n^o 1168.

M. Guy Fischer. Nous nous opposerons à la restriction du droit de grève!

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

M. Yves Daudigny. Je partage l'argumentation de M. Fischer. La disposition que nous examinons est, en réalité, d'ordre idéologique.

M. Guy Fischer. Très bien!

M. Yves Daudigny. Comme cela vient d'être souligné, rares sont les difficultés en cas de grève dans le secteur médico-social. Si tel était le cas, le préfet pourrait toujours procéder à des réquisitions au cas par cas. Il s'agit bien d'une mesure d'ordre symbolique, idéologique, car ce problème ne se pose pas dans les établissements médico-sociaux.

Par conséquent, nous voterons les amendements identiques n^{os} 977 et 1168. (*Très bien!* et *applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

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

M. Alain Vasselle. Je souhaite confirmer la position de la commission défendue par M. Fourcade.

La mesure qui nous est proposée n'a pas un caractère purement idéologique.

M. François Autain. Si complètement!

M. Alain Vasselle. Elle répond à une demande des familles. À titre d'exemple, le foyer occupationnel situé dans ma commune a dû faire face, du jour au lendemain, à un mouvement de grève, les syndicats n'ayant pas déposé de préavis.

M. François Autain. Ah, les syndicats!

M. Alain Vasselle. Le matin même, la directrice de l'établissement a alors appelé tous les parents pour leur demander de venir rechercher leurs enfants jeunes ou adultes en raison de l'absence de personnel.

M. Guy Fischer. C'est de la vengeance idéologique!

M. Alain Vasselle. Une telle situation ne peut pas se renouveler.

Selon l'article 28, « à défaut d'accord de branche ou d'accord d'entreprise ou d'établissement définissant les modalités d'un service minimum, [...] un service minimum est mis en place [...] ». Madame la secrétaire d'État, il suffit donc que les partenaires sociaux se mettent autour de la table pour que soit instauré le service minimum dans le cadre d'un accord collectif ou d'une négociation conventionnelle. Il ne s'agit pas de leur mettre le couteau sous la gorge. Laissons-les prendre l'initiative de cette rencontre et la concertation que vous souhaitez aura alors lieu. Si vous voulez la présider, il vous suffira de vous mettre en rapport avec les partenaires sociaux. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État. Je ne souhaite pas entrer dans un débat idéologique pour ou contre le service minimum, débat qualifié comme tel par certains d'entre vous, mesdames, messieurs les sénateurs. Je veux régler des problèmes purement concrets de la vie quotidienne, afin de préserver la qualité de la prise en charge des usagers.

Aujourd'hui, dans cet hémicycle, des positions ont été prises sur l'utilité ou non du service minimum.

La proposition que je vous fais, claire, lisible, dont nous avons déjà débattu en commission, n'est pas un faux-fuyant. Elle consiste à mettre en place, avant toute décision sur ce sujet, une mission d'expertise à laquelle seront bien sûr associés les parlementaires, les représentants des établissements et les partenaires sociaux. Au terme de cette mission, nous pourrions alors proposer une mesure permettant de régler le problème.

Par cette solution alternative que je vous soumetts, au nom du Gouvernement, il s'agit, à terme, de prendre les bonnes décisions, les bonnes dispositions, dans l'intérêt des usagers, en association avec l'ensemble des acteurs.

Telle est la précision que je souhaitais apporter. Mesdames, messieurs les sénateurs, vous possédez dorénavant tous les éléments vous permettant de trancher. Je m'en remets à votre choix.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 977 et 1168.

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° 171 :

Nombre de votants	341
Nombre de suffrages exprimés	341
Majorité absolue des suffrages exprimés	171
Pour l'adoption	153
Contre	188

Le Sénat n'a pas adopté.

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

L'amendement n° 1134, présenté par Mme Hermange, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à Mme Marie-Thérèse Hermange.

Mme Marie-Thérèse Hermange. Lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, nous avons déjà débattu de cet amendement, qui avait été adopté à l'unanimité, mais qui avait rencontré quelques difficultés en commission mixte paritaire.

Nous retrouvons donc aujourd'hui la problématique de l'hébergement temporaire. La commission des affaires sociales a approuvé le principe d'une expérimentation comparative de plusieurs modalités de fonctionnement et de tarification de l'accueil temporaire médicalisé des personnes âgées. Cet amendement prend en compte le fait qu'un texte réglementaire est déjà en cours de préparation ; le débat que nous avons eu lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale n'était pas inutile. Cet amendement permettra de créer une tarification attractive pour ce type d'hébergement sans passer par le stade d'une phase expérimentale.

Je constate que M. Autain a déposé un amendement quasi-identique.

M. François Autain. Comme souvent, nous nous rejoignons ! (*Sourires.*)

M. Guy Fischer. Ah, non ! Non ! (*Nouveaux sourires.*)

M. le président. L'amendement n° 981, 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 :

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

La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. Par cet amendement, nous entendons appliquer aux personnes âgées un dispositif prévu par la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Comme vous le savez, cette loi a reconnu l'accueil temporaire et médicalisé des personnes handicapées, comme un élément de soutien aux personnes handicapées et, surtout, à leurs familles. La loi a ensuite étendu, par analogie, ce dispositif temporaire et médicalisé aux personnes âgées.

Toutefois, force est de constater qu'il existe un important décalage entre la volonté des acteurs publics de développer de tels hébergements médicalisés et les créations effectives. Cela se traduit dans les faits par une utilisation plus que partielle des fonds qui lui sont spécifiquement dédiés, prévus à l'article R. 314-914 du code de l'action sociale et des familles.

En juin 2008, une étude a été menée par un organisme de prévoyance propre au secteur du bâtiment et publiée dans la presse spécialisée. Elle éclaire les causes de cette situation et apporte des pistes de réponse.

Parmi ces pistes, figure en bonne place l'idée d'appliquer aux personnes âgées accueillies dans les hébergements médicalisés temporaires les mêmes dispositions de financement et de tarification que celles prévues pour les personnes handicapées, notamment à l'article R. 314-194 du code de l'action sociale et des familles.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Les amendements n°s 1134 et 981 ont pour objet d'adapter les dispositions réglementaires régissant l'accueil temporaire des personnes handicapées afin de les rendre applicables aux structures d'accueil temporaire des personnes âgées, ce qui, sur le fond, est extrêmement louable.

Le secteur de l'hébergement temporaire médicalisé des personnes âgées n'arrive pas à décoller, si j'ose dire, tandis que celui de l'hébergement temporaire médicalisé des personnes handicapées est en plein essor. L'objectif est donc d'étendre les dispositions réglementaires relatives à l'hébergement temporaire des personnes handicapées à celui des personnes âgées.

Cependant, comme nous l'avons dit en commission et, même si c'est dommage, ce n'est pas à la loi de prévoir qu'un décret doit adapter des dispositions réglementaires.

La commission souhaite donc que le Gouvernement s'engage à procéder rapidement aux modifications réglementaires nécessaires, et demande le retrait des amendements n°s 1134 et 981.

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

Mme Valérie Létard, *secrétaire d'État*. S'agissant tout d'abord de l'amendement n° 1134, la commission des affaires sociales a effectivement adopté une disposition prévoyant une expérimentation comparative de plusieurs modalités de fonctionnement et de tarification pour l'accueil temporaire médicalisé des personnes âgées. L'amendement prévoit de supprimer cette phase expérimentale préalable pour autoriser qu'un texte réglementaire permettant de créer une tarification attractive pour ce type d'hébergement soit directement édicté.

Comme le projet de décret est d'ores et déjà en cours de préparation et qu'il pourra être publié dans les brefs délais que vous envisagez, j'émet un avis favorable sur l'amendement n° 1134, qui permettra de procéder le plus rapidement possible à l'adaptation nécessaire des dispositions réglementaires, sans attendre les résultats d'une expérimentation préalable. J'en profite pour remercier Mme Hermange d'avoir pris l'initiative de nous proposer une adaptation accélérée, mise en œuvre globalement.

Je demande donc le retrait de l'amendement n° 981, satisfait par l'amendement n° 1134.

M. Guy Fischer. Quel parti pris! (*Sourires.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1134.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. En conséquence, l'amendement n° 981 n'a plus d'objet.

L'amendement n° 978, 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 25° du I de cet article.

La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. Par cet amendement, nous entendons, comme nous l'avons fait avec les établissements publics de santé, nous opposer à ce que les établissements sociaux et médico-sociaux soient placés sous administration provisoire.

Compte tenu du rejet d'un amendement similaire, je vais fournir des explications plus développées que celles que j'avais alors données.

Notre opposition est fondée sur ce que j'aurais envie d'appeler le texte et le contexte.

Bien évidemment, il peut arriver que des établissements en situation de déficit soient placés sous administration provisoire afin de leur permettre de retrouver l'équilibre. Ce n'est pas cela que nous dénonçons, c'est la manière employée pour procéder à ce placement sous administration provisoire : une manière autoritaire, sans concertation ni information des conseils de surveillance ou des instances de direction de l'hôpital ou de l'établissement d'accueil.

Nous regrettons également que le Gouvernement use du placement sous tutelle de ces établissements comme d'un stratagème pour écarter le débat de fond sur les situations de déficit que connaissent les établissements publics de santé et les établissements d'accueil des personnes handicapées et dépendantes. Peut-être notre groupe y reviendra-t-il à l'occasion des explications de vote sur l'article 28, crucial et emblématique de cette réforme du médico-social, notamment en ce qui concerne le mode de gouvernance.

Le principe d'une mise sous tutelle d'office tend effectivement à faire croire que seul le gestionnaire est responsable, écartant ainsi la part de responsabilité d'un mode de finance-

ment inapproprié qui ne nous satisfait absolument pas. Nous dénonçons d'autant plus vivement cette mise sous tutelle que nous savons pertinemment que la réponse ne sera jamais, révision générale des politiques publiques oblige, un accroissement des moyens, mais qu'elle sera l'application d'une politique de rigueur dont seront victimes les personnels et qui aura des effets sur la qualité des soins prodigués ou les conditions d'accueil des personnes dépendantes.

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

M. Alain Milon, *rapporteur*. Cet amendement a pour objet de supprimer le 25° du I de l'article 28, qui a été introduit par la commission sur l'initiative de notre collègue Alain Vasselle, et qui comble les lacunes de la procédure d'alerte déclenchée lorsqu'un établissement social ou médico-social connaît une situation financière difficile. Cette mesure reprend donc une disposition adoptée lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, mais censurée par le Conseil constitutionnel.

La commission estime indispensable d'améliorer la procédure d'alerte, aujourd'hui imparfaite. Elle émet donc un avis défavorable sur l'amendement n° 978.

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

Mme Valérie Létard, *secrétaire d'État*. Même avis, pour les mêmes raisons.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 978.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 1123, présenté par MM. Le Menn et Cazeau, 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 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 I de cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

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

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

La parole est à M. Bernard Cazeau.

M. Bernard Cazeau. Cet amendement traite de l'intervention des professionnels médicaux et paramédicaux qui exercent à titre libéral dans des établissements et services sociaux et médico-sociaux, comme cela se fait depuis de très nombreuses années. Cette pratique est absolument indispensable ; sans cela, certains médecins et, plus généralement, certains professionnels de santé seraient absents de certains petits établissements.

Cela justifie l'insertion, après l'article L. 313-4, de l'article que nous proposons.

M. le président. L'amendement n° 1147 rectifié, présenté par M. Gouteyron, est ainsi libellé :

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

...° Après l'article L. 314-13, il est inséré un article L. 314-14 ainsi rédigé :

« Art. L. 314-14 - Les usagers des établissements et services mentionnés aux 1° à 9° du I. de l'article L. 312-1 peuvent bénéficier, lorsque leur état de santé le nécessite, des soins médicaux et paramédicaux dispensés par les professionnels de statut libéral, sans préjudice des dispositions des articles R. 314-26, R. 314-122, D. 312.12, D. 312-59-2, D. 312-59-9 et R. 344-2. »

Cet amendement n'est pas soutenu.

Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 1123 ?

M. Alain Milon, rapporteur. Les deux amendements n°s 1123 et 1147 rectifié visaient tous deux à préciser que les usagers des établissements sociaux et médico-sociaux doivent pouvoir bénéficier d'interventions de professionnels médicaux et paramédicaux exerçant à titre libéral, sans que ces interventions soient requalifiées en activité salariée et, par conséquent, soumises à cotisation sociale.

Il faut au contraire, mes chers collègues, laisser ouverte cette possibilité de requalification, pour éviter des situations dans lesquelles on a affaire à de faux libéraux, en réalité des salariés, dont l'intervention doit être soumise à cotisation sociale.

La commission émet donc un avis défavorable sur l'amendement n° 1123.

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

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État. Si cet amendement était adopté, les professionnels libéraux interviendraient en complément de ceux qui sont mobilisés par les établissements.

Or une telle mesure n'est opportune ni pour la coordination des soins ni pour les finances de l'assurance maladie, qui devraient supporter une double dépense.

Ces établissements ou services peuvent utiliser le forfait relatif aux soins qui leur est versé par l'assurance maladie, soit pour recruter des professionnels salariés, soit pour rémunérer des professionnels libéraux ; le choix se fait en fonction de la taille des établissements et de la facilité dont ils disposent à recruter des personnels salariés.

D'ailleurs, de nombreux établissements recourent aux deux solutions, une infirmière libérale intervenant ponctuellement pour remplacer une infirmière salariée absente, par exemple.

Monsieur Cazeau, l'amendement n° 1123 est donc inutile, et même dangereux, me semble-t-il, car il tendrait à empêcher toute requalification en travail salarié des interventions réalisées par les professionnels libéraux dans ces établissements, ce qui constituerait une régression dans ce cadre.

Le code du travail établit une présomption de non-salariat en faveur des professionnels, y compris libéraux, qui sont immatriculés aux différents registres et répertoires des métiers. Cette présomption peut être écartée si un professionnel a un lien de subordination avec un donneur d'ordres, ce qui protège considérablement les intéressés.

C'est pourquoi le Gouvernement demande le retrait de cet amendement, faute de quoi il émettrait un avis défavorable.

M. le président. Monsieur Cazeau, l'amendement n° 1123 est-il maintenu ?

M. Bernard Cazeau. Autant je suis partisan du salariat chaque fois que c'est possible, autant, dans ce cas précis, j'estime qu'il met en danger certains établissements, donc les personnes qui s'y trouvent hospitalisées.

Dans certains secteurs, les établissements ne peuvent faire autrement ! En ne leur laissant pas la possibilité de faire intervenir des professionnels de santé libéraux, puisque ceux-ci ne souhaitent pas être requalifiés comme salariés, vous les fragilisez.

Je maintiens donc mon amendement, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1123.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 23 rectifié *bis*, présenté par MM. Sido, Leroy, Guené, Lambert, Bizet, B. Fournier, Huré et Doligé, est ainsi libellé :

Compléter le I de cet article, par un alinéa ainsi rédigé :

...° Le premier alinéa du I de l'article L. 314-7 du code de l'action sociale et des familles est complété par les mots : « avant tout acte d'engagement budgétaire correspondant, ainsi qu'à l'avis du conseil de la vie sociale de l'établissement »

Cet amendement n'est pas soutenu.

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

L'amendement n° 1319 rectifié, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le II de cet article :

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

1° L'article 257 est ainsi modifié :

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

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

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

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

La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État. L'article 45 de la loi du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale, dite « loi DALO », a prévu, sous certaines conditions relatives à la gestion non lucrative de ces établissements, l'application du taux réduit de TVA à l'investissement dans des locaux destinés

à accueillir durablement des personnes adultes, handicapées ou âgées, ainsi qu'aux travaux de rénovation de ces mêmes locaux.

Il s'agit, notamment, de maisons d'accueil spécialisées, de foyers d'accueil médicalisés, de foyers d'hébergement et de foyers de vie pour personnes adultes handicapées qui ne peuvent mobiliser le financement en prêt locatif social.

Le présent amendement vise à combler une lacune de la législation en étendant le taux réduit de TVA aux structures d'hébergement qui accueillent des enfants handicapés.

Cette extension, qui facilitera la modernisation des établissements d'accueil des enfants handicapés, n'entre pas en contradiction avec la directive européenne de 2006 sur la TVA à taux réduit.

C'est pourquoi je vous propose, mesdames, messieurs les sénateurs, d'adopter cet amendement.

M. le président. Le sous-amendement n° 1353, présenté par M. Milon, au nom de la commission, est ainsi libellé :

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

et de locaux d'établissements mentionnés

insérer les mots :

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

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

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

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

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

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

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

... - La perte de recettes résultant pour l'État du présent article est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Milon, rapporteur. L'amendement n° 1319 rectifié réécrit le II de l'article 28, qui a été introduit par la commission et qui prévoit d'étendre le bénéfice du taux réduit de TVA aux structures d'hébergement temporaires et d'accueil de jour.

Le Gouvernement propose donc de supprimer cette disposition au motif qu'elle serait contraire au droit communautaire. En effet, celui-ci n'autorise l'application du taux réduit de TVA qu'aux opérations portant sur des logements fournis dans le cadre de la politique sociale. Selon le Gouvernement, les structures d'accueil de jour et d'hébergement temporaire n'entreraient pas dans ce cadre.

En revanche, l'amendement n° 1319 rectifié a pour objet d'étendre les dispositifs de TVA à taux réduit aux établissements accueillant des mineurs ou de jeunes adultes handicapés qui, aujourd'hui, en sont injustement exclus.

Sur ce sujet, la commission souhaite formuler deux observations.

D'une part, il est vrai que les services d'accueil de jour ne peuvent être assimilés à des structures de logement à caractère social et doivent donc être exclus du dispositif.

D'autre part, les structures dédiées à l'hébergement temporaire constituent bien une forme sociale d'habitat et peuvent donc bénéficier à ce titre du taux réduit de TVA.

En conséquence, la commission propose ce sous-amendement, qui vise à supprimer les dispositions étendant le taux réduit de TVA à l'accueil de jour, à conserver ce bénéfice pour les établissements dédiés à l'hébergement temporaire pour les personnes âgées et handicapées et à étendre, comme à l'amendement n° 1319 rectifié, ce dispositif aux établissements pour enfants handicapés.

M. le président. L'amendement n° 1125, présenté par MM. Le Menn et Cazeau, 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 et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

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

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

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

... - La perte de recettes résultant pour l'État du présent article est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

La parole est à M. Jean-Pierre Michel.

M. Jean-Pierre Michel. Cet amendement, qui tend à réparer un oubli de la loi sur le logement opposable, est très proche de l'amendement n° 1319 rectifié du Gouvernement, auquel nous nous rallierons. Toutefois, selon nous, les distinctions réalisées par la commission des affaires sociales ne sont pas pertinentes : il est également nécessaire de réduire le taux sur les hébergements de jour provisoires.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission émet un avis favorable sur l'amendement n° 1319 rectifié, sous réserve de l'adoption du sous-amendement n° 1353.

En ce qui concerne l'amendement n° 1125, je n'en avais pas fait la même lecture que M. Michel, et j'estimais donc qu'il était satisfait.

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

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État. Les dispositions du sous-amendement n° 1353 viennent très utilement compléter le champ des établissements bénéficiant de cet avantage, ce qui nous permettra d'aller encore plus loin dans l'accompagnement des plus fragiles.

Nous sommes donc particulièrement favorables à ce sous-amendement, dont je lève le gage. (*Très bien ! sur les travées de l'UMP.*)

M. le président. Il s'agit donc du sous-amendement n° 1353 rectifié.

La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote sur ce sous-amendement.

M. Yves Daudigny. Nous soutiendrons bien sûr le sous-amendement n° 1353 rectifié et l'amendement n° 1319 rectifié, en nous félicitant de la rédaction qui a été trouvée.

Toutefois, je voudrais me faire l'interprète, parmi d'autres, du travail qui a été réalisé par notre collègue Claire-Lise Campion sur l'interprétation des textes.

Agréés et donc financés par les conseils généraux, les LVA, c'est-à-dire les lieux de vie, associatifs contribuent à l'exercice d'une mission d'intérêt général, au même titre que les établissements et les services mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale. Ils devraient donc relever de la sixième directive européenne 77/388/CEE, qui prévoit, en son article 13H, d'exonérer de la TVA certaines activités d'intérêt général dont le caractère social est reconnu.

Il semble donc possible, dans le cadre d'une démarche différente de celle qui est évoquée aujourd'hui, d'aboutir à une TVA réduite pour les lieux de vie et d'accueil. Madame la secrétaire d'État, je voudrais vous interroger sur cette éventualité.

M. le président. Je mets aux voix le sous-amendement n° 1353 rectifié.

(*Le sous-amendement est adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1319 rectifié, modifié.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. En conséquence, l'amendement n° 1125 n'a plus d'objet.

L'amendement n° 1169, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Supprimer le III de cet article.

La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État. Mesdames, messieurs les sénateurs, je vous renvoie à la discussion que nous avons eue tout à l'heure et aux arguments que j'ai développés à cette occasion.

Je le répète, nous estimons absolument nécessaire de protéger les usagers le mieux possible. Loin d'être opposés à ces dispositions, nous proposons de les appliquer après un

travail préparatoire approfondi, qui permettrait de définir les conditions de leur mise en œuvre et de mener les consultations nécessaires.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La philosophie de la commission n'ayant pas changé, j'émet à nouveau un avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1169.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote sur l'article 28.

M. Guy Fischer. L'article 28 du projet de loi est très important, puisqu'il redéfinit le fonctionnement des établissements médico-sociaux et porte plusieurs réformes y afférentes, notamment afin de tirer les conséquences de la nouvelle gouvernance instaurée par les agences régionales de santé.

Mes chers collègues, nous avons déjà maintes fois exprimé nos inquiétudes, mais celles-ci prennent, à la lumière de l'actualité et dans d'autres enceintes, une tonalité nouvelle.

Vous le savez, à la porte de Versailles se tient en ce moment le salon GérontExpohandicap, qui permet de rassembler les professionnels du secteur et les usagers concernés.

Or, d'après les échos qui me sont parvenus, tous les participants à ce salon ne cessent de dénoncer la baisse des moyens alloués à la prise en charge de la dépendance, contredisant complètement les propos de Mme la ministre de la santé, qui nous a assuré à maintes reprises que plus de 900 millions d'euros avaient été consacrés à ce problème. Ces crédits sont insuffisants compte tenu des besoins à satisfaire ainsi que – je le reconnais bien volontiers – des retards accumulés au fil des ans. Le mécontentement et l'inquiétude sont donc vifs.

À l'occasion de ce salon, les retraités et leurs familles ainsi que les organisations représentatives des structures d'hébergement de personnes âgées, qu'il s'agisse des grandes associations, des hôpitaux ou des maisons de retraite, ont fermement dénoncé le sous-financement du secteur, madame la ministre.

Selon Gérard Vincent, le délégué général de la Fédération hospitalière de France, « des inquiétudes fortes pèsent, alors que les moyens vont baisser par le biais des mécanismes budgétaires ». Pour Joëlle Le Gall, de la FNAPAEF, la Fédération nationale des associations de personnes âgées, « il serait temps que les pouvoirs publics étudient les besoins des personnes âgées avant d'allouer des budgets ».

Le coût moyen d'une maison de retraite avoisine les 1 700 euros par mois, alors que le montant moyen de la pension des personnes âgées est de quelque 1 000 euros. Quand on sait que, depuis 2000, les tarifs de ces établissements augmentent de 5 % par an en moyenne et que les générations qui viennent assisteront sans doute à l'écrasement de leurs retraites – ce sera le cœur du débat organisé en 2010 sur cette question –, on mesure l'ampleur du problème ! Quant aux familles des personnes handicapées, elles connaissent les mêmes difficultés.

Les directeurs des établissements ont conscience de cette réalité, comme le montrent les propos tenus récemment par Pascal Champvert (*Exclamations sur le banc du Gouvernement ainsi que sur les travées de l'UMP.*)

Bien sûr, monsieur Vasselle, il vous est loisible de traiter par le mépris tous les propos qui sont tenus !

M. Alain Vasselle. Pas du tout !

M. Guy Fischer. Si, monsieur Vasselle : je vous ai vu faire et je vous connais trop pour savoir que votre réaction était bien de mépris ! (*Mêmes mouvements.*)

M. Alain Vasselle. Ne me provoquez pas !

M. Guy Fischer. Pascal Champvert s'inquiète particulièrement – cela vous concerne directement, monsieur le futur rapporteur général des lois de financement de la sécurité sociale (*Sourires.*) – de la circulaire ministérielle – car les mauvais coups se font aussi par circulaire ! – visant à établir la « convergence tarifaire », qui va se traduire, pour 90 % des établissements, par une baisse des moyens et des effectifs inacceptable.

Claude Jarry, président de la Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées, la FNADEPA, s'insurge contre les conditions de travail : « Les établissements les mieux lotis actuellement affichent un ratio de 0,6 personnel pour un résident. Cela représente une aide-soignante pour douze personnes âgées et quinze minutes par toilette. Et l'on va rogner sur ça ? »

Quant à Didier Sapy, qui représente une autre fédération, il pointe des mesures « en totale contradiction avec les discours ».

Tandis qu'Alain Villez, que nous connaissons bien au sein de la commission des affaires sociales, parle de « paradoxe » : « Alors qu'on dit qu'il faut s'attaquer au reste à charge des patients – et de leur famille, bien entendu – la convergence va alourdir les tarifs d'hébergement. [...] Il y a urgence à recréer un 5^e risque. »

Mais ce n'est pas la loi que nous mitonnent MM. Vasselle et Marini qui va régler les problèmes ! Au contraire, des charges supplémentaires viendront peser sur les familles. (*Très bien ! et applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.*)

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

M. Yves Daudigny. Nous ne pourrions approuver cet article 28.

Un membre éminent, compétent, de notre assemblée, dont la presse a annoncé hier l'entrée probable au Gouvernement, a signé un amendement dont je vous livre l'objet : « Cette disposition tend à instaurer une forme de tutelle de l'État sur le département pour ces missions. Ce qui peut s'analyser en une forme de recentralisation peu justifiable et, en tout état de cause, incompatible avec les lois de décentralisation. » Par conséquent, les arguments que nous avons présentés au cours de ce débat n'étaient peut-être pas aussi infondés que certains l'ont prétendu...

J'en viens à me demander si ce projet de loi ne serait pas celui des rendez-vous manqués : un rendez-vous manqué avec les professions médicales – mais tel n'est pas l'objet de l'article 28 – et un rendez-vous manqué avec les collectivités territoriales.

Ce texte était pourtant l'occasion d'approfondir, de conforter les lois de décentralisation dans le domaine essentiel du médico-social, de préciser des procédures, qui, aujourd'hui, c'est vrai, sont quelquefois floues, de construire des partenariats sur la base du respect mutuel des compétences de chacun.

La voie était ouverte, il était possible de l'emprunter, comme je l'ai dit hier soir : une élaboration conjointe des schémas, qui pouvait être suivie d'une simple concertation

pour l'élaboration des PRIAC, aurait permis de préserver les compétences des conseils généraux comme les prérogatives de l'État en matière financière. Vous ne l'avez pas souhaité !

Parce que l'intérêt général prime sur toute autre considération, je formule le souhait que l'ensemble du projet de loi ne soit pas un rendez-vous manqué avec la santé des Français. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. le président. La parole est à M. Jacques Blanc, pour explication de vote.

M. Jacques Blanc. Je tiens à souligner le travail de la commission – il a été précieux – et l'esprit d'ouverture dont a fait preuve le Gouvernement : incontestablement, ces deux éléments ont permis, par une réponse plus adaptée, d'apporter des améliorations sensibles à une action sociale qui est toujours complexe.

Notre pays peut être fier de ce que nous faisons dans ce domaine ! Nous avons réussi à articuler le rôle de l'État avec celui qui est reconnu aux départements, en particulier grâce à l'amendement que vous avez proposé, madame la secrétaire d'État, et qui a été accepté par la commission.

La démonstration a ainsi été faite que, grâce au travail du Sénat et à la volonté du Gouvernement, des réponses ont pu être apportées aux interrogations, nombreuses dans les départements et dans les associations.

Je me réjouis ainsi – le mérite en revient à la commission, notamment à M. le rapporteur –, qu'avec l'accord du Gouvernement, s'agissant des appels à projets, le nouveau système ne s'applique pas au renouvellement des agréments, car cela risquait de compliquer les choses. En revanche, la procédure d'appel à projet permettra en particulier aux associations qui ont l'ambition de tenter des expérimentations, afin de mieux répondre aux problèmes des handicapés, de le faire avec plus de sérénité. En effet, avoir un agrément sans être sûr d'obtenir ensuite des financements était source d'inquiétudes. Tous ceux qui ont expérimenté les CROSMs le savent. Des avancées considérables ont donc été accomplies.

Je fus rapporteur de la loi de 1975, dont je suis toujours très fier, après tant d'années, car elle est le fondement de la politique en faveur des personnes handicapées. J'ai le sentiment que l'on a progressé et que la réalité de la situation des handicapés sera mieux prise en compte : certains doivent être aidés pour s'insérer au maximum dans notre société ; d'autres souffrent d'un degré de handicap qui exige une véritable prise en charge dans des établissements spécialisés, sans que pour autant ces derniers soient des établissements fermés.

Je souhaite que l'amendement de Mme Hermange relatif à l'accueil temporaire, qui vient d'être adopté, puisse concerner les handicapés. Chacun sait bien que la présence d'un handicapé au sein de la famille suscite des moments d'intolérance et qu'un séjour de rupture – sans qu'il se déroule obligatoirement dans un établissement psychiatrique – est bénéfique. Parfois aussi, dans les établissements, les situations sont telles qu'un changement de lieu d'hébergement s'impose.

Madame la ministre, vous pouvez être fière du travail considérable que nous avons réalisé ensemble. Pour notre part, nous sommes très fiers du travail qui a été effectué par le Sénat, en particulier par la commission des affaires sociales et son rapporteur. Nous voterons donc cet article. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste.*)

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

M. François Autain. Cet article 28 s'inscrit dans une politique que nous ne saurions approuver et qui se situe d'ailleurs dans le prolongement de la loi de financement de la sécurité de la sociale pour 2009, qui comportait déjà des dispositions tarifaires lourdes de conséquences pour le secteur.

La réforme prévue par l'article 28 témoigne, une fois de plus, que les personnes accompagnées ou les usagers ne sont plus au cœur des dispositifs.

La logique de cette réforme et de celles qui l'ont précédée remet profondément en cause les bases de la procédure budgétaire et tarifaire initialement fondée sur les besoins d'accompagnement des personnes. À présent, il s'agit – nous l'avons dénoncé à maintes reprises, notamment pour l'hôpital, mais c'est vrai aussi en ce qui concerne le secteur médico-social – d'une politique purement financière et comptable.

Si nous comprenons la nécessité de mieux maîtriser la dépense publique, nous ne pouvons accepter que ces arbitrages s'effectuent au détriment des personnes concernées.

Enfin, nous déplorons le manque de concertation avec le secteur médico-social : tandis que la remise en cause de la régulation budgétaire, tarifaire et financière se précipite, aucune véritable concertation n'a eu lieu, ce qui est bien entendu dénoncé par toutes les associations œuvrant dans ce secteur.

Par conséquent, nous voterons contre l'article 28.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Je tiens à rectifier les propos tenus par M. Daudigny au sujet d'un président de groupe qui, selon la presse, serait ministrable. Nous souhaitons d'ailleurs que cette annonce se vérifie, car c'est un homme de valeur.

Ce président de groupe, qui, hier soir, a parlé de « recentralisation peu justifiable » en présentant l'un de ses amendements à l'article 28, a indiqué clairement que, s'il retirait cet amendement, c'est parce qu'il pouvait faire référence à l'article 26 où il était question de concertation.

M. Alain Gournac. C'est un peu différent !

M. Alain Milon, rapporteur. Il avait commis une confusion entre les deux articles et il s'en est excusé auprès du Gouvernement et auprès de notre assemblée. (*Très bien ! et applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste.*)

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État. Je fais miens les propos de M. le rapporteur s'agissant de la précision qu'il vient d'apporter au sujet de M. Mercier. Comme lui, je m'inscris en faux contre les remarques qui ont été formulées.

Cela étant, je ne peux pas laisser dire que 90 % des établissements médico-sociaux vont perdre des financements alors que, grâce aux conventions tripartites, 93 % d'entre eux verront leurs moyens augmenter de 30 % d'ici à 2012.

M. Alain Gournac. Ils n'ont pas lu les mêmes choses !

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État. Cet accroissement des moyens est d'ores et déjà engagé puisque 300 millions d'euros ont été affectés, dans le budget de 2008, à la création de 10 000 emplois de personnels soignants dans les établissements pour personnes âgées déjà existants ; 10 000 emplois supplémentaires sont prévus en 2009, soit 20 000 créations d'emploi sur deux ans, ce qui représente au total 600 millions d'euros.

S'il s'agit là d'une réduction de moyens, permettez-moi de vous dire que nous n'employons pas le même vocabulaire pour parler des mêmes choses ! (*Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste.*)

M. Alain Gournac. Absolument !

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État. S'il est un texte qui va dans le sens de l'intérêt général et du respect de la démocratie sanitaire et médico-sociale, c'est bien celui-là : il vise à compléter la loi et à préciser la façon dont la gouvernance et les concertations vont s'organiser.

Au cours de ce débat, nous avons eu l'occasion de préciser, à maintes reprises, que les représentants non seulement des départements, mais aussi des usagers ou encore des structures gestionnaires, seraient associés à l'élaboration des décrets.

De la même façon, les usagers seront au cœur du dispositif et siègeront au sein de toutes les instances de gouvernance : c'est écrit noir sur blanc dans le texte !

Il est reproché au Gouvernement de mener une politique purement financière et comptable. C'est exact, mais cette politique est conduite dans un sens positif en ce qui concerne le champ médico-social : elle tend à améliorer la qualité grâce non seulement à une nouvelle organisation de la gouvernance, mais aussi à l'octroi de moyens supplémentaires dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale et dans les différents textes qui seront déposés parallèlement.

Vous n'êtes pas sans savoir, monsieur Fischer, que le Président de la République a rappelé son souci de voir traiter la question du reste à charge pour les personnes âgées accueillies en établissement. Cela fera l'objet d'un autre débat parlementaire.

Enfin, vous dénoncez le manque de concertation avec le secteur médico-social. Monsieur Autain, je me permets de vous rappeler que j'ai reçu personnellement, au ministère, l'ensemble des acteurs du champ médico-social – partenaires sociaux, représentants des personnes âgées, des personnes handicapées, des départements – et que j'ai veillé à ce que les demandes les plus importantes soient satisfaites. Ceux-ci souhaitent désormais être rassurés sur les points qui relèvent du décret. Je me suis engagée à poursuivre la concertation.

Il me semble que les promesses ont été tenues ! En tout cas, nous avons fait en sorte que le secteur médico-social soit préservé et sécurisé tout en étant décloisonné, ce dans l'intérêt d'un travail en filière ; c'était indispensable, compte tenu du nombre croissant de personnes âgées dépendantes. Il était également nécessaire d'améliorer la transversalité de nos politiques en faveur du handicap comme de la dépendance.

Grâce à votre concours, monsieur le rapporteur, mesdames, messieurs les sénateurs, nous avons pu progresser.

Monsieur Jacques Blanc, vous pouvez être légitimement fier d'avoir été le rapporteur de ce texte fondateur qu'est la loi de 1975. En ce qui concerne l'application du taux réduit de TVA de 5,5 %, n'ayez aucune inquiétude : l'adoption de l'amendement n° 1319 rectifié et du sous-amendement n° 1353 rectifié *bis* vous donne entière satisfaction.

Mesdames, messieurs les sénateurs, la discussion de ce texte nous a permis de constater, une fois encore, tout l'intérêt du travail de la Haute Assemblée, notamment de sa commission des affaires sociales.

M. Alain Gournac. Très bien !

Mme Valérie Létard, *secrétaire d'État*. Grâce à vous tous, nous avons pu avancer. La navette et le travail commun du Gouvernement et du Parlement portent leurs fruits. *(Bravo ! et applaudissements sur les travées de l'UMP, ainsi que sur certaines travées de l'Union centriste et du RDSE.)*

M. François Autain. Navette écourtée!

M. le président. Je mets aux voix l'article 28, 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° 172 :

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

Le Sénat a adopté.

Article additionnel après l'article 28 (réservé)

M. le président. L'examen de l'amendement tendant à insérer un article additionnel après l'article 28 a été réservé jusqu'après l'article 34.

Article 28 bis A

Aux première et troisième phrases de l'article L. 6148-7 du code de la santé publique, après les mots : « établissement public de santé », sont insérés les mots : « les organismes visés à l'article L. 124-4 du code de la sécurité sociale gérant des établissements de santé ». – *(Adopté.)*

Article 28 bis

(Texte non modifié)

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

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

M. le président. L'amendement n° 1251, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

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

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé et des sports*. Cet amendement vise à permettre à l'Agence des systèmes d'information de santé partagés, l'ASIP, de financer un certain nombre de projets. Ainsi, cette agence pourra soutenir des projets régionaux de mise en conformité des systèmes d'information afin d'assurer leur interopérabilité et leur sécurité ou la réalisation de développements et de cahiers des charges qui profiteront à tous.

Les projets régionaux constituent le socle sur lequel reposera le déploiement du DMP, le dossier médical personnel. Cette possibilité de financement, je dois l'avouer, n'est pas vraiment une innovation puisque le groupement d'intérêt public DMP, dont l'ASIP est issue, finançait déjà des projets régionaux. Nous souhaitons simplement, au travers de cet amendement, asseoir ces financements sur une base juridique plus adéquate.

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

M. Alain Milon, *rapporteur*. La commission émet un avis extrêmement favorable sur cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1251.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 28 bis, modifié.

(L'article 28 bis est adopté.)

Article additionnel après l'article 28 bis (réservé)

M. le président. L'examen de l'amendement tendant à insérer un article additionnel après l'article 28 bis a été réservé jusqu'après l'article 34.

Article 28 bis bis

À la fin du quatrième alinéa de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, les mots : « répondant à des conditions d'interopérabilité arrêtées par le ministre chargé de la santé » sont remplacés par les mots : « aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité arrêtés par le ministre chargé de la santé après avis du groupement mentionné à l'article L. 161-36-4-3 du code de la sécurité sociale ». – *(Adopté.)*

CHAPITRE IV

DISPOSITIONS DE COORDINATION ET DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Article 29

(Texte modifié par la commission)

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

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

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

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

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

a) Le 1° est ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

M. le président. L'amendement n° 254 rectifié, présenté par M. Gournac et Mme Procaccia, est ainsi libellé :

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

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

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

La parole est à M. Alain Gournac.

M. Alain Gournac. Ma collègue Catherine Procaccia et moi-même souhaitons définir les modalités de désignation, pour les centres de lutte contre le cancer, d'un directeur général par

intérim en cas de vacance des fonctions de directeur général, en précisant que cette période d'intérim ne pourra excéder quatre mois.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission a considéré qu'une telle disposition est plutôt d'ordre réglementaire. Elle s'en remet donc à la sagesse du Sénat en attendant de connaître l'avis du Gouvernement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je suis favorable à cet amendement, qui vient très opportunément combler un vide juridique dans le code de la santé publique.

M. Alain Gournac. Je vous remercie, madame la ministre !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 254 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1145, présenté par M. Vanlerenberghe, Mmes Dini et Payet, M. J. Boyer et les membres du groupe Union centriste, est ainsi libellé :

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

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

par les mots :

caisses d'assurance retraite et de la santé au travail

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

caisses régionales

par les mots :

caisses d'assurance retraite et de la santé au travail

La parole est à Mme Anne-Marie Payet.

Mme Anne-Marie Payet. L'article 29 redéfinit les missions des caisses régionales d'assurance maladie, les CRAM, que la commission a renommées « caisses de retraite, des accidents du travail et des maladies professionnelles » afin de conserver le même acronyme.

Toutefois, le maintien de ce sigle, assimilé par les usagers au régime d'assurance maladie, risque de susciter une certaine confusion. Le présent amendement a donc pour objet de lever toute ambiguïté en retenant la désignation « CAR », fondée sur l'expression « assurance retraite », qui est fortement mise en avant dans la communication du régime général depuis plusieurs années.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission a effectivement retenu une nouvelle dénomination des caisses régionales d'assurance maladie permettant de ne pas modifier l'acronyme CRAM par lequel elles sont connues et d'éviter ainsi les frais afférents à un changement de logo. Elle émet un avis défavorable sur l'amendement n° 1145.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Monsieur le rapporteur, permettez-moi de ne pas être d'accord avec vous sur ce point et d'émettre un avis favorable sur l'amendement ! *(Sourires.)*

Conserver l'acronyme CRAM risquerait en effet d'introduire une certaine confusion parmi les usagers, lesquels pourraient penser que ces caisses continuent d'intervenir dans le champ de l'assurance maladie. La proposition qui nous est faite me semble donc fort opportune.

M. le président. La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote.

M. Bernard Cazeau. Nous voterons l'amendement de Mme Payet, qui nous paraît extrêmement judicieux. Conserver le sigle CRAM tout en modifiant les missions des caisses en question serait assurément source de confusion.

M. Alain Gournac. Très bien !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1145.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 17 rectifié, présenté par M. Dériot, est ainsi libellé :

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

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

« Lorsque le conseil d'administration se prononce au titre du 2° de l'article L. 215-1, seuls prennent part au vote les membres mentionnés au 1° et au 2° du présent article. »

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

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

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

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

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

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

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

La parole est à M. Gérard Dériot.

M. Gérard Dériot. Les partenaires sociaux ont conclu, le 5 avril 2006, un accord relatif à la gouvernance de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, qui prévoit d'instituer au niveau régional un strict paritarisme

et de mettre en place une commission régionale associant des membres du conseil d'administration et des membres des comités techniques.

Compte tenu de l'évolution des caisses régionales, il est important de réaffirmer leur rôle dans la gouvernance de la branche accidents du travail et maladies professionnelles et de préciser les modalités de cette gouvernance à l'échelon régional en transposant dans la loi les deux mesures élaborées par les partenaires sociaux.

Le présent amendement a donc un double objet.

Il s'agit, d'une part, de préciser que seuls les partenaires sociaux disposent du droit de vote au sein du conseil d'administration des caisses régionales dès lors qu'il est question de sujets relatifs à la branche accidents du travail et maladies professionnelles.

Il s'agit, d'autre part, de prévoir la création d'une commission régionale des accidents du travail et maladies professionnelles, dont les membres seront désignés parmi les membres titulaires et suppléants du conseil d'administration et des comités techniques régionaux.

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

M. Alain Milon, rapporteur. L'adoption de cet amendement, qui vise à transcrire dans la loi les dispositions d'un accord relatif à la branche accidents du travail et maladies professionnelles, contribuera certainement à favoriser le recentrage des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail – depuis le vote de l'amendement précédent, il n'est plus question de parler de CRAM ! (*Sourires*) – sur leur nouveau cœur de métier.

La commission émet donc un avis très favorable sur cet amendement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 17 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1280, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

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

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

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Par cet amendement, il s'agit de mettre en place un dispositif transitoire pour conserver les zonages existants et les dispositifs de régulation y afférents, en particulier celui qui figure dans la convention nationale des infirmiers libéraux, applicable depuis la fin du mois d'avril dernier et jusqu'en juillet 2012. Les zonages sont

définis par les MRS, les missions régionales de santé, pour les médecins généralistes et pour les infirmiers libéraux, et il faut évidemment assurer la continuité des politiques menées.

Cet amendement a donc pour objet de conserver une base légale à ces zonages et de donner la possibilité au directeur général de l'ARS de les faire évoluer ou d'en définir de nouveaux pendant la période intermédiaire entre la mise en place des ARS et la publication des nouveaux SROS. En d'autres termes, il s'agit de prévoir un « sas » pour permettre au dispositif de continuer à fonctionner.

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

M. Alain Milon, rapporteur. *A priori*, l'abrogation de l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale ne devrait pas priver, rétroactivement, de base légale les dispositions conventionnelles qui s'y rapportent. Cependant, la proposition du Gouvernement constitue une utile précaution pour apaiser toutes inquiétudes à ce sujet et garantir la continuité de la politique menée. La commission émet donc un avis favorable sur cet amendement.

M. le président. La parole est à M. Paul Blanc, pour explication de vote.

M. Paul Blanc. Madame la ministre, je vous remercie d'avoir déposé cet amendement, qui me paraît extrêmement important et répond à une de mes préoccupations : son adoption permettra de continuer à délimiter des zones sous-médicalisées.

Cela étant, j'aimerais que vous puissiez nous donner quelques assurances sur la nomination rapide des directeurs généraux des ARS, afin qu'ils puissent éventuellement continuer à définir des zonages en attendant la mise en place du dispositif d'ensemble. Cela me semble indispensable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Les ARS seront opérationnelles au 1^{er} janvier 2010, afin d'éviter tout problème, mais les directeurs « préfigurateurs » seront nommés dès la promulgation de la loi.

M. Paul Blanc. Merci !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1280.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 29, modifié.

(L'article 29 est adopté.)

Article 30

(Texte modifié par la commission)

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

L'agence régionale de santé et de l'autonomie est substituée à la mission régionale de santé et à l'État, pour les compétences transférées, dans l'ensemble de leurs droits et obligations. Leurs biens meubles sont transférés de plein droit et en pleine propriété à l'agence. Les biens immeubles de l'État sont

mis à disposition de l'agence régionale de santé et de l'autonomie. Le représentant de l'État est autorisé, après avis du président du conseil général, à mettre à disposition de l'agence régionale de santé et de l'autonomie, pour l'exercice de ses missions, les biens immeubles mis à disposition de l'État par les départements en application de la loi n° 85-1098 du 11 octobre 1985 relative à la prise en charge par l'État, les départements et les régions des dépenses de personnel, de fonctionnement et d'équipement des services placés sous leur autorité. La dotation générale de décentralisation versée par l'État aux départements est maintenue en contrepartie des locaux mis à disposition des agences régionales de santé et de l'autonomie.

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

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

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

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

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

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

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

Les agents contractuels de droit privé exerçant à la date mentionnée au I de l'article 32 leurs fonctions dans les organismes d'assurance maladie au titre d'activités transférées aux agences régionales de santé et de l'autonomie sont transférés dans ces agences. Ils conservent à titre individuel le bénéfice des stipulations de leur contrat de droit privé par dérogation à l'article L. 1224-3 du code du travail.

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

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

M. le président. L'amendement n° 984, 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 quatrième alinéa du II de cet article, remplacer le mot :

transférés

par les mots :

mis à disposition, au sens de leur convention collective,

La parole est à M. François Autain.

M. François Autain. Nous entendons nous opposer au transfert du personnel des organismes d'assurance maladie vers les futures agences régionales de santé et de l'autonomie.

La mise en place des ARSA conduit en effet à la disparition des unions régionales des caisses d'assurance maladie, de la branche maladie des caisses régionales d'assurance maladie, des directions régionales du service médical de l'assurance maladie, tandis que, s'agissant des services de l'État, les agences régionales de l'hospitalisation, les directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales connaissent une profonde insécurité quant à leur avenir.

Les missions jusqu'alors exercées par ces structures étant transférées aux ARSA, que deviendront leurs personnels, dont l'avenir professionnel n'offre aucune visibilité ? Ceux-ci, dans leur grande majorité, souhaitent ardemment conserver leur statut actuel au sein des ARSA afin de pouvoir défendre, en toute neutralité, l'optimisation des moyens nécessaires à la mise en œuvre de la politique du Gouvernement en matière de santé. Les agents des caisses régionales d'assurance maladie que j'ai pu rencontrer ont jusqu'à ce jour joué un rôle important dans l'application des politiques régionales de santé, dans le respect des principes fondateurs de la sécurité sociale.

Ce transfert engendrera plusieurs conséquences : l'effacement des partenaires sociaux et l'accentuation de la politisation des prises de décision, ce qui entraînera des inégalités en matière d'accès aux soins et aux prestations sociales et médico-sociales, la disparition des services techniques spécifiques à l'assurance maladie, la perte du bénéfice de la convention collective des personnels de l'assurance maladie.

Il semblerait, en outre, que l'organisation de ce transfert ne garantisse pas le respect des dispositions de l'article L. 1224-1 du code du travail, aux termes duquel « lorsque survient une modification dans la situation juridique de l'employeur [...] tous les contrats de travail en cours au jour de la modification

subsistent entre le nouvel employeur et le personnel de l'entreprise ». Je ne pense pas, madame la ministre, que vous soyez aujourd'hui en mesure de nous rassurer quant au maintien du contrat de travail des agents concernés.

Enfin, et c'est là un « dommage collatéral » non négligeable pour les personnels comme pour les assurés sociaux, il semble bien que le personnel transféré aux ARSA ne sera pas remplacé au sein des organismes d'assurance maladie ! Les postes seraient pourvus en interne, sans embauche, ce qui dissimule en réalité une réduction d'effectifs, s'inscrivant dans la droite ligne de la révision générale des politiques publiques.

Pour toutes ces raisons, nous vous invitons, mes chers collègues, à adopter le présent amendement.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Cette question a déjà été longuement débattue lors de l'examen de la section 3 de l'article 26, voilà quarante-huit heures. La commission émet un avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le Gouvernement émet lui aussi un avis défavorable.

Puisque vous m'avez interrogée sur ce sujet, monsieur Autain, je tiens à réaffirmer que les garanties afférentes au statut des agents de l'assurance maladie seront intégralement conservées. Je précise par ailleurs que les ARSA ont le statut d'organismes d'assurance maladie. Tout cela figure dans le texte, mais je ne me lasserai pas de le répéter !

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

M. Claude Domeizel. Je ne comprends pas pourquoi nos amendements n° 1127 et 1128 ne sont pas en discussion commune avec celui que vient de présenter M. Autain. En effet, l'objet est exactement le même, seul l'alinéa visé diffère.

Cette situation tient sans doute au désordre créé par nos nouvelles méthodes de travail ! Cela finit par occulter le fait qu'un amendement du groupe socialiste portant sur l'article 30 et prévoyant que l'avis du président du conseil général sera recueilli pour la mise à disposition de matériels a été adopté en commission.

En ce qui concerne l'amendement n° 984, je tiens à souligner la légitime inquiétude des salariés contractuels de droit privé exerçant leurs fonctions dans les organismes d'assurance maladie.

En effet, la rédaction actuelle du projet de loi prévoit que les agents dont les fonctions seront confiées aux agences régionales de santé seront transférés dès le 1^{er} janvier 2010. Or, en l'état actuel des choses, aucune précision ne leur a été apportée quant aux modalités et aux conditions de cette nouvelle affectation.

Si, dans le langage courant, on emploie indifféremment les termes « transfert », « détachement » ou « mise à disposition », force est de constater qu'ils recouvrent en fait des réalités distinctes. Si le contrat de travail avec l'employeur originel demeure, tout en étant adapté afin de refléter les nouvelles conditions de travail, le lien de subordination avec l'employeur originel demeure également.

Inscrire dans le projet de loi, comme nous le proposons au travers de nos amendements, que les personnels contractuels que j'ai évoqués seront mis à disposition des ARS, et non transférés, procède donc de la nécessaire clarification à laquelle

ont droit ces salariés. Cela permettrait à la fois de répondre à leur légitime inquiétude et de leur apporter une sécurité juridique.

Cela étant dit, je retire d'ores et déjà les amendements n^{os} 1127 et 1128.

M. le président. Les amendements n^{os} 1127 et 1128 sont retirés.

Monsieur Domeizel, si ces amendements ont effectivement le même objet que l'amendement n^o 984, ils ne portent pas sur le même alinéa du texte. C'est pourquoi ils doivent être examinés séparément, sauf à ne pas respecter la volonté de leurs auteurs...

Je mets aux voix l'amendement n^o 984.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n^o 1351, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

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

dans les organismes d'assurance maladie

insérer les mots :

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

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cet amendement de précision vise à lever toute ambiguïté sur le champ des transferts de personnel aux ARS. Les agents des caisses primaires d'assurance maladie, en particulier, ont pu se croire concernés. Or ce n'est nullement le cas.

Il convient donc de préciser que le champ de ce transfert englobe, outre les organismes visés au I de l'article 30, le service du contrôle médical du régime général, ainsi que les caisses de base du régime social des indépendants et les caisses de la Mutualité sociale agricole.

J'ajoute que, bien évidemment, l'ensemble du personnel de ces services ne sera pas transféré, mais uniquement, au sein de chaque service, les agents dont les missions seront effectivement transférées aux ARS.

Ces précisions me semblent de nature à rassurer les personnels des organismes de l'assurance maladie.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission a jugé qu'il existait effectivement une ambiguïté préjudiciable à la bonne compréhension du texte. Elle émet donc un avis favorable sur cet amendement de précision.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n^o 1351.

(L'amendement est adopté.)

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

L'amendement n^o 1127, 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 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 :

Dans la première phrase du dernier alinéa du II de cet article, remplacer le mot :

transférés

par les mots :

mis à disposition, au sens de leur convention collective,

Cet amendement a été retiré.

Les trois amendements suivants sont identiques.

L'amendement n^o 1003 est présenté par M. Gournac.

L'amendement n^o 1016 rectifié *bis* est présenté par MM. Vasselle et P. Blanc et Mme Debré.

L'amendement n^o 1128 est 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 Lagauche, Mmes Printz et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

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

transférés dans

par les mots :

mis à disposition de

L'amendement n^o 1128 a été retiré.

La parole est à M. Alain Gournac, pour présenter l'amendement n^o 1003.

M. Alain Gournac. Nous souhaitons que les personnels transférés aux ARS puissent conserver le statut dont ils bénéficiaient dans leur organisme d'origine. Puisque vous avez dit et répété qu'il en serait bien ainsi, madame la ministre, je retire l'amendement.

M. le président. L'amendement n^o 1003 est retiré.

La parole est à M. Alain Vasselle, pour présenter l'amendement n^o 1016 rectifié *bis*.

M. Alain Vasselle. Je serais assez surpris que le rapporteur, le Gouvernement et la Haute Assemblée changent d'avis et acceptent cet amendement après en avoir rejeté d'autres de même nature ! Les amendements que nous avons déposés à l'article 30 sont en effet la conséquence d'amendements que nous avions présentés en amont. Je pense donc que la Haute Assemblée, le rapporteur et le Gouvernement me sauront gré de leur éviter, en retirant les amendements n^{os} 1016 rectifié *bis* et 1017 rectifié *bis*, de se contredire... *(Sourires.)*

M. le président. Les amendements n^{os} 1016 rectifié *bis* et 1017 rectifié *bis* sont retirés.

L'amendement n^o 1339, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cet amendement vise à apporter une garantie supplémentaire aux personnels de l'assurance maladie transférés aux ARS, monsieur Autain, en l'occurrence en matière de retraite complémentaire.

Il s'agit de permettre aux personnels exerçant dans les organismes d'assurance maladie affiliés au régime de retraite complémentaire ARCCO-ARGIC de continuer à relever de ce dernier après transfert à une ARS.

Le maintien du régime de retraite complémentaire présente également l'avantage de fluidifier les parcours professionnels entre l'ARS et les autres organismes de l'assurance maladie, et de favoriser ainsi la mobilité professionnelle des agents.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission émet un avis favorable.

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote.

M. Guy Fischer. Si nous sommes très attentifs au statut des personnels, cela tient au fait que la majorité, à n'en pas douter, tente de remettre en cause par tous les moyens les avantages dont ils peuvent bénéficier à l'heure actuelle.

Pour décrire cette situation, j'emploierai une expression, juste ou fautive, mais qui me convient : l'écrasement des salaires et des retraites.

M. Alain Vasselle. Elle est fautive !

M. Guy Fischer. Je ne le crois pas, monsieur Vasselle !

Ainsi, le Gouvernement s'apprête à remettre en cause, dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, l'avantage accordé aux mères de famille en matière de retraite. Bien sûr, on nous objectera que le Gouvernement n'y est pour rien, qu'il ne fait que respecter un arrêt de la Cour de cassation, mais c'est bien ce qui va se passer !

M. Dominique Leclerc ne me démentira pas sur ce point, car c'est notamment à lui qu'il reviendra, en tant que rapporteur du budget de l'assurance vieillesse, de démanteler ce que vous appelez pudiquement une « niche fiscale » !

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

M. Guy Fischer. En matière de niches fiscales, d'ailleurs, vous êtes sélectifs : vous ne touchez pas à celles dont bénéficient les patrons, vous préférez vous en prendre à celle qui intéresse des millions de mères de famille. Ce n'est pas nous qui le disons, ni *l'Humanité*, mais *La Tribune* ! (*Applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1339.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 1017 rectifié *bis*, présenté par MM. Vasselle, P. Blanc et Gournac et Mme Debré, est ainsi libellé :

Supprimer le III de cet article.

Cet amendement a été retiré.

L'amendement n° 1007 rectifié, présenté par M. Lardeux et Mme Procaccia, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

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

Cet amendement n'est pas soutenu.

Je mets aux voix l'article 30, modifié.

(*L'article 30 est adopté.*)

Article 31

(Texte modifié par la commission)

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

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

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

M. le président. L'amendement n° 1247, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

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

prépare et arrête le budget du premier exercice et

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

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

Le directeur général de l'agence peut exécuter le budget primitif en l'absence d'approbation du conseil de surveillance. Il prépare et soumet à l'approbation du conseil de surveillance de l'agence un budget rectificatif dans les six mois suivant la date mentionnée au I de l'article 32.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le mot « sas », que j'ai déjà employé tout à l'heure, pourrait également servir à qualifier cet amendement, qui vise à permettre à l'ARS de disposer d'un premier budget au 1^{er} janvier 2010, malgré l'absence de conseil de surveillance à cette date, et à son directeur général, en tant que responsable préfigurateur, de préparer et d'arrêter le budget du premier exercice.

Les travaux préparatoires à la création des ARS qui sont actuellement en cours ont mis en exergue la nécessité de sécuriser davantage encore les conditions de mise en place du premier cadre budgétaire de ces agences. Je tiens à rassurer de nouveau M. Paul Blanc : tout sera mis en œuvre afin que les ARS soient opérationnelles très rapidement. Cependant, un certain nombre de mesures de transition entre le dispositif actuel et celui qui entrera en vigueur au 1^{er} janvier prochain sont nécessaires, d'où cet amendement.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Je me réjouis, madame la ministre, que vous preniez en compte, au travers de cet amendement, les interrogations que j'avais formulées dans mon rapport au sujet de cet article.

En effet, si la nomination d'un responsable préfigurateur nous paraissait être un élément essentiel en vue de la mise en œuvre de la réforme et de la préparation, le plus en amont possible, de la création des ARS, les compétences qu'il était prévu de lui attribuer nous semblaient singulièrement larges : il devait notamment préparer et arrêter le premier budget de l'ARS au 1^{er} janvier 2010, avant même la création formelle de l'agence et l'installation du conseil de surveillance.

Votre amendement, madame la ministre, adapte ce dispositif en prévoyant que le budget pour 2010 des ARS sera arrêté par le ministre compétent et que le futur directeur général devra soumettre un budget rectificatif à l'approbation du conseil de surveillance durant le premier semestre de l'année. C'est là une solution parfaite, et la commission émet donc un avis favorable.

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

M. Alain Vasselle. Je n'ai pas d'objection de fond contre de telles mesures transitoires, dont la nécessité a été clairement exposée, mais je voudrais demander à M. le rapporteur, qui a suivi l'élaboration du texte depuis l'origine, si cet amendement est bien coordonné avec les dispositions adoptées précédemment.

En effet, le projet de loi prévoit que le budget des ARS sera exécuté à condition que les crédits nécessaires aient été inscrits dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010. Si le premier budget est arrêté avant l'adoption de ce dernier, où trouvera-t-on les crédits ? Mme la ministre devra-t-elle les prélever sur son propre budget ?

En tout état de cause, la loi de financement de la sécurité sociale de 2009 ne prévoit pas ce financement. Je souhaiterais donc obtenir des précisions sur ce point.

M. Guy Fischer. Ce sont les assurés sociaux qui paieront !

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

M. Alain Milon, rapporteur. Je ne ferai pas à M. Vasselle l'injure de lui rappeler que les ARS regrouperont des services existants, dont les crédits propres sont déjà inscrits dans différents budgets. Tout est donc en ordre.

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

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1247.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 31, modifié.

(L'article 31 est adopté.)

Article 32

(Texte modifié par la commission)

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

II. - Les 2^o, 6^o, 7^o et 8^o de l'article 28, en tant qu'ils créent la commission d'appel à projet, qu'ils suppriment le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale et définissent une nouvelle procédure d'autorisation, s'appliquent aux nouvelles demandes d'autorisation, d'extension ou de transformation des établissements et services médico-sociaux déposées à compter de la date prévue au I du présent article.

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

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

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

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

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

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

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

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

VIII. - Dans chaque établissement public de santé, jusqu'à la désignation des membres du conseil de surveillance, les dispositions du code de la santé publique continuent à s'appliquer dans leur rédaction antérieure à celle issue des articles 5 et 6 de la présente loi.

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

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

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

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

L'amendement n°985, 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 M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. Cet amendement vise à supprimer l'article 32 qui, par coordination avec les dispositions prévues à l'article 28, opère la substitution d'un mécanisme d'appel à projets aux comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale, les CROSMS.

Nous pourrions le considérer comme déjà défendu (*Marques d'approbation sur les travées de l'UMP*), mais sa présentation nous donne l'occasion de vous interroger, madame la ministre, sur une circulaire budgétaire adressée par vos services aux DRASS et aux DDASS, qui, anticipant sans doute l'adoption de ce projet de loi, leur enjoint de ne pas procéder à l'ouverture des fenêtres de dépôt de demandes d'autorisation, laquelle intervient d'habitude au cours du second semestre. J'aimerais obtenir de votre part des explications sur ce sujet important et complexe.

Les conséquences d'un tel décalage de six mois peuvent être graves sur le plan financier pour les organismes gestionnaires des centres et des établissements d'accueil, mais elles le seront surtout pour les personnes en attente d'une place, car la création de certaines structures se trouvera inévitablement retardée. Me démentirez-vous sur ce point, madame la ministre ?

Cette circulaire émanant de vos services nous surprend d'autant plus que l'article 32 prévoit l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2010 des dispositions de l'article 28, c'est-à-dire la suppression des CROSMS et leur remplacement par des procédures d'appel à projets.

De plus, la circulaire contient des dispositions tarifaires tendant à mettre en place la convergence tarifaire dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépen-

dantes, les EHPAD, mesure préfigurée dans la loi de financement de la sécurité sociale de 2009, plus précisément à son article 63, contre lequel le groupe CRC-SPG avait voté.

M. le président. L'amendement n° 1334, présenté par M. Milon, au nom de la commission, est ainsi libellé :

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

Les schémas prévus au 2° de l'article L. 312-5 dans sa rédaction antérieure à la présente loi sont pris en compte par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les catégories d'établissements relevant de la compétence de l'agence régionale de santé, jusqu'à l'établissement du schéma régional d'organisation médico-sociale prévu à l'article 26 de la présente loi.

La parole est à M. le rapporteur.

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

M. le président. L'amendement n° 1246, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

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

articles 1^{er} à 13

insérer les mots :

et du XI de l'article 19 *ter*

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

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

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cet amendement porte sur des dispositions transitoires à prévoir pour l'exercice des compétences transférées aux ARS d'ici à la mise en place de ces dernières.

L'objet du I est de maintenir, jusqu'à cette date, la compétence actuellement exercée par les directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation lorsque des faits pouvant entraîner sanction ordinaire sont constatés dans un établissement de santé.

L'objet du II est de maintenir, jusqu'à la même échéance, la compétence des préfets de département en matière de délivrance des autorisations de fonctionnement des lactariums.

Je tiens par ailleurs à rassurer M. Fischer : bien entendu, des fenêtres de dépôt de demandes d'autorisation seront rouvertes au cours du dernier trimestre. Il n'y aura donc pas de solution de continuité dans les financements, comme il semble le craindre.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Les membres du groupe CRC-SPG nous ont déjà fait part, à plusieurs reprises, de leur opposition à la suppression des CROSMS. Nous en prenons acte, tout en émettant un avis défavorable sur l'amendement n° 985.

La commission est favorable, en revanche, à l'amendement n° 1246 du Gouvernement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. M. Fischer ne sera pas surpris, je pense, que j'émette un avis défavorable sur son amendement, car il contrevient à l'esprit du projet de loi.

En revanche, je suis favorable à l'amendement n° 1334 de la commission.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 985.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1334.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1246.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 32, modifié.

(L'article 32 est adopté.)

Article 32 bis

Le quatrième alinéa de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique est ainsi modifié :

- les mots : « carte professionnelle de santé » sont remplacés par les mots : « carte de professionnel de santé » ;

- après les mots : « code de la sécurité sociale » et avant les mots : « est obligatoire », sont insérés les mots : « ou un dispositif équivalent agréé par l'organisme chargé d'émettre la carte de professionnel de santé » ;

- il est complété par une phrase ainsi rédigée : « La carte de professionnel de santé et les dispositifs équivalents agréés sont utilisés par les professionnels de santé, les établissements de santé, les réseaux de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins. » – *(Adopté.)*

Article additionnel avant l'article 33 (réservé)

M. le président. L'examen de l'amendement tendant à insérer un article additionnel avant l'article 33 a été réservé jusqu'après l'article 34.

Article 33

(Texte modifié par la commission)

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

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

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

M. le président. La parole est à M. Robert Laufoaulu, sur l'article.

M. Robert Laufoaulu. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, je déplore que la rédaction de l'article 33 issue des travaux de l'Assemblée nationale, qui prévoyait l'extension et l'adaptation des dispositions du projet de loi à l'outre-mer, ait été modifiée par la commission, au motif que l'article 74-1 de la Constitution permet au Gouvernement d'« étendre par ordonnances, avec les adaptations nécessaires, les dispositions de nature législative en vigueur en métropole » aux collectivités d'outre-mer visées à l'article 74 de la Constitution.

Je tiens néanmoins à rappeler à notre honorable assemblée que, malgré l'existence de cet article 74-1, tous les gouvernements, en particulier les ministères ou secrétariats d'État chargés de l'outre-mer, ont régulièrement recouru à l'article 38 de la Constitution pour demander des habilitations à légiférer par ordonnance spécifiques aux différentes collectivités d'outre-mer, même quand celles-ci relèvent de l'article 74, sans doute parce que cette procédure, plus solennelle, permet plus aisément d'ouvrir une concertation et de calmer les esprits.

Surtout, la position de la commission me semble témoigner d'une méconnaissance de la réalité de terrain de certaines collectivités d'outre-mer, par exemple celle que j'ai l'honneur de représenter, Wallis-et-Futuna. Je serais ravi d'y accueillir une délégation de la commission des affaires sociales. J'ai déjà reçu des membres de la commission des lois, conduits par le président Hyest. Ils s'étaient d'ailleurs déclarés scandalisés par l'état de notre agence de santé. Je suis certain qu'une telle visite permettrait à la commission des affaires sociales de mieux comprendre notre situation.

S'il est vrai que l'article 74-1 de la Constitution prévoit une possibilité générale d'adaptation législative, l'article 38 va plus loin.

En effet, cette procédure donne à l'engagement du Gouvernement un caractère solennel et comporte un délai. Il n'est pas question de mettre en doute la bonne foi du Gouvernement, tout particulièrement la parole de Mme la ministre, qui s'est montrée à l'écoute de nos préoccupations, mais le caractère spécifique du dispositif de l'article 38 de la Constitution donne une force particulière à l'engagement pris par le Gouvernement de préparer une ordonnance.

Par son amendement n° 1244, le Gouvernement entend rétablir son habilitation à étendre et à adapter par ordonnance les dispositions du présent texte à l'ensemble de l'outre-mer. S'il est adopté, mon amendement concernant exclusivement Wallis-et-Futuna n'aura plus d'objet, c'est la raison pour laquelle je m'exprime dès maintenant sur l'article. J'aurais souhaité qu'une mesure spécifique à Wallis-et-Futuna prévoie un délai de dix-huit mois et une modification du statut de l'agence de santé.

Eh oui, mes chers collègues, il existe déjà, depuis près de dix ans, une agence de santé sur notre territoire ! L'agence de santé de Wallis-et-Futuna, qui est un établissement public national, comme l'hôpital des Quinze-Vingts à Paris ou les Thermes nationaux d'Aix-les-Bains, mérite bien, au bout de dix ans, que l'on fasse un bilan de son action, de ses qualités et de ses

défauts. Il devient urgent d'adapter et de modifier son statut, qui apparaît à l'usage, et c'est bien normal, n'être pas exempt d'imperfections.

Notre agence de santé a d'ailleurs été le théâtre de plusieurs grèves, ces derniers temps en particulier. Mme la ministre le sait bien, qui nous a récemment envoyé un médiateur. Des éléments sont à revoir ; certes, le plus tôt sera le mieux, mais encore faut-il que la concertation soit efficace, sinon rien ne pourra se faire, particulièrement dans un territoire comme le nôtre, et le cycle des grèves à répétition reprendra de plus belle ! Le délai de neuf mois prévu dans l'habilitation me laisse dubitatif. Nous verrons bien, mais je ne doute pas que le Gouvernement prolongera ce délai si nécessaire.

L'agence de santé de Wallis-et-Futuna dispose de compétences étendues, en matière tant de soins que de prévention. Ce dernier volet, très important, est hélas ! négligé, pour des raisons budgétaires : en effet, les crédits sont consacrés pour l'essentiel au fonctionnement, notamment aux évacuations sanitaires rendues nécessaires par l'insuffisance de l'offre de soins. La prévention et l'éducation à la santé mériteraient d'être considérablement développées sur un territoire où, je le rappelle, on meurt beaucoup plus jeune qu'en métropole. Nous devons ouvrir des pistes de réflexion et tenter de définir les missions de l'agence dans la perspective de sa future organisation tout en dégagant des économies d'échelle, afin de mettre un terme à la fracture sanitaire par rapport à la métropole et à l'absence de gestion des risques.

Le statut du personnel de l'agence doit impérativement être revu si nous voulons motiver ce dernier et recruter dans de bonnes conditions. Il serait en outre opportun d'établir des conventions avec un ou deux CHU de métropole, tant pour l'envoi d'internes que pour le développement de la télé-médecine.

Voilà quelques pistes de réflexion que je tenais à tracer solennellement dans cette enceinte de la République qui, dans sa grandeur, doit aussi se préoccuper des territoires les plus démunis et les plus éloignés de la métropole.

J'espère vivement que Mme la ministre, à qui je renouvelle mon soutien, pourra me confirmer son intention d'ouvrir le chantier de la modernisation de la politique sanitaire à Wallis-et-Futuna et du statut de l'agence de santé, devenu, à l'évidence, obsolète. J'aurais aimé que cette perspective, assortie d'un délai suffisant, soit clairement inscrite dans la loi. Puisque cela ne semble pas possible, je fais confiance à Mme la ministre, que je remercie de nouveau de son écoute. *(Applaudissements sur les travées de l'UMP. – Mme Anne-Marie Payet applaudit également.)*

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Monsieur le sénateur, vous avez appelé mon attention sur la question de la santé à Wallis et Futuna. J'ai eu l'occasion d'exprimer à de nombreuses reprises mon attachement au respect des spécificités et de la belle culture de votre territoire.

L'habilitation à légiférer par ordonnance selon la procédure de l'article 38 de la Constitution que j'ai proposé de réintroduire dans le texte vise à étendre et à adapter dans un délai de neuf mois les dispositions de la loi aux collectivités d'outre-mer. Elle permettra de prendre en compte les spécificités de Wallis-et-Futuna, du moins celles qui relèvent du champ de ce projet de loi.

Vous estimez que le Gouvernement devrait porter ce délai à dix-huit mois, neuf mois ne vous paraissant pas suffisants, compte tenu notamment de la nécessité de mener une concertation approfondie.

Comme vous l'avez compris, il ne m'est pas possible d'accéder à cette demande, car nous devons mettre en place très rapidement les agences régionales de santé, y compris outre-mer.

Cependant, je prends ici l'engagement que si, à l'expiration du délai de neuf mois, il apparaissait nécessaire de disposer de plus de temps pour étendre et adapter les dispositions de la loi, mais aussi de prendre d'autres mesures pouvant améliorer le fonctionnement du système de santé sur le territoire de Wallis-et-Futuna, le Gouvernement recourrait alors à l'habilitation générale permanente prévue à l'article 74-1 de la Constitution.

Par ailleurs, je suis très attentive à la situation de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna. Vous avez rappelé que j'ai personnellement dépêché un médiateur pour tenter d'apporter des solutions au conflit qui s'y déroulait. Son travail a permis la conclusion d'un protocole d'accord, signé en présence de l'administrateur supérieur de Wallis-et-Futuna. Il a également permis de mettre en évidence tout l'intérêt de nouvelles procédures de concertation et de dialogue social. Je vais naturellement demander à mes services d'examiner de très près la situation de l'agence de santé, notamment l'opportunité de modifier son statut. Bien entendu, ce travail sera mené en étroite concertation avec vous, monsieur le sénateur.

Le Gouvernement est pleinement conscient de ses responsabilités et recherche les voies d'une amélioration du suivi de la santé des Wallisiens et des Futuniens.

Au bénéfice de ces explications et de ces assurances, je vous demanderai, monsieur le sénateur, de bien vouloir retirer l'amendement n° 1135 rectifié *bis*.

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

L'amendement n° 1244, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Il s'agit de rétablir l'habilitation du Gouvernement à étendre et à adapter par ordonnance les dispositions de la loi à l'outre-mer.

En effet, la commission des affaires sociales du Sénat a supprimé cette habilitation, considérant que le Gouvernement dispose, en vertu de l'article 74-1 de la Constitution, d'une procédure générale pour étendre et adapter le droit aux collectivités d'outre-mer et à la Nouvelle-Calédonie.

La commission a raison sur le plan juridique. Cependant,...

M. Alain Milon, rapporteur. Il y a toujours un « cependant » !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. ... au moment où l'article d'habilitation a été rédigé, nous n'avions pas prévu que l'adaptation de la loi concernerait également des collecti-

vités d'outre-mer ne relevant pas de l'article 74 de la Constitution. Une ordonnance prise en vertu de l'article 38 sera donc, *in fine*, tout de même nécessaire, d'où l'amendement n° 1244

La Réunion et la Guadeloupe, départements-régions d'outre-mer relevant de l'article 73 de la Constitution, sont notamment concernées par les dispositions d'adaptation de la loi par ordonnances. En effet, le Gouvernement réfléchit, pour des raisons d'efficacité, à la création d'une agence de santé commune à la Réunion et à Mayotte, comme l'est déjà l'actuelle agence de l'hospitalisation. Je vous renvoie, à cet instant, au débat que nous avons eu sur les ARS uniquement interrégionales.

L'organisation et le fonctionnement d'une telle agence, qui ne serait ni interrégionale ni régionale, mais *ad hoc*, seraient adaptés à la juste prise en compte des besoins de ces collectivités.

De même, il semble approprié que l'organisation de la santé publique dans chacune des deux collectivités nouvelles de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin se développe en synergie avec le département-région de la Guadeloupe, selon des voies et moyens faisant l'objet d'une concertation avec les élus. Or seul l'article 38 de la Constitution permet d'habiliter le Gouvernement à prévoir des modalités de coopération adaptées et spécifiques entre collectivités de statut constitutionnel différent, relevant les unes de l'article 73 de la Constitution, les autres de l'article 74.

Il en va de même pour les Terres australes et antarctiques françaises, les TAAF. La crise actuelle du virus H1N1 a bien montré la nécessité d'organiser au mieux le système de santé sur le territoire de la République.

Monsieur le rapporteur, j'ai besoin de ces outils juridiques pour bien faire fonctionner le système de santé! L'amendement déposé par le Gouvernement tend à réintroduire l'habilitation l'autorisant à étendre et à adapter, selon la procédure de l'article 38 de la Constitution, les dispositions de la loi aux collectivités d'outre-mer régies par l'article 74 de la Constitution et à la Nouvelle-Calédonie, ainsi qu'à la Réunion, à la Guadeloupe et aux TAAF, en tant que de besoin.

M. le président. L'amendement n° 1135 rectifié *bis*, présenté par M. Lafoauly, Mme Hermange et M. B. Fournier, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à M. Robert Lafoauly.

M. Robert Lafoauly. Cet amendement a été défendu, monsieur le président.

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

M. Alain Milon, rapporteur. L'amendement n° 1244 vise à habiliter le Gouvernement à prendre, par ordonnance, des mesures d'adaptation de la loi aux collectivités d'outre-mer et à la Nouvelle-Calédonie. Il s'agit, notamment, d'ouvrir la possibilité de coopérations et de collaborations entre des territoires dont les statuts sont différents.

En ce sens, madame la ministre, cette proposition est nettement plus satisfaisante que l'habilitation générale prévue dans le texte initial et que la commission avait supprimée.

Le Parlement n'aimant guère que le Gouvernement recoure aux ordonnances, la commission émet un avis de sagesse, mais une sagesse extrêmement positive! (*Sourires.*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Merci!

M. Alain Milon, rapporteur. L'amendement n° 1135 rectifié *bis* tend à habiliter le Gouvernement à prendre par ordonnance les mesures d'adaptation du projet de loi à Wallis-et-Futuna.

Or, avec l'article 74-1 de la Constitution, le Gouvernement dispose, en ce qui concerne les collectivités d'outre-mer, d'une habilitation permanente pour étendre et adapter les dispositions législatives par voie d'ordonnances. Votre amendement ne semble donc pas nécessaire, monsieur Lafoauly.

De plus, le Conseil constitutionnel a considéré, dans sa décision du 20 janvier 2005, qu'il résultait des termes mêmes du premier alinéa de l'article 38 de la Constitution que seul le Gouvernement peut demander au Parlement l'autorisation de prendre des ordonnances en application de cet article. Il ne semble donc pas nécessaire de dessaisir davantage le Parlement de ses prérogatives.

La commission demande le retrait de cet amendement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Comme je l'ai indiqué tout à l'heure, le Gouvernement souhaite lui aussi le retrait de l'amendement n° 1135 rectifié *bis*.

M. le président. Monsieur Lafoauly, maintenez-vous votre amendement ?

M. Robert Lafoauly. Je vous remercie, madame la ministre, de votre réponse et de l'attention que vous portez à l'agence de santé de Wallis-et-Futuna. Les Wallisiens et les Futuniens, qui suivent nos débats à la télévision, vous en sont reconnaissants! Je retire mon amendement.

M. le président. L'amendement n° 1135 rectifié *bis* est retiré.

La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote sur l'amendement n° 1244.

M. Alain Vasselle. Je voterai naturellement en faveur de l'amendement du Gouvernement. Toutefois, en écoutant l'intervention de notre collègue Lafoauly, je me suis dit que M. le rapporteur aurait peut-être été bien inspiré d'aller étudier sur place le fonctionnement de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna. En effet, nous nous apprêtons à créer des agences régionales de santé, et il aurait été intéressant de tirer les enseignements de cette expérience ultramarine.

Mme Isabelle Debré. Le rapporteur n'a pas eu le temps!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ce territoire ne compte que 16 000 habitants, c'est différent!

M. Alain Vasselle. Certes, M. le rapporteur a été accaparé par l'élaboration du texte. Par ailleurs, certains de nos collègues étant déjà en déplacement outre-mer, il ne fallait peut-être pas en rajouter!

Cela étant, madame la ministre, j'ai été interpellé par les propos de notre collègue selon lesquels l'agence de santé de Wallis-et-Futuna, faute d'un financement suffisant, ne peut remplir les missions de prévention qui lui ont été confiées.

Or le texte que nous examinons vise précisément à transférer aux agences régionales de santé l'ensemble des missions de prévention. À cet égard, je rappelle que les premiers projets de loi de financement de la sécurité sociale comportaient une annexe interminable détaillant les mesures à prendre pour

développer une politique de prévention sur le territoire national. Mais, jusqu'à ce jour, aucun gouvernement n'a réussi à obtenir des résultats tangibles dans ce domaine.

J'ose espérer qu'il n'en ira pas de même demain avec les futures ARS et que nous saurons tirer les enseignements de l'expérience de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna. Je souhaite que cela ne reste pas un vœu pieux !

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

M. Alain Milon, rapporteur. Si M. le futur rapporteur général de la commission des affaires sociales veut bien subventionner un voyage d'étude à Wallis-et-Futuna, nous pourrions suspendre l'examen de ce texte pour le reprendre à notre retour ! (*Sourires.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1244.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'article 33, modifié.

(*L'article 33 est adopté.*)

Article additionnel après l'article 33 (réservé)

M. le président. L'examen de l'amendement tendant à insérer un article additionnel après l'article 33 a été réservé jusqu'après l'article 34.

Article 34

(Texte non modifié)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« 1° Au sein des établissements thermaux ;

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

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Vial, sur l'article.

M. Jean-Pierre Vial. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, d'aucuns se sont demandés, en commission, si cet article 34 n'était pas un cavalier législatif. Il en a peut-être l'apparence, mais ce n'en est pas un, car il a toute sa place dans un projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.

Certes, cet article concerne un établissement particulier, les Thermes nationaux d'Aix-les-Bains. En 1860, la Savoie fut l'un des derniers départements à devenir français, avec la Haute-Savoie et les Alpes-Maritimes. La dot, si je puis m'exprimer ainsi, comprenait notamment cet établissement à l'histoire prestigieuse, qui compta parmi les plus grands centres thermaux de France. Malheureusement, ces vingt dernières années, son activité a régressé de 40 %, situation unique dans ce secteur. Les collectivités territoriales se sont pourtant mobilisées, au côté de l'État, et n'ont pas ménagé leurs efforts pour tenter de le moderniser et d'accompagner son évolution. Voilà une dizaine d'années, le lancement d'un important programme d'investissements a débouché sur la création de nouveaux thermes, mais l'activité a continué de décliner et la question de la pertinence du statut actuel de l'établissement a été posée.

Madame la ministre, la réforme que vous avez engagée au début de l'année était certes attendue, mais il aurait peut-être été plus sage de la mettre en œuvre à un moment où les vents étaient plus favorables... Quoi qu'il en soit, nous espérons qu'elle permettra, à tout le moins, de pérenniser l'établissement.

Cependant, que vont devenir les quelque 130 physiothérapeutes directement affectés par cette réorganisation ? Leurs représentants syndicaux, avec qui je me suis entretenu, attendent aujourd'hui des garanties. Je le dis comme je le pense : si l'État sait faire des réformes, il ne sait pas toujours gérer convenablement leur dimension humaine. En l'occurrence, je ne suis pas certain que le personnel ait été traité avec toute la dignité nécessaire.

Un premier décret a été pris pour organiser la reconversion administrative d'un certain nombre d'agents, sur la base du volontariat. Tous attendent des garanties quant au maintien de leur statut de fonctionnaire. Il ne serait pas convenable que la nouvelle structure n'intègre pas ceux d'entre eux qui sont à quelques mois de la retraite : dans leur cas, une autre solution ne serait ni pertinente sur le plan professionnel ni socialement acceptable.

En revanche, d'autres personnels sont tout à fait aptes à occuper, après une formation adaptée, de nouvelles fonctions paramédicales – puériculteur, aide-soignant, agent d'aide à l'autonomie.

Sur tous ces points, j'attends de votre part, madame la ministre, des réponses propres à rassurer les personnels. Cela est nécessaire pour que la réforme en cours puisse être menée à terme dans de bonnes conditions. Ce serait un comble que nous ne trouvions pas les moyens d'accompagner la reconversion de professionnels qui sont disponibles, alors même que les hôpitaux et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de Savoie rencontrent des difficultés de recrutement.

Madame la ministre, je vous remercie par avance de l'attention que vous voudrez bien porter à ce dossier. Les personnels concernés seront très attentifs à votre réponse.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission n'a pas retenu la qualification de « cavalier » pour l'article 34, même si le terme a été prononcé.

Par ailleurs, la commission a estimé qu'elle ne disposait pas de suffisamment d'informations pour prendre une position étayée sur le sujet. Dans l'attente des précisions qui pourront lui être apportées, en particulier par Mme la ministre, elle s'en remettra à la sagesse du Sénat sur tous les amendements.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. La question de l'avenir des Thermes nationaux d'Aix-les-Bains a en effet toute sa place dans la discussion d'un projet de loi consacré à la santé et aux territoires. Votre intervention, monsieur Vial, reflète parfaitement les préoccupations légitimes des agents de cet établissement qui vont faire l'objet d'un reclassement.

Les Thermes nationaux d'Aix-les-Bains rencontrent effectivement de très grandes difficultés, la fréquentation ayant baissé de 45 % en quelques années, tandis que les établissements équivalents profitaient pleinement de l'essor des cures de rhumatologie. Le problème est donc non pas général, mais spécifique aux Thermes nationaux d'Aix-les-Bains.

Il convient, dans cette affaire, de porter la plus grande attention au personnel, et sur ce point je ne peux pas vous laisser dire, monsieur le sénateur, que cela n'a pas été le cas. Cette attention ne s'est pas exprimée en de simples paroles, mais s'est traduite par des actes, puisque le Gouvernement a mobilisé 15 millions d'euros pour accompagner la transition vers la nouvelle structure. Les preuves d'amour sont donc là !

Vous désirez que les agents proches de la retraite soient repris en priorité par la nouvelle structure, que les salaires soient maintenus et que le coût de la formation des personnels qui souhaiteraient être embauchés dans des établissements de santé, des structures médico-sociales ou dans la fonction publique territoriale soit pris en charge.

Je tiens moi aussi à ce que ce reclassement se déroule dans les meilleures conditions, avec un maximum de garanties pour les agents concernés.

Ainsi, mes services ont demandé à la direction des thermes de réintégrer en priorité les agents les plus proches de la retraite, dont on comprend bien que les possibilités de reclassement sont plus aléatoires.

Par ailleurs, tous les agents bénéficieront du maintien complet de leur rémunération, y compris leurs nouvelles bonifications indiciaires, pendant toute la durée du processus de reclassement. Après le reclassement, si la rémunération antérieure de l'agent était supérieure, l'administration ou l'établissement d'accueil recevra une compensation financière jusqu'au moment où la rémunération de l'agent dans son nouveau poste aura rattrapé sa rémunération antérieure.

Enfin, j'ai prévu de consacrer 8 millions d'euros au reclassement des agents, afin notamment de prendre en charge des formations professionnelles aussi proches que possible des souhaits formulés. Je puis vous assurer, monsieur le sénateur, que nous mobiliserons les moyens nécessaires au reclassement des personnels non repris par la nouvelle société.

Peu de réorganisations auront été autant accompagnées par les pouvoirs publics que celle des Thermes nationaux d'Aix-les-Bains. J'espère avoir pleinement répondu à vos préoccupations, monsieur le sénateur.

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

L'amendement n° 14 est présenté par M. Repentin.

L'amendement n° 986 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.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Thierry Repentin, pour présenter l'amendement n° 14.

M. Thierry Repentin. Dans votre réponse à notre collègue Jean-Pierre Vial, madame la ministre, vous faites comme si la privatisation de l'établissement public des Thermes nationaux d'Aix-les-Bains était décidée et inéluctable.

Il est vrai que cet article résulte de l'adoption par l'Assemblée nationale d'un amendement gouvernemental présenté de façon très cavalière.

Pour ma part, je ne considère pas que la privatisation de l'établissement, option retenue par le Gouvernement, était la seule voie possible. Ainsi, plutôt que de transformer les

Thermes nationaux en société anonyme, une solution courageuse et responsable aurait pu être de mettre en place une société d'économie mixte. Un tel choix paraissait pertinent à de nombreux acteurs locaux, parce qu'il aurait permis à la fois d'associer les collectivités départementale et régionale à des partenaires privés, dans un contexte de concurrence, et de maintenir des prestations de qualité en rhumatologie. Mes chers collègues, n'oublions pas qu'un tel équipement, s'il est bien géré, concourt au développement économique et à l'attractivité du territoire, car les curistes souhaitent aussi bénéficier de prestations touristiques.

Madame la ministre, vous nous avez indiqué que les 15 millions d'euros qui seront consacrés à la transformation des Thermes nationaux d'Aix-les-Bains constituaient une preuve d'amour de la part de votre ministère. Cependant, ce geste reste bien modeste par rapport aux investissements réalisés ces dernières années par la région Rhône-Alpes et le département de la Savoie pour la modernisation de l'établissement, qui ne profitera finalement qu'au seul opérateur privé chargé de sa gestion. Les collectivités territoriales devront-elles se résoudre à passer ces sommes par pertes et profits ou se les verront-elles rembourser ?

Par ailleurs, les employés des Thermes nationaux souhaiteraient bénéficier de plus de considération de votre part, madame la ministre. (*Mme la ministre s'exclame.*) Vous affirmez que chacun d'entre eux fera l'objet d'un accompagnement quasiment individualisé. Or savez-vous, pour ne citer que cette catégorie, que des agents du service de physiothérapie, qui s'occupent des curistes depuis plusieurs décennies, se sont vu proposer des emplois administratifs de catégorie C ou des postes d'agent de buanderie dans un hôpital situé à cent kilomètres d'Aix-les-Bains ? Croyez-vous que de telles propositions soient dignes ?

Cet article quelque peu cavalier nous place devant le fait accompli. C'est pourquoi je propose de le supprimer, de manière que nous puissions prendre le temps de déterminer la meilleure solution possible pour les Thermes nationaux d'Aix-les-Bains et pour le territoire. Nous pensons qu'un mode de gestion publique associant investisseurs privés et collectivités territoriales peut être viable et dégager des bénéfices. Les exemples de cet ordre ne manquent pas dans nos départements, notamment en Savoie.

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, pour présenter l'amendement n° 986.

M. Guy Fischer. Nous faisons la même analyse que Thierry Repentin, qui a dit l'essentiel en présentant son amendement.

S'agissant de la forme, nous nous demandons si, quoi qu'en dise Mme la ministre, cet article, compte tenu de son objet, ne constitue pas un cavalier législatif.

Sur le fond, nous nous opposons à la transformation de l'établissement public industriel et commercial des Thermes nationaux d'Aix-les-Bains en société anonyme, qui ouvrira inéluctablement la voie à une privatisation.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cela les sauvera !

M. Guy Fischer. Cette privatisation entraînera la suppression de 130 emplois de masseur physiothérapeute. Quel sort connaîtront les autres établissements thermaux ? Dans le passé, il avait été envisagé de réduire la participation de la sécurité sociale à la prise en charge des cures, certains jugeant qu'il s'agissait d'un gaspillage d'argent public. Le gouvernement de l'époque avait finalement reculé, mais nous sommes là au cœur du problème.

Mme la ministre nous a annoncé qu'elle apportait des garanties.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Des garanties sonnantes et trébuchantes !

M. Guy Fischer. Elle a notamment affirmé que 8 millions d'euros seraient consacrés à la formation professionnelle des agents à reclasser. Alors que les plans sociaux se multiplient dans toute la France et que nombre de salariés ne se battent plus, malheureusement, que pour obtenir leur amélioration, l'État est prêt à dépenser beaucoup d'argent, dans le cas qui nous occupe, au profit d'un repreneur privé.

En effet, le projet du Gouvernement est clair : transformer l'EPIC en société anonyme, conserver momentanément le capital, estimé à 15 millions d'euros, procéder à d'importantes restructurations, mettre fin à certaines activités jugées non rentables, enfin réduire le personnel avant d'ouvrir le capital social à des investisseurs privés dans un premier temps et de leur céder toute sa participation dans un second temps.

En tant que parlementaires rhônalpins, nous refusons que les salariés payent le prix d'une décision qui, de surcroît, méconnaît les investissements consentis dans le passé par les collectivités territoriales. (*M. Jean Desessard applaudit.*)

M. François Autain. Très bien !

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

M. Alain Milon, rapporteur. Je répète que la commission n'a pas considéré que cet article était un cavalier. Elle a décidé de s'en remettre à la sagesse du Sénat sur ces amendements, mais, personnellement, je suis sensible aux arguments de Mme la ministre.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Les auteurs de ces deux amendements ne seront pas surpris, après avoir entendu la réponse que j'ai apportée à M. Vial, que le Gouvernement émette un avis défavorable.

Contrairement à ce qu'ils affirment, le changement de statut est la seule façon de sauver les thermes d'Aix-les-Bains.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 14 et 986.

(*Les amendements ne sont pas adoptés.*)

M. le président. L'amendement n° 652 rectifié *bis*, présenté par M. Vial, est ainsi libellé :

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

le 30 juin 2009

par les mots :

au dernier jour du mois de promulgation de la présente loi

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

au 1^{er} juillet 2009

par les mots :

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

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

du 1^{er} juillet 2009

par les mots :

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

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

30 juin 2009

par les mots :

dernier jour du mois de promulgation de la présente loi

La parole est à M. Jean-Pierre Vial.

M. Jean-Pierre Vial. Cet amendement vise à modifier la date d'extinction du statut d'établissement public industriel et commercial des Thermes nationaux avant leur transformation en société anonyme, initialement fixée au 1^{er} juillet de cette année.

Compte tenu du calendrier de nos débats, il me paraît plus prudent, plutôt que d'inscrire un terme précis, de se référer à la date de promulgation de la loi.

M. Roland du Luart. C'est le bon sens !

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission s'en remet à la sagesse du Sénat.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n°-652 rectifié *bis*.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 15, présenté par M. Repentin, est ainsi libellé :

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

Conseil d'État

insérer les mots :

, après consultation avec les organisations représentatives du personnel,

La parole est à M. Thierry Repentin.

M. Thierry Repentin. Monsieur le président, si vous le permettez, je présenterai conjointement les amendements n°s 15 et 16, qui procèdent du même esprit.

M. le président. Je suis en effet saisi d'un amendement n° 16, présenté par M. Repentin et ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

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

Veuillez poursuivre, monsieur Repentin.

M. Thierry Repentin. Il s'agit de s'assurer que, après avoir bradé le patrimoine (*Mme la ministre s'exclame*), on ne sacrifiera pas le personnel.

Les preuves d'amour données dans cet hémicycle ne sont malheureusement pas suivies d'actes tangibles sur le terrain ! (*Sourires.*) Les associations représentant les familles des salariés des Thermes nationaux et les organisations syndicales estiment être traitées avec dédain. Elles jugent en outre que les propositions de reclassement ne sont pas dignes. De fait,

est-ce faire preuve de considération que de proposer à un technicien paramédical un reclassement dans un emploi administratif ou en tant qu'agent de buanderie ?

Madame la ministre, acceptez qu'un vrai dialogue avec les personnels s'instaure avant que le décret ne soit publié, afin qu'ils puissent exprimer leurs aspirations, en ce qui concerne tant le déroulement de leur carrière que les reclassements ou les conditions dans lesquelles ils pourront un jour prendre une retraite bien méritée. Certes, le sort de 130 salariés représente bien peu de choses en regard des objectifs assignés à la RGPP, mais ils doivent néanmoins être traités avec dignité.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission s'en remet à la sagesse du Sénat sur les deux amendements.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Il va de soi que les préoccupations des agents doivent être prises en compte et que ceux-ci doivent être associés le plus étroitement possible aux décisions les concernant. C'est pourquoi j'ai missionné, dès le mois de février dernier, Mme Dominique Acker, conseillère générale des établissements de santé, pour les accompagner dans leur évolution professionnelle, en liaison étroite avec leurs représentants syndicaux. La rédaction du décret fera l'objet de la concertation la plus large possible, les représentants des personnels étant associés aux réunions techniques organisées à cet effet. De plus, le projet de décret sera soumis au comité technique paritaire compétent.

De fait, les représentants des personnels seront associés à toutes les étapes du processus et les procédures de concertation seront parfaitement observées.

Pour ces raisons, le Gouvernement émet un avis défavorable sur ces deux amendements.

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

M. Jean-Pierre Vial. Je ne voudrais pas donner le sentiment au personnel des Thermes nationaux d'Aix-les-Bains que mon vote contre ces amendements est contradictoire avec les propos que j'ai tenus tout à l'heure. Ma position n'a jamais varié : mon objectif était d'obtenir de Mme la ministre des engagements. Dès lors qu'elle les a pris, je ne peux que la soutenir, en espérant qu'ils seront tenus.

M. Jean-Pierre Fourcade. Très bien !

M. Guy Fischer. On en reparlera !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 15.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 16.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 34, modifié.

(L'article 34 est adopté.)

Article additionnel après l'article 34 (*réserve*)

M. le président. L'examen de l'amendement tendant à insérer un article additionnel après l'article 34 a été réservé jusqu'après l'article 34.

Article additionnel avant l'article 26 A
(*précédemment réservé*)

M. le président. L'amendement n° 1136 rectifié, présenté par MM. Vasselle, P. Blanc et Gournac, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à M. Alain Vasselle.

M. Alain Vasselle. En règle générale, je suis peu enclin à solliciter l'élaboration de rapports ou à approuver de telles demandes, mais la discussion de cet amendement, cosigné par mes collègues Paul Blanc et Alain Gournac, permettra peut-être à Mme la ministre de nous éclairer sur les initiatives ou les mesures que le Gouvernement entend prendre pour répondre à la préoccupation que je vais maintenant exprimer.

Comme l'avait souligné le rapport de M. Larcher sur les missions de l'hôpital, à l'issue d'une hospitalisation en court séjour ou en soins de suite et de réadaptation, les patients expriment assez souvent le souhait de retourner à leur domicile, ce qui semble tout à fait légitime. Toutefois, ce retour au domicile est parfois retardé ou difficile, notamment pour les patients les plus âgés, pour ceux qui sont isolés ou pour les jeunes accouchées.

Ces personnes peuvent en effet avoir besoin de soins à domicile, par exemple de soins infirmiers, ou d'une aide à la personne pour les repas ou le ménage. Or elles ne connaissent pas nécessairement les dispositifs *ad hoc* ou peuvent rencontrer des difficultés à organiser leur mise en œuvre.

C'est pourquoi il serait utile, à notre sens, que des services d'information dédiés puissent intervenir, au bénéfice tant des assurés que des professionnels de santé, lors d'une hospitalisation ou d'une sortie d'hôpital. L'information pourrait porter sur les droits à prestations, sur les modalités d'obtention de celles-ci et sur les coordonnées de professionnels de santé ou de structures sociales.

Par le présent amendement, nous proposons qu'un rapport soit remis au Parlement sur l'opportunité d'une telle mesure.

Si les dispositifs que j'évoquais fonctionnent globalement bien sur l'ensemble du territoire national, on constate malheureusement, ici ou là, que l'information ne circule pas suffisamment. Or, il me semble que la collectivité tout entière tirerait avantage d'une amélioration de sa diffusion, le retour au domicile étant bien préférable à la prolongation du séjour à l'hôpital, qui représente un coût financier important pour la collectivité et la sécurité sociale.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Cette idée est intéressante. Toutefois, monsieur Vasselle, il n'est peut-être pas nécessaire d'en passer par un rapport pour examiner les mesures qui pourraient être prises afin d'améliorer l'information délivrée aux patients sortant de l'hôpital sur les différentes aides, notamment les aides à la personne, auxquelles ils peuvent prétendre.

Nous vous invitons donc à retirer cet amendement ; à défaut, nous serions conduits à émettre un avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Il s'agit ici de la remise d'un rapport non pas au Gouvernement, mais au Parlement. Il revient à ce dernier de juger des outils dont il a besoin pour éclairer ses travaux.

Par conséquent, le Gouvernement émet un avis de sagesse.

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

M. Alain Vasselle. Mes deux collègues cosignataires de l'amendement m'incitent à retirer celui-ci, sous la pression amicale du rapporteur ! (*Sourires.*)

Cela étant, je ne voudrais pas non plus que le Gouvernement s'affranchisse de toute action tendant à améliorer l'information des patients sur ces sujets.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Évidemment !

M. Alain Vasselle. Je ne vous demande pas de réponse sur ce point, madame la ministre, afin de ne pas allonger les débats, mais il conviendrait que nous puissions trouver ensemble des solutions.

Quoi qu'il en soit, nous retirons l'amendement.

M. le président. L'amendement n° 1136 rectifié est retiré.

Article additionnel après l'article 26
(*précédemment réservé*)

M. le président. L'amendement n° 1296, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

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

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

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

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

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Des amendements précédemment adoptés visaient à autoriser l'État à passer des marchés pour le compte des ARS. Il s'agit ici, par un amendement miroir, d'ouvrir la même possibilité aux caisses nationales de sécurité sociale. Les ARS constituent une maison commune à l'État et à l'assurance maladie.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1296.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 26.

Article additionnel après l'article 27
(*précédemment réservé*)

M. le président. L'amendement n° 1105, présenté par MM. Le Menn et Cazeau, 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 et Le Texier, MM. Mirassou et Rebsamen, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

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

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

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

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

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

La parole est à M. Bernard Cazeau.

M. Bernard Cazeau. Cet amendement a déjà été débattu, mais Mme la ministre m'a montré, à l'occasion d'une de nos discussions nocturnes, les vertus pédagogiques de la répétition... Je vais donc tenter une nouvelle fois ma chance, même si le sourire sardonique de M. le rapporteur ne me laisse guère d'espoir ! (*Sourires.*)

Nous nous étonnons que l'article 27, qui consacre la création des URPS, les unions régionales des professionnels de santé, et leur confère des prérogatives importantes, notamment en matière de participation à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé à l'échelon régional, ne comporte aucune disposition similaire concernant les centres de santé. Notre amendement tend donc à remédier à cette omission.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Afin de ne pas me contredire, je vais moi aussi me répéter !

Cet amendement tend à prévoir une représentation régionale des centres de santé, analogue à celle des professionnels de santé libéraux au sein des URPS nouvellement créées. Un amendement ayant le même objet avait déjà été repoussé lors de l'examen de l'article 27.

Une telle représentation, je me répète, n'est pas nécessaire. Les URPS regroupent des professionnels exerçant à titre libéral, les centres de santé des professionnels salariés. Il ne s'agit donc pas, dans ce second cas, d'un exercice libéral au sens strict. Les personnels des centres de santé ont déjà la possibilité d'être représentés, en tant que salariés, par les organisations syndicales représentatives de salariés.

L'avis de la commission est donc défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Il est également défavorable.

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

M. François Autain. Nous approuvons cet amendement, puisqu'il est similaire à l'un des nôtres, qui a été précédemment rejeté.

Comment M. le rapporteur envisage-t-il la représentation des professionnels de santé salariés ? Actuellement, aucune structure régionale ne me semble susceptible de les représenter, comme le seront les professionnels libéraux grâce aux URPS instaurées par le projet de loi.

C'est cette lacune que nous avons voulu réparer, et les arguments que vous nous opposez, monsieur le rapporteur, ne sont absolument pas convaincants.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1105.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Article additionnel avant l'article 28 (précédemment réservé)

M. le président. L'amendement n° 1126, présenté par MM. Daudigny, Chastan, Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mmes Campion et Chevê, M. Daunis, Mme Demontès, M. Desessard, Mme Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagauche, 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 :

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

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

La parole est à M. Yves Daudigny.

M. Yves Daudigny. Nous retirons cet amendement, dans la mesure où deux amendements examinés ce matin, déposés l'un par le Gouvernement, l'autre par la commission, ont permis de traiter le sujet. À cette occasion, j'ai d'ailleurs soulevé une question, à laquelle Mme la ministre s'est engagée à répondre.

M. le président. L'amendement n° 1126 est retiré.

Article additionnel avant l'article 33 (précédemment réservé)

M. le président. L'amendement n° 1129 rectifié, présenté par MM. Antoinette, Patient, Gillot, S. Larcher, Lise, Tuheiva et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à M. Jean-Étienne Antoinette.

M. Jean-Étienne Antoinette. L'article 33 prévoit que le Gouvernement puisse adapter la loi par ordonnances pour certains territoires d'outre-mer, en raison notamment de leur statut. Madame la ministre, en matière d'adaptation, n'oubliez pas la Guyane, qui, malgré son statut de département, connaît une situation sanitaire sinistrée, proche par certains aspects de celle des pays les moins avancés !

Il est désormais admis qu'il y a « des » outre-mer. Toutefois, on a pour habitude d'évoquer la « zone Antilles-Guyane » et de lui appliquer uniformément les mêmes mesures. Pourtant, ceux de mes collègues qui en ont fait le tour avec moi la semaine dernière ont sans doute pu constater que la Guyane supporte des contraintes, des charges et des handicaps beaucoup plus lourds que les Antilles dans le domaine de la santé.

Le présent projet de loi ne répond pas aux besoins les plus urgents de ce territoire, à savoir un rattrapage en termes d'équipements, une augmentation importante de la densité médicale et une meilleure couverture de la demande de soins, la mise en œuvre réelle, concrète, de l'égalité d'accès aux soins – des soins de qualité, comme vous le dites vous-même, madame la ministre.

Or, dans le département dont le taux de natalité est le plus élevé de France, on ne compte qu'un pédiatre installé en exercice libéral, et aucun service d'urgence pédiatrique ! La situation à l'hôpital de Cayenne est telle qu'il arrive que de jeunes accouchées dorment dans les couloirs et soient renvoyées chez elles au bout de quarante-huit heures...

Dans ce contexte, les mesures du projet de loi tendant à améliorer la démographie médicale sont inadaptées à la situation guyanaise.

S'agissant de la médecine de proximité et de son organisation, le rôle des acteurs de terrain que sont les élus municipaux ou l'expérience des collectivités territoriales ne sont pas valorisés dans le nouveau système proposé pour l'élaboration des projets régionaux ou locaux de santé. De même, qu'en est-il des centres de santé, dont on sait le rôle capital dans les communes isolées de Guyane ?

Madame la ministre, pensez-vous que, dans une situation aussi particulière, il suffise que les représentants de l'État sur place déclinent les orientations nationales, comme le choix en a été fait dans ce texte pour la politique des ARS, en cantonnant les acteurs locaux à un rôle de figurants dont les avis seront plus ou moins suivis ?

La Guyane, région grande comme le Portugal, est un véritable cas particulier. Permettez-moi d'énumérer brièvement les arguments qui justifient mon amendement.

En ce qui concerne les établissements hospitaliers, la charge des créances non recouvrables, encore plus lourde en Guyane qu'ailleurs, justifierait que le coefficient géographique applicable pour la tarification à l'activité, la T2A, soit plus fort que dans les autres départements d'outre-mer.

Par ailleurs, il n'y a pas de CHU en Guyane, alors que les deux départements des Antilles en possèdent. Outre que sa démographie médicale est la plus faible de France, avec des disparités géographiques importantes, la Guyane souffre aussi de l'absence de certaines spécialités pour traiter des pathologies lourdes. Ainsi, alors que diabète, hypertension et maladies cardiovasculaires sont les premiers facteurs de morbidité, on compte un seul cardiologue titulaire à l'hôpital de Cayenne.

En matière d'accessibilité des soins, pour fixer en Guyane un délai d'accès au service des urgences le plus proche, il faudrait compter les heures d'avion et de pirogue !

Notre région est si peu attractive pour l'implantation de médecins qu'il faut, en milieu hospitalier, recourir dans une mesure considérable à des praticiens étrangers détenant des diplômes non européens. Cette pratique s'inscrit dans le cadre d'une ordonnance du 26 janvier 2005, dont certaines dispositions particulières s'appliquent uniquement en Guyane, et de façon très insatisfaisante.

Les problèmes d'équipement, de compétence et d'éloignement rendent à la fois nécessaire et délicate, voire contre-productive, la mise en place des groupements de coopération sanitaire ou des communautés hospitalières de territoire lorsque les établissements sont éloignés de 300 kilomètres, par exemple, ou présentent des fonctionnements et des statuts différents.

Enfin, le nombre des évacuations sanitaires, tant à l'intérieur du territoire que vers des destinations extérieures, aux Antilles ou en métropole, est particulièrement important, ce qui induit des coûts élevés, à la fois pour les patients et pour les caisses de sécurité sociale.

Cette liste de handicaps n'est pas exhaustive... Toutes ces réalités rendent sans objet, parfois illusoire, inefficaces, voire inapplicables en l'état, certaines dispositions du présent projet de loi au regard du double objectif affiché d'une rationalisation des coûts et d'une amélioration du système de soins.

Mon amendement a donc pour objet de garantir qu'une évaluation sera menée dans une perspective opérationnelle, portant aussi bien sur l'organisation sanitaire actuelle du département que sur les incidences de l'application de la loi, qui provoquera inévitablement des ondes de choc difficiles à absorber pour un système déjà si fragile.

En fait, il faut que les mesures d'adaptation nécessaires soient prises dans les meilleurs délais, qu'elles soient législatives, réglementaires ou même conventionnelles. Au-delà de toute position partisane, je le répète, nous avons la responsabilité morale et politique de veiller à ce que la situation en Guyane ne s'aggrave pas davantage. C'est pourquoi j'espère que vous adopterez cet amendement, mes chers collègues. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

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

M. Alain Milon, rapporteur. M. Antoinette souhaite que soit mené un audit approfondi de l'organisation sanitaire et du financement des établissements de santé en Guyane.

Il est exact que les départements d'outre-mer, et pas seulement la Guyane, connaissent des situations spécifiques, liées notamment à leur environnement. Le dispositif proposé peut être perçu comme un appel au Gouvernement, mais la commission considère qu'il ne relève pas du domaine de la loi. Elle ne peut donc qu'y être défavorable.

M. Alain Gournac. C'est une interpellation !

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Monsieur le sénateur, je veux vous assurer de l'attention particulière que le Gouvernement porte aux territoires ultramarins, en particulier aux spécificités de la Guyane. J'ai d'ailleurs présenté, au début de 2008, un plan « hôpital, santé, outre-mer » dont nous déclinons actuellement les différents axes selon les spécificités de chaque territoire.

Je profite de cette occasion pour répondre à M. Desessard, qui m'avait interrogée sur le dispensaire de Twenké.

Lors d'une visite en Guyane, j'ai pu constater le mauvais état de ce dispensaire. Des décisions s'imposaient. Dans un premier temps, il a été déménagé dans un meilleur carbet. L'agence régionale de l'hospitalisation a programmé la rénovation complète du dispensaire de Twenké. Une ultime réunion, qui se tiendra par visioconférence le 11 juin prochain, permettra d'achever d'en définir les modalités.

Monsieur Desessard, le dispensaire de Twenké sera donc reconstruit et les soins pourront être prodigués dans des conditions décentes, comme vous le souhaitiez et conformément à ce que j'avais annoncé.

M. le président. La parole est à M. Jean-Étienne Antoinette, pour explication de vote.

M. Jean-Étienne Antoinette. Madame la ministre, monsieur le rapporteur, mon amendement ne mange pourtant pas de pain, si je puis dire ! Il s'agit simplement d'étudier la mise en place d'un dispositif particulier pour tenir compte de la situation spécifique de certaines régions. Comme cela a été rappelé, il y a « des » outre-mer. La situation sanitaire de la Guyane, très différente de celle des autres régions ultramarines et marquée par un important retard, justifie qu'une réponse législative soit mise en œuvre.

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

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

M. Jean Desessard. Je remercie Mme la ministre d'avoir répondu, et ce positivement, à une demande que je lui avais adressée à propos du dispensaire de Twenké, dont elle a pu constater l'état déplorable.

Toutefois, madame la ministre, la clairvoyance dont vous avez su faire preuve sur cette question aurait dû valoir pour l'ensemble du territoire de la Guyane. M. le rapporteur ayant déclaré en substance que, pour rester cohérent, il fallait se répéter, je n'hésiterai pas à reprendre certains des arguments développés par mon collègue sénateur de la Guyane.

Il existe, c'est indéniable, une spécificité guyanaise. Vous le savez mieux que personne, madame la ministre, puisque vous avez sillonné la Guyane. Vous vous êtes rendue à Twenké en pirogue et avez donc pu constater, à cette occasion, les difficultés que l'on rencontre pour se déplacer dans ce territoire.

Comme l'a souligné M. Antoinette, la Guyane attire si peu les médecins que le secteur hospitalier doit recourir largement à des praticiens étrangers détenant des diplômes non européens, en vertu d'une ordonnance dont certaines dispositions particulières ne sont appliquées qu'en Guyane.

Par ailleurs, des problèmes d'équipement, de compétence, d'éloignement rendent à la fois nécessaire et délicate la mise en place des groupements sanitaires ou des communautés hospitalières de territoire.

Les évacuations sanitaires, tant à l'intérieur du territoire que vers des destinations extérieures, aux Antilles ou en métropole, sont particulièrement nombreuses, du fait des insuffisances de l'offre locale, ce qui induit des coûts importants.

Il subsiste des problématiques transfrontalières non réglées à ce jour dans le cadre de la coopération sanitaire, alors même que certaines situations peuvent avoir de fortes incidences sur les schémas et plans régionaux d'offre et d'organisation de soins.

On le sait, les problèmes sont plus aigus en Guyane qu'ailleurs. Or notre collègue demande simplement qu'un audit soit réalisé pour évaluer l'impact de l'application de la loi dans un territoire dont tout le monde reconnaît la spécificité. Comment est-il possible de le lui refuser ? Madame la ministre, monsieur le rapporteur, comment rejeter un tel amendement ? Franchement, notre collègue ne demande pas grand-chose !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1129 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article additionnel après l'article 33 (précédemment réservé)

M. le président. L'amendement n° 695 rectifié, présenté par MM. Lise, Gillot, Antoinette, S. Larcher, Patient, Tuheiyava et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à M. Jacques Gillot.

M. Jacques Gillot. Le projet de loi soumis à notre examen a pour objet de moderniser notre système de santé pour assurer une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire, mais aussi et surtout une plus grande accessibilité des soins pour tous.

Outre-mer, cet objectif ne peut qu'être partagé lorsque l'on connaît les contraintes auxquelles doivent faire face les établissements de soins pour offrir aux populations concernées une offre de soins de qualité et sécurisée.

En effet, si ces établissements s'inscrivent dans le droit commun et fonctionnent sur le même mode organisationnel que ceux de l'Hexagone, ils sont en butte à des réalités particulières : une importante proportion de personnes en situation précaire, venant notamment de pays voisins ne disposant pas des plateaux techniques indispensables dans certains domaines, l'éloignement par rapport aux autres structures sanitaires de l'Hexagone, l'existence de surcoûts d'approvisionnement liés aux frais de transport, des risques naturels, une situation sanitaire particulière ou encore la prévalence d'un certain nombre de maladies tropicales et émergentes.

Ces éléments propres à nos territoires ne sont pas sans conséquences financières. Nos professionnels de santé espéraient donc trouver dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires des mesures spécifiques, adaptées aux réalités singulières des DOM.

Ils sont d'aujourd'hui étonnés, voire déçus, d'autant qu'ils ont apporté leur contribution au groupe de travail national mis en place par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins en vue de l'élaboration du plan « hôpital, santé, outre-mer », que vous avez annoncé le 2 mai 2008, madame la ministre.

Ce plan devait permettre de « décliner la réforme de l'hôpital dans les départements d'outre-mer ». Aucune des propositions formulées selon les sept axes arrêtés par le groupe de travail et qui devaient contribuer à réduire la fracture sanitaire entre l'Hexagone et les départements d'outre-mer n'ont trouvé une traduction concrète dans le projet de loi qui est soumis à notre examen.

Lors de la discussion du projet de loi de finances pour 2009, le rapport du Sénat sur les crédits de la mission « Outre-mer » soulignait déjà la nécessité d'un « traitement spécifique des questions financières liées aux activités de santé outre-mer, du fait de l'éloignement, de l'isolement, de la faiblesse des bassins de population à desservir et de l'importante proportion de population en situation précaire ou irrégulière » dans nos collectivités. Il mentionnait la nécessité d'actualiser « le calcul du coefficient géographique applicable aux tarifs de prestation et de contribuer à la solution des problèmes de créances irrécouvrables, dont la somme, pour les DOM, représente 21 % du montant constaté pour la France entière ».

C'est d'ailleurs là une des revendications de la profession dont j'avais souhaité me faire l'écho au travers d'amendements qui n'ont pas passé le « filtre » de l'article 40 de la Constitution. De même, des amendements visant à remédier à l'absence de dispositions spécifiques à l'outre-mer, tel celui qui vient d'être défendu par M. Antoinette, ont été rejetés.

Le présent amendement tend donc à réparer cet oubli et, par voie de conséquence, à faire prendre en compte la situation difficile de l'hospitalisation dans les départements d'outre-mer. En l'occurrence, il est proposé qu'un plan santé spécifique à l'outre-mer soit défini pour permettre aux établissements de santé situés dans les départements d'outre-mer d'être en mesure d'offrir un niveau de prestations conforme aux standards du système hospitalier français et de garantir aux populations des DOM l'égalité d'accès aux soins par rapport à la métropole. (MM. Jean Desessard et Guy Fischer applaudissent.)

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

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement tend à prévoir un plan santé spécifique aux départements d'outre-mer.

Il est vrai que, dans les DOM, l'accès aux soins et l'organisation du système de santé connaissent des contraintes spécifiques. Celles-ci sont d'ores et déjà prises en compte de différentes manières, notamment par une tarification majorée et au travers des missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation, les MIGAC.

Par ailleurs, les états généraux de l'outre-mer qui se déroulent actuellement portent sur tous les sujets concernant directement la population, et la mission d'information sur la situation des DOM qui a été constituée par la Haute Assemblée devrait rendre ses conclusions au début de l'été.

Enfin, un plan « hôpital, santé, outre-mer » a été annoncé par le Gouvernement en 2008. Bien qu'il faille avancer sur ces questions, il ne paraît pas pour autant nécessaire d'inscrire dans la loi la mise en place d'un tel plan, qui relève du règlement ou d'une loi de financement de la sécurité sociale.

Pour toutes ces raisons, la commission a émis un avis de sagesse plutôt négative sur cet amendement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Afin de tenir compte des spécificités de l'outre-mer, les tarifications et les dotations aux programmes d'investissement sont majorées de manière tout à fait substantielle, voire doublées ou triplées dans certains cas.

Quant à la mise en place d'un plan « santé outre-mer », monsieur le sénateur, votre vœu est satisfait puisqu'un plan « hôpital, santé, outre-mer » a été lancé en 2008 et est mis en œuvre selon différentes modalités. J'ajoute qu'il s'agit d'une mesure d'ordre réglementaire, même si je n'ai pas voulu invoquer contre votre amendement l'irrecevabilité au titre de l'article 41 de la Constitution.

M. le président. La parole est à M. Jacques Gillot, pour explication de vote.

M. Jacques Gillot. Je souhaiterais apporter quelques précisions à la Haute Assemblée.

Madame la ministre, en novembre 2008, en réponse à une question de Mme Louis-Carabin, députée de la Guadeloupe, à propos du plan « santé outre-mer », vous avez affirmé qu'il fallait améliorer la santé publique dans les territoires ultramarins en renforçant l'offre de soins et en fidélisant les professionnels de santé, adapter le patrimoine immobilier aux spécificités de l'outre-mer, notamment le risque sismique, développer des programmes de recherche sur les risques sanitaires spécifiques, tels que la dengue et le chikungunya, améliorer la continuité territoriale, mais aussi la coopération, tant à l'échelon régional qu'avec les pays étrangers environnants, enfin harmoniser la formation des personnels médicaux et paramédicaux.

Vous avez également précisé, le même jour, que le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires devrait offrir un certain nombre d'outils de coopération entre professionnels de santé, dont la fidélisation serait ainsi mieux assurée outre-mer.

En outre, vous avez annoncé à l'Assemblée nationale, le 7 janvier dernier, que vous présenteriez ce plan « santé outre-mer » conjointement avec votre collègue M. Yves Jégo, secrétaire d'État à l'outre-mer, à la fin du mois de février. Je ne comprends donc pas pourquoi, aujourd'hui, ce plan ne figure pas dans le texte.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 695 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Articles additionnels après l'article 34 (précédemment réservés)

M. le président. L'amendement n° 1009 rectifié, présenté par MM. Vasselle, P. Blanc et Gournac, est ainsi libellé :

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

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

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

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

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

La parole est à M. Alain Vasselle.

M. Alain Vasselle. Cet amendement n'est que la reprise d'une proposition de loi qu'une cinquantaine d'entre nous avaient cosignée.

Nous proposons la mise en place d'un examen visant à mesurer l'acuité visuelle des candidats au permis de conduire. Si la conduite automobile est aujourd'hui considérée comme un acte tout à fait banal, elle n'est toutefois pas sans danger et comporte, pour soi-même et pour les autres, des risques d'accident. En termes de sécurité, elle suppose que les capacités du conducteur soient optimales et que ce dernier ait une appréhension correcte des situations rencontrées.

La vue, personne ne le contestera, est un des éléments essentiels de cette appréhension. On estime aujourd'hui à plus de 90 % la part des décisions et gestes nécessaires à la conduite d'une automobile qui dépendent de la vue du conducteur : vision de loin et champ visuel pour anticiper, vision de près pour lire le tableau de bord, vision dynamique, vision nocturne, résistance à l'éblouissement... La conduite automobile est l'une des activités les plus exigeantes pour la vue.

Pour garantir les capacités du conducteur, le code de la route requiert une acuité binoculaire supérieure à cinq dixièmes, une acuité visuelle monoculaire supérieure à un dixième si l'autre œil a une acuité inférieure à six dixièmes et un champ visuel binoculaire supérieur à 120 degrés à l'horizontale et à 60 degrés à la verticale.

Pourtant, selon l'Association nationale d'amélioration de la vue, l'ASNAV, on dénombre près de 8 millions de conducteurs qui circulent avec un défaut visuel non ou mal corrigé, 1 million d'entre eux ne satisfaisant pas aux exigences posées par le code de la route. Nous sommes donc en droit de nous interroger sur la proportion de ces conducteurs qui sont impliqués dans des accidents de la route.

Les conducteurs de véhicules légers ne sont en effet soumis à aucune visite médicale préalable à l'obtention du permis. L'article R. 221-10 du code de la route ne prévoit un tel contrôle que dans des cas particuliers fixés par arrêté.

Sur le plan européen, la législation retient le principe selon lequel « tout candidat à un permis de conduire devra subir les investigations appropriées pour s'assurer qu'il a une acuité visuelle compatible avec la conduite ». La plupart de nos voisins européens ont dans ce cadre, à des degrés divers, mis en place un examen de la vue auquel doit se soumettre le candidat. La France figure parmi les pays les moins contraignants en matière de contrôle de l'aptitude visuelle à la conduite automobile. Si le comité interministériel de la sécurité routière a arrêté, en 2003, le principe d'un examen visuel systématique des candidats au permis et de son renouvellement tous les dix ans sur l'initiative des conducteurs, cette décision n'a toujours pas été mise en œuvre par le Gouvernement. La concrétisation de cet engagement conforterait pourtant les efforts engagés pour améliorer la sécurité sur nos routes.

Le présent amendement serait peut-être plus à sa place dans le texte relatif à la sécurité routière qui sera présenté par Mme Alliot-Marie, mais il s'agit néanmoins d'une question de santé publique. Je m'en remettrai, sur ce point, à la sagesse du Gouvernement, dans la mesure où il sera disposé à s'engager dans la voie que nous indiquons.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement soulève une vraie question, mais la commission ne voit pas le lien avec le présent projet de loi. Elle sollicite donc son retrait.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je demande moi aussi à M. Vasselle de bien vouloir retirer cet amendement, même si le problème qu'il évoque est bien réel.

On sait que 80 % des nouveaux conducteurs sont âgés de 18 à 24 ans. Les principales causes des accidents de la route sont la vitesse et la consommation d'alcool ou de drogue, et je doute que les examens demandés aient une incidence substantielle sur la prévalence des accidents de la route.

En outre, la mise en œuvre d'une telle mesure représenterait 1 million de consultations spécialisées par an, alors que nous connaissons des problèmes de démographie médicale. Les délais pour obtenir une consultation chez un ophtalmologiste s'allongeraient encore ! De plus, ces consultations ne seraient évidemment pas remboursées, ce qui entraînerait une majoration substantielle du coût du permis de conduire pour les jeunes conducteurs.

M. le président. La parole est à M. Paul Blanc, pour explication de vote.

M. Paul Blanc. Comme vous l'avez souligné, madame la ministre, la plupart des nouveaux conducteurs sont jeunes. Le problème de fond est peut-être que la médecine préventive ne joue pas suffisamment son rôle, notamment en milieu scolaire. C'est en effet souvent dans ce cadre que les insuffisances visuelles sont détectées. Cet amendement devrait sans doute être retiré, mais le sujet est très important.

M. le président. La parole est à M. Marc Laménie, pour explication de vote.

M. Marc Laménie. Sur cette question sensible, je partage la préoccupation de notre collègue Alain Vasselle, même s'il est vrai que la mesure préconisée serait difficile à mettre en œuvre.

La sécurité routière doit rester une priorité nationale et, comme l'a rappelé Mme la ministre, les accidents sont souvent liés au comportement des conducteurs, notamment à la consommation d'alcool ou de drogue.

M. le président. Monsieur Vasselle, l'amendement est-il maintenu ?

M. Alain Vasselle. Je le retire et je le représenterai lors de l'examen du texte de Mme Alliot-Marie sur la sécurité routière. Je rappelle qu'une cinquantaine d'entre nous avaient signé la proposition de loi initiale, dont M. le rapporteur...

M. le président. L'amendement n° 1009 rectifié est retiré.

L'amendement n° 1355, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

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

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

M. Guy Fischer. Monsieur le président, nous demandons une suspension de séance pour pouvoir examiner ce nouvel amendement gouvernemental ! (*Vives protestations aux bancs de la commission et du Gouvernement.*)

M. Gérard Dériot, *vice-président de la commission des affaires sociales.* Je demande la parole.

M. le président. Je vous en prie, mes chers collègues ! Cet amendement ne fait que reprendre l'amendement n° 1007 rectifié de M. Lardeux et Mme Procaccia, qui n'avait pas été soutenu.

Vous avez la parole pour le présenter, madame la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* Cet amendement, fort utile, élaboré par M. Lardeux et Mme Procaccia vise à permettre aux agents de la Mutualité sociale agricole, la MSA, qui rejoindront les ARS de continuer à bénéficier du régime de protection sociale agricole. Cette mesure, qui s'inscrit dans la droite ligne de la position défendue par M. Autain en matière de maintien des avantages des personnels transférés, devrait faire l'unanimité.

M. Alain Gournac. Il voulait une suspension de séance !

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

M. Alain Milon, *rapporteur.* Avis favorable.

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

M. François Autain. Effectivement, on ne peut désapprouver un tel amendement. J'ai défendu, il y a quelques heures, un amendement qui allait dans le même sens, concernant non pas les agents de la MSA, mais ceux de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Or cet amendement avait malheureusement reçu un avis défavorable du Gouvernement. Y aurait-il deux poids, deux mesures ?

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* Votre amendement était déjà satisfait, monsieur Autain. Ce n'était pas, de ma part, une opposition sur le fond. En revanche, les agents de la MSA avaient été oubliés.

M. Alain Gournac. Tout simplement !

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

M. Alain Vasselle. Je pense que nous gagnerions du temps si le Gouvernement déposait lui-même ses amendements, plutôt que de les faire présenter par des collègues !

M. Michel Mercier. C'est méchant !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1355.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 34.

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, sous la présidence de M. Gérard Larcher.*)

PRÉSIDENTE DE M. GÉRARD LARCHER

M. le président. La séance est reprise.

4

QUESTIONS D'ACTUALITÉ AU GOUVERNEMENT

M. le président. L'ordre du jour appelle les réponses à des questions d'actualité au Gouvernement.

Je rappelle que l'auteur de la question de même que la ou le ministre pour sa réponse disposent chacun de deux minutes trente.

CRISE DANS L'INDUSTRIE LAITIÈRE

M. le président. La parole est à M. François Fortassin.

M. François Fortassin. Ma question s'adresse à M. le ministre de l'agriculture et de la pêche.

Je profite de cette occasion pour vous dire, monsieur le ministre, combien je suis sensible à votre présence aujourd'hui devant la Haute Assemblée, présence dont je vous remercie d'autant plus qu'il semblerait que vous ayez des occupations sur d'autres fronts... (*Exclamations sur les travées de l'UMP.*)

Mais mon propos n'est pas là ! (*Sourires sur certaines travées du RDSE, ainsi que sur les travées du groupe socialiste.*)

M. Henri de Raincourt. Heureusement !

M. François Fortassin. Vous savez que sévit actuellement une crise considérable chez les producteurs laitiers.

M. Alain Vasselle. De même que chez les céréaliers !

M. François Fortassin. Cette crise se traduit, en définitive, par une grande colère et par une non moins grande détresse, que les producteurs ont manifestées la semaine dernière.

Que se passe-t-il ?

La baisse de 30 % du prix du lait est inacceptable, intolérable et même lamentable !

Mme Françoise Laborde. C'est vrai !

M. Jean-Pierre Sueur. Tout à fait !

M. François Fortassin. L'absence de solidarité entre les différents maillons de la filière a quelque chose d'indécent, voire de suicidaire. (*M. Jean-Pierre Sueur applaudit.*) Le jour où l'on aura fait disparaître les éleveurs laitiers, on ne pourra pas reconstituer la filière.

Il faut savoir que la traite, deux fois par jour, est une contrainte considérable. De la même façon, les investissements sont très lourds et il faut rappeler que, pour obtenir un élevage laitier de qualité, il faut souvent dix ans.

Voilà donc une filière d'excellence qui risque, dans les années à venir, d'être mise à mal, et ce par manque de solidarité!

M. Aymeri de Montesquiou. Eh oui!

M. François Fortassin. Lorsque l'on constate une diminution de 30 % du prix du lait qui se traduit à peine par une diminution de 3 % ou de 4 % du prix des produits laitiers, j'ai envie de dire : cherchez l'erreur!

Nous attendons donc, monsieur le ministre, que le gouvernement de la France prenne un certain nombre de mesures très fortes pour pérenniser la filière laitière.

M. Jean-Pierre Sueur. Très bien!

M. François Fortassin. Nous produisons en France l'un des meilleurs laits au monde; nous ne pouvons donc pas laisser les choses en l'état au prétexte qu'il y a des règles européennes.

Certes, nous devons respecter ces règles, mais nous devons aussi montrer quelle est l'indépendance de la France en la matière! (*Applaudissements sur les travées du RDSE et du groupe socialiste, ainsi que sur les travées de l'Union centriste et de l'UMP.*)

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Michel Barnier, ministre de l'agriculture et de la pêche. Vous n'avez pas à me remercier d'être présent, monsieur Fortassin : le Gouvernement est à la disposition du Parlement. (*Très bien! et applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

M. Charles Gautier. Les autres ne sont pas là!

M. David Assouline. Vous êtes surtout en campagne!

M. Michel Barnier, ministre. Je n'oublie pas non plus que j'ai eu l'honneur de siéger dans cette Haute Assemblée.

Puisque vous êtes le premier à m'interroger, mais que quatre autres de vos collègues m'interrogeront eux aussi sur le même sujet, j'essaierai d'organiser mes réponses de façon qu'elles se complètent, pour éviter de me répéter. J'aborderai donc progressivement les différentes dimensions de cette crise laitière.

Vous me permettrez aussi d'ajouter, monsieur Fortassin, que, quand on est ministre de l'agriculture et de la pêche, on a la charge de deux secteurs qui sont, historiquement, les deux grands politiques économiques conduites par l'Europe. Celle-ci, par conséquent, n'est jamais très loin.

M. Jean-Pierre Sueur. Vous en faites un peu trop!

M. Michel Barnier, ministre. Mesdames, messieurs les sénateurs, nous nous trouvons dans une situation de crise et de blocage. J'ai eu l'occasion de dire, et je le répète devant vous, que les prix annoncés pour la livraison du mois d'avril ne sont pas supportables pour les producteurs.

Je ne trouve pas normal que des producteurs livrent leur lait et ne connaissent le prix de leur travail qu'un mois et demi plus tard!

M. Alain Gournac. C'est vrai!

M. Michel Barnier, ministre. Face à cette situation de blocage, qu'avons-nous fait? Vous le savez bien, mesdames, messieurs les sénateurs, ce n'est pas le Gouvernement qui fixe le prix du lait.

Nous avons toutefois pris nos responsabilités, Luc Chatel et moi-même, en désignant la semaine dernière deux médiateurs, MM. Philippe de Guénin et Pierre Lepetit, pour encourager la reprise de la négociation.

J'ai appelé, au même moment, les différents acteurs de cette filière – producteurs, coopératives, industriels – à renouer le dialogue, car cela fait des mois qu'ils ne se parlent plus.

Ce matin même, nous avons de nouveau pris nos responsabilités : en accord avec le Premier ministre, j'ai adressé à l'interprofession, par l'intermédiaire du président du Centre national interprofessionnel de l'économie laitière, une proposition qui permet de bâtir un nouveau cadre de régulation.

M. Henri de Raincourt. Très bien!

M. Michel Barnier, ministre. Je pense pouvoir dire qu'à partir de ce texte, que je tiens à votre disposition, producteurs et coopératives industrielles peuvent travailler à un nouvel accord.

Pourquoi faire cette proposition aujourd'hui? Parce que, depuis le vote, en décembre 2008, d'une loi que vous avez donc vous-mêmes adoptée, mesdames, messieurs les sénateurs, les discussions sont bloquées.

Il fallait, par cette proposition visant à instaurer une nouvelle régulation, encourager l'apparition d'un nouvel état d'esprit. Je forme le vœu, monsieur Fortassin, qu'à partir de ce cadre préconisé par le Gouvernement le dialogue puisse reprendre dans les jours qui viennent, qu'il se poursuive et qu'il aboutisse.

J'espère en particulier qu'un accord sera trouvé entre les différents acteurs de cette filière si importante, sur l'établissement d'un prix juste. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste, ainsi que sur certaines travées du RDSE.*)

CRISE DANS L'INDUSTRIE LAITIÈRE

M. le président. La parole est à M. Michel Mercier.

M. Michel Mercier. Ma question s'adresse à M. le ministre de l'agriculture et de la pêche.

Mme Nicole Bricq. Et le Premier ministre?

M. Michel Mercier. Elle porte, elle aussi, sur le prix du lait. Le fait que la même question soit posée sur toutes les travées de cet hémicycle signale la gravité de la situation que connaissent aujourd'hui les producteurs de lait.

Tous les mois, la « paie du lait » – j'emploie à dessein cette expression, qui est utilisée par les intéressés eux-mêmes – apporte aux agriculteurs des ressources régulières qui leur permettent de vivre.

Donc, depuis la dernière « paie du lait », l'inquiétude et la colère s'emparent des producteurs laitiers, tant la baisse du prix du lait a été forte.

Comme vous l'avez justement souligné, monsieur le ministre, les producteurs laitiers sont tout de même les seuls qui livrent leur production en ne connaissant son prix que le quinze du mois suivant!

C'est les mettre dans une situation de dépendance qui est aujourd'hui particulièrement grave, même s'il est vrai que, depuis l'injonction de la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, la DGCCRF, la politique interprofessionnelle de détermination du prix du lait a cessé d'être. Par ailleurs, l'amendement que nous avons voté en décembre 2008 n'a pas permis d'organiser de nouvelles négociations interprofessionnelles pour fixer le prix du lait.

Cette absence de régulation pouvait probablement se justifier dans une période où le prix du lait et la consommation augmentaient. Mais, on le voit bien, pour le lait comme pour le reste, la crise économique tue la déréglementation.

On a donc besoin de retrouver un minimum de réglementation. On ne peut pas livrer l'agriculture à la déréglementation, parce qu'il s'agit de secteur d'activité particulier.

Vous venez d'annoncer des mesures, monsieur le ministre, mais nous attendons encore...

M. René-Pierre Signé. Encore un pas en avant!

M. Michel Mercier. ... que vous nous disiez jusqu'où le Gouvernement est prêt à aller pour redonner confiance aux producteurs laitiers de ce pays. (*Applaudissements sur les travées de l'Union centriste et de l'UMP, ainsi que sur certaines travées du RDSE.*)

M. Alain Vasselle. C'est le même problème pour les céréaliers!

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Michel Barnier, ministre de l'agriculture et de la pêche. Monsieur Mercier, vous m'avez souvent entendu exprimer dans cet hémicycle une conviction profonde et que j'emporterai...

Mme Nicole Bricq. Dans la tombe?

M. Michel Barnier, ministre. ... toujours avec moi: on ne peut livrer ni l'alimentation, ni l'agriculture en général – la filière laitière en particulier – à la seule loi du marché.

M. Jean-Pierre Sueur. Très bien!

M. René-Pierre Signé. C'est pourtant ça, le libéralisme!

M. Guy Fischer. Et même l'ultralibéralisme...

M. Michel Barnier, ministre. Je ne me résoudrai pas, que ce soit au niveau européen ou au niveau national, à ce que la loi du marché, qui est souvent celle du moins-disant en matière économique, sociale et environnementale, soit la règle.

Voilà pourquoi je me bats, et continuerai à le faire, en faveur d'une régulation européenne.

Voilà pourquoi, en accord avec le Premier ministre, nous avons pris la décision d'encourager, par la proposition que j'évoquais précédemment, l'émergence d'un nouveau cadre de régulation au niveau national.

Je rappelle, mesdames, messieurs les sénateurs, qu'auparavant, dans le cadre d'une interprofession, il y avait un risque juridique. Nous avons évalué ce risque au regard de la loi européenne sur la concurrence comme au regard de la loi nationale.

Le cadre que vous avez voté à l'unanimité – aussi bien au Sénat qu'à l'Assemblée nationale – donne davantage de garanties juridiques. Nous travaillons à l'intérieur de ce cadre et nous impulsions la négociation, comme nous l'avons fait avec la désignation des médiateurs et la proposition de régulation formulée ce matin. Celle-ci vise à fixer un cap pour que les prix annuels soient plus justes. À partir de ce cap, que doit déterminer le Centre national interprofessionnel de l'économie laitière, les discussions pourraient s'engager.

Il me semble que la proposition que j'ai adressée ce matin à M. Brichart, le président du CNIEL, donne à l'interprofession les moyens de construire, si du moins elle en a la volonté, une relation contractuelle durable, sur la base d'indices de prix qu'elle peut désormais élaborer.

Il reviendra aux producteurs et aux industriels de décliner, dans le cadre de contrats, les modalités de calcul du prix du lait. Naturellement, celles-ci seront propres à chaque entreprise.

Pour sécuriser les relations entre les producteurs et les industriels, il faut des engagements sur les volumes, sur les calendriers de livraison, sur les conditions de règlement – vous les avez vous-même évoquées, comme je l'avais fait tout à l'heure – et sur les modalités de renégociation ou de résiliation des contrats.

Je pense pouvoir dire, lucidement et tout en restant prudent, car cette discussion est extrêmement difficile, que notre proposition va donner de la visibilité et de la sécurité à une filière qui en a absolument besoin. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste.*)

EMPLOI ET TÉLÉTRAVAIL

M. le président. La parole est à M. Alain Anziani.

M. Alain Anziani. Ma question s'adresse à Mme la secrétaire d'État chargée de la prospective et du développement de l'économie numérique.

Lundi, M. Frédéric Lefebvre, porte-parole de l'UMP, vante les mérites du télétravail pendant les congés de maladie et les congés de maternité. (*Ah! sur les travées de l'UMP.*)

M. René-Pierre Signé. C'est une honte!

M. Alain Anziani. Mardi, à huit heures, M. Xavier Bertrand, secrétaire général de l'UMP et ancien ministre du travail, trouve que l'idée est fameuse.

Mardi, à midi, M. Jean-François Copé, président du groupe UMP à l'Assemblée nationale, reconnaît que, sur cette question, il n'a pas d'avis.

M. René-Pierre Signé. Une honte!

M. Alain Anziani. Mercredi, à quinze heures, à l'Assemblée nationale, madame la secrétaire d'État, vous précisez que le Gouvernement ne défendra pas cet amendement.

Quelle cacophonie! (*Vives exclamations sur les travées de l'UMP.*)

M. Alain Gournac. C'est affreux!

M. Alain Anziani. Quelle est la vérité de la majorité gouvernementale?

M. Alain Gournac. Et Mme Aubry? (*Rires sur les travées de l'UMP.*)

M. René-Pierre Signé. Le PS, c'est l'union!

M. Alain Anziani. Est-ce la vérité du lundi ou celle du mardi? Devrons-nous attendre la fin des élections européennes pour connaître la vérité du Gouvernement sur ce sujet?

Pourtant, qu'avez-vous à reprocher finalement au porte-parole de l'UMP? Sa proposition s'inscrit dans le droit fil de la pensée présidentielle: travailler plus pour gagner plus, y compris le dimanche...

M. René-Pierre Signé. C'est un provocateur!

M. Alain Anziani. ... travailler plus, en repoussant la durée légale du travail à soixante heures en Europe (*M. Henri de Raincourt s'exclame.*), travailler plus, sous couvert de volontariat.

Mais de quelle liberté s'agit-il? Quelle est cette liberté...

M. Alain Gournac. Liberté, égalité ...

M. Alain Anziani. ... qui consiste à renoncer à ses droits, en particulier au droit de se soigner ou d'élever ses enfants? Quelle est cette liberté qui consiste à devoir s'opposer à son employeur pour tenter de refuser le télétravail qu'il souhaite?

Mais il y a un autre sujet de scandale, monsieur le Premier ministre, madame la secrétaire d'État.

L'UNEDIC nous annonce aujourd'hui...

M. le président. Je vous prie de conclure, mon cher collègue.

M. Alain Anziani. ... que la France comptera 639 000 chômeurs de plus en 2009. (*Exclamations sur les travées de l'UMP.*) Comment, dans un tel contexte, a-t-on pu avoir l'idée de mettre les malades au travail?

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

M. Alain Anziani. Ma question est simple: qu'est-ce qui vous inquiète tant dans la proposition de M. Lefebvre? Le contenu ou le moment?

M. le président. Veuillez maintenant conclure!

M. Alain Anziani. N'avez-vous pas tremblé en vous remémorant l'épisode de la TVA sociale, lors des dernières élections législatives? (*Protestations sur les travées de l'UMP.*)

M. David Assouline. C'est la vérité!

M. Alain Anziani. Vous avez corrigé l'amendement de M. Lefebvre? Vous auriez mieux fait de réviser votre politique! (*Très bien! et applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nathalie Kosciusko-Morizet, secrétaire d'État chargée de la prospective et du développement de l'économie numérique. Monsieur le sénateur, vous m'interrogez sur un amendement qui a été déposé puis retiré par le député Frédéric Lefebvre...

M. David Assouline. Le porte-parole de l'UMP!

Mme Nathalie Kosciusko-Morizet, secrétaire d'État. ... sur la proposition de loi pour faciliter le maintien et la création d'emplois.

Cet amendement avait été rejeté par la commission des affaires sociales...

M. René-Pierre Signé. Mais approuvé par Xavier Bertrand!

Mme Nathalie Kosciusko-Morizet, secrétaire d'État. ... et, comme vous l'avez relevé, le Gouvernement avait émis un avis défavorable.

Les intentions de Frédéric Lefebvre...

M. René-Pierre Signé. Et de Xavier Bertrand!

Mme Nathalie Kosciusko-Morizet, secrétaire d'État. ... ont maintenant été clarifiées: il s'agissait de faire en sorte que le salarié garde un lien avec le monde professionnel pendant le congé de maladie et le congé de maternité et, ce faisant, d'affirmer clairement que le télétravail ne peut être que volontaire, de crainte que ne s'instaure une formule de télétravail qui, elle, ne le serait pas.

Cela dit, les arguments contre cet amendement étaient très puissants.

D'abord, sur la méthode, un tel sujet aurait dû d'abord être débattu avec les organisations syndicales.

M. Jean-Pierre Sueur. Tout à fait!

Mme Nathalie Kosciusko-Morizet, secrétaire d'État. Ensuite, sur le fond, un congé de maladie ou un congé de maternité sert à se remettre d'une maladie ou à commencer à élever un enfant.

Enfin, sur la faisabilité, il est très difficile de s'assurer que le salarié est réellement volontaire, et rien n'aurait été pire qu'un télétravail subi.

Telle est la raison pour laquelle – je le dis sans ambiguïté – l'avis du Gouvernement était, est et sera défavorable sur ce type d'amendement.

M. David Assouline. Jusqu'aux élections!

M. Guy Fischer. Jusqu'à quand?

M. René-Pierre Signé. Elle est en rupture avec l'UMP!

Mme Nathalie Kosciusko-Morizet, secrétaire d'État. Afin de mettre un terme à la polémique, j'ai proposé qu'une étude comparative puisse être réalisée avec les autres pays de l'Union européenne sur les conditions dans lesquelles les personnes en congé de maladie et les personnes en congé de maternité sont protégées contre un télétravail abusif. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste.*)

M. David Assouline. Ce n'est pas convaincant!

CRISE DANS L'INDUSTRIE LAITIÈRE

M. le président. La parole est à M. Gérard Le Cam.

M. Gérard Le Cam. Ma question s'adresse à M. le ministre de l'agriculture et de la pêche; elle concerne tout particulièrement la crise laitière qui met en péril des milliers d'exploitations agricoles et l'économie de nos régions rurales.

Aujourd'hui, tout encourage les transformateurs et la grande distribution à aller encore plus loin pour pressurer les producteurs de lait et abuser les consommateurs. La France libérale et l'Europe libérale ont soigneusement préparé ce contexte de crise et légalisé ces comportements inqualifiables.

En effet, l'Europe et l'État français ont décidé d'interdire la régulation des prix par la voie d'un accord interprofessionnel.

Ainsi, la loi de modernisation de l'économie livre les producteurs pieds et poings liés aux appétits des transformateurs et des grandes et moyennes surfaces, les GMS.

La révision de la PAC conduit à toujours plus de dérégulation, à toujours moins d'aides, le tout dans le cadre de l'OMC pour qui la loi de la jungle du commerce doit régner partout.

La suppression programmée des quotas laitiers répond aux attentes des pays européens les plus libéraux et réjouit la commissaire européenne à l'agriculture, Mme Mariann Fischer Boel, qui se contente d'expliquer la crise laitière par la crise de la consommation.

Le journal *Ouest France* vous citait mardi dernier, monsieur le ministre, et écrivait: « Il tonne aujourd'hui contre le prix insupportable du lait, mais il avalisait il y a un an la fin du système de régulation minimale des prix ».

Avec votre gouvernement, vous avez façonné et cautionné toutes ces orientations européennes et vous êtes pris à contrepied, la main dans le sac, pourrait-on dire, à quelques jours du scrutin européen, par les contraintes du traité de Lisbonne vis-à-vis de la concurrence « libre et non faussée ». (*M. Jean-Pierre Michel applaudit.*)

Quels que soient l'issue des négociations d'aujourd'hui et les indices de tendance du Centre national interprofessionnel de l'économie laitière, vous savez comme moi que rien ne sera réglé durablement.

Monsieur le ministre, mes questions sont précises.

Est-il possible, oui ou non, de garantir des prix rémunérateurs aux producteurs laitiers ?

Votre gouvernement envisage-t-il de légiférer pour prendre des mesures fiscales et commerciales coercitives s'agissant des marges des intermédiaires et, surtout, celles de la grande distribution ?

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

Il est temps de parler vrai et d'agir juste, monsieur le ministre : vous êtes attendu ! (*Applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.*)

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Michel Barnier, ministre de l'agriculture et de la pêche. Monsieur Le Cam, le Gouvernement est attendu, certes, mais encore faut-il qu'il le soit de manière sincère et sans procès d'intention ! (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

Mme Janine Rozier. Voilà !

M. Michel Barnier, ministre. Je ne peux pas vous laisser dire que la révision de la PAC, si c'est bien le bilan de santé que vous évoquez, aurait conduit à diminuer les aides, à déréguler. Ce n'est pas vrai, monsieur Le Cam.

M. René-Pierre Signé. À qui profite la crise laitière ?

M. Michel Barnier, ministre. Nous avons, durant ce bilan de santé, maintenu la totalité des outils de régulation. La preuve, c'est qu'on les utilise tous en ce moment, y compris d'ailleurs, je le dis, sans vouloir polémique, à vos collègues du groupe socialiste, des outils qu'ils voudraient supprimer – c'est ce que j'entends actuellement dans le débat européen –, comme les restitutions, qui constituent des soutiens aux exportations, ainsi que le stockage et l'intervention.

Par ailleurs, s'agissant des décisions que j'ai annoncées, même s'il existe des difficultés dans tel ou tel secteur, on a bien voulu sur toutes les travées ici me donner acte d'une plus grande justice dans la répartition des aides agricoles.

Monsieur Le Cam, les aides pour les productions animales à l'herbe seront multipliées par quatre.

M. Yvon Collin. C'est vrai !

M. Michel Barnier, ministre. Cela intéresse en partie le secteur de l'élevage laitier.

M. Alain Vasselle. Et les céréaliers ?

M. Michel Barnier, ministre. J'ai proposé également 45 millions d'euros supplémentaires pour soutenir la production laitière dans les zones de piémont et de montagne.

M. René-Pierre Signé. C'est bien !

M. Michel Barnier, ministre. Je répondrai maintenant rapidement à vos questions, monsieur Le Cam.

Premièrement, si pour vous garantir les prix signifie que le Gouvernement fixe le prix, n'ayez pas trop de nostalgie, car nous ne sommes plus dans une économie administrée, monsieur Le Cam ! (*Rires et applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

M. François Trucy. Bravo !

M. Michel Barnier, ministre. Luc Chatel et moi-même avons pris la décision de nommer des médiateurs et de proposer ce nouveau cadre de régulation.

Si vous entendez par garantir les prix le fait que l'État doit définir un cadre donnant aux agriculteurs, qui livrent aujourd'hui leur lait sans en connaître le prix, les moyens de parvenir à plus de visibilité, à plus de dignité aussi, les moyens d'être respectés et de négocier, alors, oui, je vous approuve, et c'est exactement ce que nous avons voulu faire ce matin.

Deuxièmement, sur la transparence, Luc Chatel mobilise en ce moment même ses moyens et ses services pour que nous disposions des données utiles, car ni le ministre de l'agriculture, ni Luc Chatel, ni les paysans n'ont peur de la transparence sur les prix et sur les marges. (*Exclamations sur les travées du groupe CRC-SPG.*)

Nous allons accélérer les travaux de l'observatoire. Il a travaillé sur le porc, il travaille maintenant sur les produits laitiers, il travaillera également sur les fruits et légumes. Nous verrons ensuite comment évaluer les conséquences de la loi de modernisation de l'économie.

M. le président. Je vous prie de conclure, monsieur le ministre.

M. Michel Barnier, ministre. Enfin, troisièmement, le Président de la République a mis en chantier un projet de loi de modernisation de l'agriculture sur lequel vous serez invité à travailler à la fin de l'année. Cela sera peut-être aussi l'occasion de créer de nouveaux outils, en tout cas pour la transparence. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP, ainsi que sur certaines travées de l'Union centriste.*)

SITUATION EN CORÉE

M. le président. La parole est à M. Christian Cambon. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

M. Christian Cambon. Ma question s'adresse à M. le ministre des affaires étrangères et européennes.

Dans la nuit de dimanche à lundi, la Corée du Nord a procédé à un second essai nucléaire, d'une puissance comparable à celle de la bombe de Nagasaki. Ces derniers jours, six missiles balistiques ont été tirés, le régime de Pyongyang signifiant au reste du monde qu'il était en passe de forcer la porte du club des puissances nucléaires.

Ce nouvel épisode, extrêmement inquiétant, est la suite d'une série de tensions avec son voisin, la Corée du Sud, mais aussi avec le Japon et les États-Unis.

Depuis plus de dix ans, la Corée du Nord ne cesse d'exercer un chantage sur la scène internationale et de violer le droit, notamment la résolution 1718 du Conseil de sécurité.

Cette fois-ci, une nouvelle étape a été franchie à la suite de l'adhésion de la Corée du Sud au programme d'anti-prolifération PSI. Celui-ci permet d'arraisonner des navires susceptibles de transporter des composants nécessaires à la fabrication d'armes de destruction massive.

La Corée du Nord considère cette adhésion de Séoul comme un acte de guerre et menace donc son voisin du sud de riposte militaire.

Certes, pour la première fois, cette surenchère nord-coréenne a été condamnée par toute la communauté internationale, la Chine y compris, ce qui est nouveau et ce dont nous nous réjouissons.

Néanmoins le risque d'incidents navals en mer Jaune et aux frontières des deux États est réel. Une première question se pose : quel type de sanctions le Conseil de sécurité peut-il adopter pour arrêter cette escalade, compte tenu de l'efficacité toute relative des sanctions précédentes ?

Le plus inquiétant est peut-être le risque nouveau de prolifération d'armes de destruction massive. Les Nord-Coréens, n'ayant aucune autre ressource économique, pourraient en faire un produit d'exportation dans la région.

Aussi, monsieur le ministre, quelle stratégie reste-t-il à la France et à ses alliés pour empêcher cette dérive dramatique ?

Et, puisque nous sommes à quelques jours des élections européennes, pensez-vous que l'Europe puisse avoir un rôle utile dans la résolution d'une crise qui, bien que loin de ses frontières, menace à terme la paix du monde ? (*Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste.*)

M. Alain Vasselle. Excellente question !

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Bernard Kouchner, ministre des affaires étrangères et européennes. Monsieur le sénateur, je n'ai rien à retirer et pas grand-chose à ajouter au bilan que vous venez de brosser.

M. Charles Gautier. Question suivante !

M. René-Pierre Signé. Ce n'est pas une réponse !

M. Bernard Kouchner, ministre. Vous avez presque tout dit, mais il me reste à répondre à votre question : que pouvons-nous faire ?

Il y a eu en effet cette explosion ; nous ne sommes pas sûrs qu'elle ait été comparable à celle de Nagasaki et elle n'a pas été, semble-t-il, un grand succès militaire.

Nous avons évidemment joint les pays concernés, le Japon, la Corée du Sud, les pays environnants, et nous avons très fermement protesté, mais cela ne suffit pas.

La Corée du Sud a adhéré au réseau de protection que vous avez cité, car la Corée du Nord, il est vrai, se fait livrer un certain nombre de matériels et il faut être d'une grande vigilance.

Depuis l'explosion, le Conseil de sécurité a fait une déclaration, ce n'est pas suffisant, mais, pour la première fois, monsieur le sénateur, la Chine n'a pas dit non.

Le Conseil de sécurité travaille sur une résolution qui comprendrait des sanctions ; elle sera peut-être proposée demain ou lundi. Nous comptons sur la sagesse de la Chine, mais, pour le moment, nous ne savons pas ce qui va se passer. Si cette résolution pouvait être adoptée, il s'agirait d'un pas important dans la diplomatie et dans l'attitude de fermeté qui s'impose de la part de la communauté internationale.

En la matière, mesdames, messieurs les sénateurs, rien n'est plus important que la fermeté internationale.

La résolution comprendrait donc un certain nombre de sanctions qui concerneraient les voyages individuels, les circuits bancaires et les circuits de financement, en plus de la protection maritime qui est déjà en place.

Vous me demandez si l'Europe peut y participer ? Mesdames, messieurs les sénateurs, non seulement elle peut, mais elle doit y participer, et ce quel que soit l'éloignement du pays membre par rapport à cet inquiétant théâtre de menaces, sinon d'opérations...

Vous avez raison, monsieur le sénateur, la Corée du Nord et la Corée du Sud peuvent évidemment saisir l'occasion d'un incident à la frontière, qu'il est facile de susciter, pour s'affronter très dangereusement. Il faut prendre garde à cette menace !

M. le président. Veuillez conclure, monsieur le ministre !

M. Bernard Kouchner, ministre. Outre les possibles sanctions du Conseil de sécurité des Nations unies, nous devons donc engager une réflexion sur d'éventuelles sanctions européennes. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP, ainsi que sur certaines travées de l'Union centriste.*)

CRISE DANS L'INDUSTRIE LAITIÈRE

M. le président. La parole est à M. Yannick Botrel.

M. Yannick Botrel. Ma question s'adresse à M. le ministre de l'agriculture et de la pêche.

L'ampleur de la mobilisation des producteurs témoigne suffisamment de l'inquiétude, pour ne pas dire de l'angoisse qui s'est emparée de la profession depuis l'annonce de la baisse de 30 % du revenu laitier.

La responsabilité politique du Gouvernement est lourde tant en amont, pour son manque d'anticipation de la crise, qu'en aval, car les réponses attendues ne peuvent être ni dilatoires ni différées.

Un mot – un maître mot – caractérise l'approche qui a été la vôtre depuis 2003, monsieur le ministre, dans le domaine de la production laitière : « libéralisation. »

Comme pour une autre crise, celle qui frappe la finance mondiale, on constate que la mise à mal des mécanismes de régulation – pourtant éprouvés ! – a produit des effets dévastateurs.

Les outils de gestion des marchés ont été progressivement délaissés, qu'il s'agisse des prix d'intervention, des aides au marché intérieur, voire, à certaines périodes, des restitutions à l'exportation. La loi de modernisation de l'économie, dont le titre II affichait la volonté de « mobiliser la concurrence comme nouveau levier de croissance », a introduit un autre rapport de force en défaveur des secteurs de production et de transformation,...

M. Gérard Le Cam. Très bien !

M. Yannick Botrel. ... mais au profit exclusif de la grande distribution. (*Marques d'approbation sur les travées du groupe socialiste.*)

Dans ce contexte, la fin engagée des quotas laitiers, à laquelle la France a implicitement souscrit, sonne comme une provocation à un moment où ils démontrent précisément toute leur pertinence et leur nécessité.

L'interprofession laitière, dont vous savez bien qu'elle ne joue plus aucun rôle depuis plusieurs mois, surtout après les injonctions que la DGCCRF, la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, lui a adressées voilà un an, a été livrée à elle-même à cause de votre indifférence. Il en a résulté que des partenaires ont déserté la table des discussions.

Il y a une huitaine de jours, vous avez enfin désigné des médiateurs, mais vous auriez dû vous impliquer dans ce dossier depuis deux mois au moins !

M. Roland Courteau. En effet !

M. Yannick Botrel. Tous les observateurs savaient alors que la crise était inévitable. Ce retard est coupable...

Monsieur le ministre, tous les producteurs attendent aujourd'hui vos réponses.

M. le président. Veuillez poser votre question, mon cher collègue!

M. Yannick Botrel. Quelles solutions proposez-vous aux nombreuses exploitations dont la trésorerie sera bientôt exsangue?

Quelles mesures de court terme envisagez-vous pour rétablir un prix du lait rémunérateur à la production?

Enfin, quelles mesures structurelles proposez-vous pour redonner aux producteurs laitiers des perspectives lisibles sur le plus long terme?

Monsieur le ministre, nous attendons des réponses à ces questions essentielles. *(Très bien! et applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.)*

Mme Nicole Bricq. Très bien!

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Jean-Pierre Sueur. Enfin, la réponse! *(Rires sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.)*

M. Michel Barnier, ministre de l'agriculture et de la pêche. Monsieur Botrel, votre propos n'est pas très nuancé! Il est légitime que l'opposition critique l'action gouvernementale, mais faites attention...

M. David Assouline. Des menaces?

M. Michel Barnier, ministre. Pas du tout! Je ne menace jamais personne, mais je demande à M. Botrel de faire attention à ce qu'il dit!

M. René-Pierre Signé. La parole est libre!

M. Michel Barnier, ministre. Il faut en effet de la cohérence entre ce qui est dit ici et ce que dit votre propre parti ailleurs! *(Très bien! et applaudissements sur plusieurs travées de l'UMP.)*

J'ai participé, voilà quinze jours, à un débat avec M. Harlem Désir...

M. Josselin de Rohan. Un grand spécialiste des questions laitières!

M. Michel Barnier, ministre. ... retransmis sur Public Sénat. Or ce membre éminent du parti socialiste qui s'est engagé, comme d'autres, dans la campagne pour les élections européennes, a indiqué vouloir supprimer les restitutions à l'exportation, alors que vous venez justement de dire que vous y êtes favorable! *(Rires sur les travées de l'UMP.)*

Un peu de logique!

M. François Autain. C'est la diversité! *(Sourires.)*

M. Laurent Béteille. Cacophonie!

M. Alain Gournac. Oui, vraiment, quelle cacophonie!

M. Michel Barnier, ministre. Moi, je suis prêt à engager tous les débats, et ce de la manière la plus transparente et la plus sincère.

C'est lorsque Jean Glavany était ministre de l'agriculture qu'il a été décidé pour la première fois de supprimer les quotas laitiers. Pour être tout à fait honnête avec vous, je dois préciser que le gouvernement auquel il appartenait s'y était alors opposé, mais il n'avait pas réussi à convaincre les autres partenaires européens. Les quotas devaient donc être supprimés à terme.

M. Jacques Mahéas. Un couac!

M. Michel Barnier, ministre. Sous le gouvernement de M. Raffarin, Hervé Gaymard a obtenu le report de cette suppression jusqu'en 2014. Aujourd'hui, une majorité qualifiée au sein du conseil des ministres s'est exprimée pour maintenir cette suppression.

Tel est le cadre dans lequel nous travaillons. Je vous rappelle que nous ne sommes pas seuls, monsieur Botrel, il nous faut convaincre!

Pour répondre précisément à votre question, je vous assure que je ne me résoudrai jamais, quelle que soit ma fonction, à supprimer le système de maîtrise de la production laitière. Comme je l'ai indiqué tout à l'heure à M. Fortassin, si ce système n'est plus valable, remplaçons-le par un autre. Mais on ne peut laisser l'alimentation en général, et la production laitière en particulier, soumise à la seule loi du marché.

Pour ma part, je le répète, je suis favorable à un système de régulation.

M. Henri de Raincourt. On l'a toujours dit!

M. Michel Barnier, ministre. Certes, vous pouvez estimer que ce n'est suffisant, mais telle est notre position!

M. le président. Veuillez conclure, monsieur le ministre!

M. Michel Barnier, ministre. Aussi ai-je adressé ce matin une lettre à l'interprofession pour lui proposer un nouveau système de régulation.

Le rôle de l'interprofession doit être conforté au-delà même de l'amendement gouvernemental qui a été adopté à l'unanimité par le Sénat au mois de décembre dernier. *(Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste, ainsi que sur certaines travées du RDSE.)*

CRISE DANS L'INDUSTRIE LAITIÈRE

M. le président. La parole est à M. Gérard Bailly. *(Applaudissements sur les travées de l'UMP.)*

M. Gérard Bailly. Ma question s'adresse à M. le ministre de l'agriculture et de la pêche.

Je suis le cinquième sénateur à intervenir sur la crise laitière, ce qui témoigne de la gravité de la question.

Les producteurs de lait traversent une crise sans précédent et ont exprimé ces jours derniers leur désespérance. Ils ne pourront pas accepter davantage une décision unilatérale du secteur industriel laitier, qui a fixé leur rémunération à un niveau inférieur de 30 % à ce qu'il était auparavant, et ce sans que le consommateur puisse en constater le moindre effet sur les prix.

Monsieur le ministre, je viens de prendre connaissance de la lettre que vous avez envoyée aujourd'hui même au CNIEL, le Centre national interprofessionnel de l'économie laitière, pour lui demander d'élaborer des normes contractuelles sur la fixation des prix, voire des clauses de sauvegarde, ainsi que sur la rémunération des producteurs en fonction de la qualité du lait et des quantités produites.

Des mesures similaires n'avaient-elles pas suscité, l'an dernier, des remontrances de la DGCCRF, ce qui nous a conduits à la situation actuelle? Jusqu'où peut donc aller la contractualisation? Nous avons besoin d'éclaircissements à ce sujet.

Les producteurs laitiers souhaiteraient savoir quelle organisation contractuelle a été retenue lors de la réunion du conseil des ministres de l'agriculture à laquelle vous avez participé lundi dernier, à Bruxelles. Que peuvent-ils espérer des décisions qui y ont été prises ?

Nous attendons beaucoup de l'observatoire des prix et des marges. La création en a été prévue dans la loi de modernisation de l'économie, que nous avons adoptée, mais dont la mise en œuvre tarde.

Je vous remercie d'avance, monsieur le ministre, de vos réponses, qui rassureront, je l'espère, les producteurs de lait. Comme vous le savez, ceux-ci exercent une profession exigeante – n'oublions pas qu'ils travaillent 365 jours par an ! – et pour des revenus qui ne font envie à personne ! *(Applaudissements sur les travées de l'UMP, ainsi que sur certaines travées de l'Union centriste.)*

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. René-Pierre Signé. Il lui reste encore des arguments ?

M. Jean-Pierre Sueur. Cinquième réponse !

M. Michel Barnier, ministre de l'agriculture et de la pêche. Je remercie l'ensemble des sénateurs, dans leur diversité, de l'attention constante qu'ils portent à l'économie agricole en général et, aujourd'hui, à l'économie laitière en particulier.

Je compléterai mes réponses antérieures par des données chiffrées.

Tout à l'heure, M. Le Cam a parlé d'un contrat « gagnant-gagnant » entre consommateurs et producteurs. Je tiens à rappeler que les prix agricoles ont été divisés par deux depuis quarante ans – sous les gouvernements de gauche et de droite qui se sont succédé –, alors que les prix des produits alimentaires n'ont cessé de progresser. Il n'existe donc vraiment pas en l'espèce de contrat « gagnant-gagnant ».

Voilà pourquoi, monsieur Bailly, vous avez raison d'exiger, à l'instar d'autres de vos collègues, la transparence.

Aussi avons-nous décidé de donner un coup d'accélérateur à la mise en place de l'observatoire des prix et des marges. Dans le même sens, Luc Chatel va mobiliser ses services pour obtenir des entreprises de la grande distribution qui ne voudraient pas coopérer les données nécessaires afin de connaître la vérité sur les prix et sur les marges.

M. Jean Bizet. Très bien !

M. Michel Barnier, ministre. Si nous ne parvenons pas à les obtenir spontanément, nous irons chercher ces données sur place !

Je conclurai cette série de réponses en vous disant quelques mots du débat qui a eu lieu lundi dernier, à Bruxelles, lors du conseil des ministres de l'agriculture, car cette question a été abordée dans toute sa dimension européenne, la crise étant générale sur le marché unique.

La Commission européenne a décidé de soutenir la filière laitière en autorisant le recours à tous les outils d'intervention existants au-delà du mois d'août, la plupart d'entre eux arrivant à échéance à cette date, et ce aussi longtemps que l'exigera le marché.

Nous avons également obtenu la possibilité de verser par anticipation, au 16 octobre prochain, 70 % des aides agricoles, possibilité que le Premier ministre a décidé d'utiliser, en vue d'améliorer un mois et demi plus tôt la trésorerie de tous les éleveurs.

En outre, dans le cadre du bilan de santé de la politique agricole commune, et je souhaiterais que l'on m'en donne acte, nous avons obtenu, grâce notamment au dialogue franco-allemand, deux rendez-vous qui n'étaient pas prévus au calendrier européen, en 2010 et en 2012, pour dresser le bilan du marché laitier, dont on sait fort bien qu'il est volatil et très fragile.

Avec ma collègue allemande et mon collègue autrichien, nous avons demandé à la Commission européenne d'anticiper la préparation de ces rendez-vous, afin de dresser, de manière très ouverte, un bilan exact de l'économie laitière en Europe.

À mes yeux, aucune question n'est taboue, et surtout pas celle du maintien éventuel, au-delà de 2014, d'un système de maîtrise de la production laitière, qu'il s'agisse des quotas ou d'un autre dispositif. *(Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste.- M. Jean-Pierre Michel applaudit également.)*

RÉPARATION DES CONSÉQUENCES SANITAIRES DES ESSAIS NUCLÉAIRES FRANÇAIS

M. le président. La parole est à M. Richard Tuheiava.

M. Richard Tuheiava. Ma question s'adresse à M. le secrétaire d'État à la défense et aux anciens combattants.

Je dois vous dire la consternation d'une grande majorité des élus ainsi que des membres du gouvernement polynésiens, face au projet de loi d'indemnisation des victimes des essais nucléaires au Sahara et en Polynésie, texte sur lequel ils n'ont eu à donner qu'un simple avis.

Après plus de trente ans de mensonges politiques sur l'innocuité des essais nucléaires et d'ignorance organisée à l'égard des élus polynésiens et des populations locales, le temps est venu de dire la vérité.

M. Roland Courteau. Oui !

M. Richard Tuheiava. Pour la première fois depuis le 6 février 1964, soit quarante-cinq ans après, l'État français demande enfin un avis aux élus polynésiens sur les conséquences des essais nucléaires !

Vous comprendrez aisément le bien-fondé de leurs exigences au moment même où vous vous apprêtez à présenter un tel projet de loi, sur lequel vous leur demandez de signer un véritable chèque en blanc.

En effet, le texte que vous proposez renvoie de manière discrétionnaire au décret d'application sur des questions aussi essentielles que la liste des maladies radio-induites indemnifiables ou encore la délimitation des zones géographiques concernées par les retombées des essais.

Comment pouvez-vous imaginer que nos malades irradiés puissent se satisfaire de cette carence, après trente années d'attente, voire de déni ?

En outre, ce texte laisse au ministère de la défense l'entière maîtrise du processus d'indemnisation. Vous ne prévoyez aucun recours juridictionnel effectif à l'encontre des décisions de rejet.

M. Bernard Frimat. Scandaleux !

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

M. Jean-Pierre Sueur. C'est le problème des archives éternellement incommunicables !

M. Richard Tuheiava. Vous êtes donc purement et simplement « juge et partie » de votre projet de loi.

Par ailleurs, ce texte fait l'impasse sur les risques environnementaux des atolls contaminés de Moruroa et Fangataufa, en Polynésie française.

Mme Christiane Hummel. La question !

M. Richard Tuheiava. Enfin, il passe également sous silence le système de prévoyance sociale polynésien, alors qu'il y a péril en la demeure. En effet, il n'est prévu aucune prise en charge des dépenses de santé antérieures et futures pour tous les malades irradiés ou leurs ayants droit. En d'autres termes, vous laissez ainsi les cotisants polynésiens assumer seuls la charge des dépenses de santé qui sont la conséquence des essais nucléaires !

M. Roland Courteau. C'est grave !

Mme Catherine Procaccia. La question !

M. Richard Tuheiava. Ma question est la suivante : quelles garanties concrètes envisagez-vous en la matière ?

Les Polynésiens n'ont subi que les conséquences néfastes des essais nucléaires sur leur santé, sur leur mode de vie traditionnel, sur leur environnement, mais aussi sur le mode de gouvernance de notre pays. Le ministre de la défense n'a pas daigné répondre aux trois lettres successives que je lui ai adressées sur tous ces points.

M. Didier Guillaume. Ce n'est pas bien !

M. René-Pierre Signé. Il ne sait pas écrire !

M. Richard Tuheiava. Nous l'avons entendu, vous souhaitez traiter avec rigueur et équité ce dossier sensible. Ces deux principes de rigueur et d'équité n'exigent-ils pas, au préalable, le respect et l'écoute des élus polynésiens, de tous les élus polynésiens ?

J'ai une seconde question. (*Exclamations ironiques sur les travées de l'UMP.*)

M. Guy Fischer. On ne plaisante pas avec ce sujet !

M. Richard Tuheiava. Quelles garanties concrètes nous donnez-vous pour que l'avis de l'Assemblée et celui du gouvernement de la Polynésie française, qui me rejoignent sur la plupart des préoccupations que je viens d'exprimer, soient effectivement pris en compte ?

Je vous remercie d'avance de vos réponses concrètes, monsieur le secrétaire d'État. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.-Mme Françoise Laborde applaudit également.*)

M. le président. La parole est à M. le secrétaire d'État.

M. Jean-Marie Bockel, secrétaire d'État à la défense et aux anciens combattants. Monsieur le sénateur, je vous ai écouté avec attention.

Convenez que le projet de loi d'indemnisation qui a été présenté hier en conseil des ministres par M. Hervé Morin constitue une avancée extrêmement importante.

Vous avez manifesté certaines inquiétudes, et je vais tenter de les apaiser au moins sur deux points.

Permettez-moi tout d'abord de rappeler sur qui pèsera en la matière la charge de la preuve. À partir du moment où une personne qui déclarera avoir été présente au moment des essais, avoir été irradiée, en subir les conséquences sur sa santé, formulera une demande d'indemnisation - elle-même ou ses ayants droit si, malheureusement, cette personne n'est plus -, ce sera à l'État d'apporter, le cas échéant, la preuve contraire, la preuve de l'absence de lien de causalité.

C'est une première garantie importante.

Mme Nicole Bricq. Quarante ans après

M. Jean-Marie Bockel, secrétaire d'État. Ensuite, sur le « chèque en blanc », pour reprendre votre propre expression, je nuancerai votre propos, car le comité chargé des indemnités, qui sera présidé par un magistrat et composé de médecins et de spécialistes, offre toutes les garanties.

J'ajoute qu'il est dès à présent prévu une enveloppe de 10 millions d'euros. Bien sûr, elle ne sera pas suffisante dans la durée, mais elle sera abondée au fur et à mesure du dépôt des dossiers.

Par conséquent, cette façon de procéder n'a rien d'un chèque en blanc. Il s'agit plutôt d'une démarche volontariste et très concrète.

S'agissant de la définition par décret de la zone géographique, elle devra être extrêmement précise, afin que tous les territoires concernés par des retombées puissent naturellement être inclus.

Ce projet de loi ne sort pas tout ficelé de cartons de technocrates. Un travail approfondi a été effectué pendant six mois avec les parlementaires. Nous avons également été à l'écoute - nous le sommes toujours - des élus de l'Assemblée de la Polynésie française et de l'exécutif.

M. Hervé Morin a reçu hier encore le président de cette assemblée qui avait été consulté en amont. Lors de cet entretien, le ministre de la défense a précisé, je le répète ici publiquement, que le remboursement des sommes versées par la Caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française sera étudié en fonction des données fournies par cet organisme. Il sera donc bien évidemment pris en considération.

M. René-Pierre Signé. C'est bien !

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

M. Jean-Marie Bockel, secrétaire d'État. Nous aurons l'occasion de débattre encore, notamment sur les autres retombées environnementales, car il est impossible de tout prévoir dans ce projet de loi. Un texte qui chercherait à englober tous les sujets irait, à mon avis, à l'encontre de son objectif.

M. le président. Veuillez conclure, monsieur le secrétaire d'État !

M. Jean-Marie Bockel, secrétaire d'État. Je conclus, monsieur le président.

Monsieur le sénateur, pour bien montrer qu'il s'agit de dispositions concrètes, j'ajoute que le ministère de la défense a consacré des moyens, c'est bien normal, à d'importants travaux de réhabilitation des sites et des atolls. Je crois savoir que les premiers travaux ont déjà été exécutés, et cela à la satisfaction générale.

En conclusion, un important travail a été fait et c'est, je crois, une nouveauté.

M. le président. Il faut conclure, monsieur le secrétaire d'État !

M. Jean-Marie Bockel, secrétaire d'État. Monsieur le sénateur, sachez que le dialogue va se poursuivre sur les points que vous avez évoqués. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste.*)

LES VIOLENCES À L'ÉCOLE

M. le président. La parole est à M. Alain Dufaut. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

M. Alain Dufaut. Monsieur le président, monsieur le Premier ministre, mesdames, messieurs les membres du Gouvernement, mes chers collègues, ma question s'adressait à M. le ministre de l'éducation nationale.

Ces derniers jours, différentes affaires de violence dues à l'introduction d'armes dans l'enceinte d'établissements scolaires ont fait la une de l'actualité.

Concours de circonstances ou évolution bien dommageable d'une société dont les repères se fissurent et où la violence tient lieu de viatique à des enfants en mal de valeurs? Toujours est-il que l'école n'est plus, et depuis longtemps, ce sanctuaire où le rapport des élèves aux professeurs reposait sur le respect, l'autorité du professeur, l'autorité du maître, dont on comprenait bien qu'ils étaient là pour transmettre le savoir.

Que faut-il rechercher avant tout, si ce n'est la sécurité, celle des élèves, des professeurs, des directeurs d'établissement, dans le respect de règles simples et de bon sens?

Personnellement, je ne suis pas persuadé que l'école de la République doit devenir un lieu où l'on pratique systématiquement la fouille et où l'on installe des portiques de sécurité, ...

Mme Françoise Laborde. C'est évident!

M. Alain Dufaut. ... même si ces mesures doivent être limitées à environ 200 établissements particulièrement sensibles sur les 11 000 que compte le pays.

Toutefois, je reconnais qu'il faut impérativement réagir face à ces situations, qui sont tout à fait intolérables. À mon sens, cette réaction doit passer par une formation des enseignants adaptée à ce type de problématique et par une prise en compte de leur protection juridique. C'est fondamental! Il convient aussi de mettre en place des mesures de prévention et des sanctions, y compris en direction des parents des élèves concernés. La gravité de la situation l'impose. (*M. René-Pierre Signé proteste.*)

Le ministre a annoncé ces derniers jours des solutions envisageables. Il a organisé au ministère de l'éducation une réunion qui a débouché sur des propositions au Président de la République. Ce dernier s'est lui-même exprimé ce matin sur le sujet.

M. René-Pierre Signé. Il s'exprime sur tout!

M. Alain Dufaut. Madame la secrétaire d'État, pouvez-vous nous détailler les dispositions qui seront prises, afin que les écoles de notre pays redeviennent ce lieu privilégié où, à l'abri des violences les plus primaires de notre société, on apprend à se construire intellectuellement et humainement? (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nadine Morano, secrétaire d'État chargée de la famille. Monsieur le sénateur, je vous prie tout d'abord d'excuser l'absence de mon collègue Xavier Darcos, en déplacement à Moscou. (*Exclamations ironiques sur les travées du groupe socialiste.*)

Vous l'avez rappelé, l'école est un lieu de savoir, un lieu de vie, un lieu de liberté. La peur, les menaces et l'insécurité n'y ont pas droit de cité, qu'il s'agisse de nos enfants ou des enseignants. Les violences scolaires sont particulièrement insupportables pour nos concitoyens, surtout quand des armes sont en cause, comme ce fut le cas encore récemment.

Chaque mois, on recense une vingtaine de cas d'introduction d'armes dans les établissements scolaires. Et encore, ce chiffre ne tient compte que des armes retrouvées! Heureusement, toutes ne sont pas utilisées à des fins d'agression, mais elles contribuent à ce climat d'insécurité, ...

M. Jacques Mahéas. Voilà, le mot est lâché! En période d'élections, on ressort le thème de l'insécurité!

Mme Nadine Morano, secrétaire d'État. ... qui n'est pas propice au bon déroulement des études.

Monsieur le sénateur, vous serez sans doute satisfait d'avoir entendu le Président de la République (*Exclamations amusées sur les travées du groupe socialiste.*) annoncer ce matin qu'il souhaitait sanctuariser les établissements scolaires, ...

M. David Assouline. Depuis 2002, c'est la même chose!

Mme Nadine Morano, secrétaire d'État. ... afin de protéger les élèves et les personnels de l'éducation nationale.

M. Guy Fischer. Ce qu'il faut, ce sont des moyens pour l'école!

M. Robert Hue. Nous ne cessons de le dire!

Mme Nadine Morano, secrétaire d'État. Il a notamment annoncé que les chefs d'établissement et les conseillers principaux d'éducation seraient prochainement dotés d'une habilitation spéciale leur permettant d'ouvrir les sacs, de contrôler les affaires des élèves, et de prendre des mesures adéquates s'ils devaient, à cette occasion, trouver une arme.

Il a également annoncé que 184 établissements, parmi les plus sensibles, feraient l'objet d'un diagnostic de sécurité, à l'issue duquel seraient adoptées toutes les mesures nécessaires à la protection contre les intrusions.

M. Guy Fischer. Stigmatisation!

Mme Nadine Morano, secrétaire d'État. Par ailleurs, des équipes mobiles d'agents spécialement formés seront placées auprès des recteurs...

M. David Assouline. Il faut des pions, des surveillants!

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

M. Guy Fischer. Il faut du personnel éducatif!

Mme Nadine Morano, secrétaire d'État. ... et mises à la disposition des chefs d'établissement en cas de difficulté. (*Exclamations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. David Assouline. Mais 250 000 emplois ont été supprimés; voilà le résultat!

Mme Nadine Morano, secrétaire d'État. Enfin, M. le président de la République a annoncé que les violences commises à l'encontre des personnels de l'éducation nationale, y compris en dehors des établissements scolaires, constitueront désormais des circonstances aggravantes.

Bien que nous ayons augmenté le nombre des personnels de surveillance, il nous faut prendre des mesures supplémentaires car, pour le Gouvernement, la sécurité des enfants et du personnel enseignant est fondamentale.

Mesdames, messieurs les sénateurs, le Gouvernement est déterminé à ne pas laisser la violence et la loi du plus fort s'installer à l'école! (*Bravo! et applaudissements sur les travées de l'UMP, ainsi que sur certaines travées de l'Union centriste.*)

M. David Assouline. Paroles, paroles!

GRENELLE DES ONDES

M. le président. La parole est à M. Gérard Dériot. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

M. Gérard Dériot. Monsieur le président, monsieur le Premier ministre, mesdames, messieurs les membres du Gouvernement, mes chers collègues, ma question s'adresse à Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.

Madame la ministre, la révolution technologique que nous vivons conduit nos concitoyens à des aspirations légitimes, mais parfois contradictoires. Ainsi, le désir d'un accès le plus large possible à ces progrès techniques s'accompagne du développement de très vives inquiétudes quant à de possibles conséquences sur la santé.

Voilà quelques années, je me faisais l'écho, dans cet hémicycle, de la révolte des habitants de mon département, l'Allier, qui ne bénéficiaient pas encore de la couverture en téléphonie mobile, alors en déploiement.

Aujourd'hui, je me dois de vous faire partager tout aussi fidèlement leurs craintes et celles de l'ensemble de nos concitoyens à l'égard du téléphone mobile, des antennes relais, des bornes wi-fi et des ondes électromagnétiques.

Des reportages inquiétants ont été diffusés, des études épidémiologiques ont été conduites, des scientifiques se sont exprimés. Tout cela suscite finalement plus d'interrogations que de certitudes dans le grand public!

Nous sommes, par conséquent, très attentifs aux premiers résultats du « Grenelle des ondes », qui a réuni associations, opérateurs de téléphonie et représentants de l'État.

Madame la ministre, pouvez-vous nous détailler ses premières conclusions et nous préciser quelles mesures vous comptez prendre en la matière, notamment pour protéger de telles expositions les enfants, qui sont naturellement les plus sensibles? (*Bravo! et applaudissements sur les travées de l'UMP, ainsi que sur certaines travées de l'Union centriste.*)

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

M. le président. La parole est à Mme la ministre. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports. Monsieur le sénateur, vous vous faites très légitimement l'écho du questionnement et des inquiétudes de nos concitoyens sur ces nouvelles technologies.

C'est à la demande du Premier ministre que nous avons, mes collègues Nathalie Kosciusko-Morizet, Chantal Jouanno et moi-même, réuni cette première table ronde intitulée: « Radiofréquences, santé et environnement », appelée aussi parfois « Grenelle de la téléphonie mobile ». Cela a permis aux acteurs du secteur de dialoguer, ce qu'ils n'avaient pas encore fait.

Il en est ressorti un certain nombre de propositions très concrètes et des préconisations qui pourront d'ailleurs être prises en compte dans la future loi de transition environnementale.

Le consensus a été trouvé, d'abord, sur une information générale accessible au grand public, avec un portail internet dédié, un guide d'information très largement diffusé, une campagne d'information auprès de nos enfants, dans les écoles, pour une utilisation raisonnée de la téléphonie mobile. L'Institut national de prévention et d'éducation

pour la santé, l'INPES, va aussi développer un certain nombre de documents spécifiques pour informer le plus complètement possible nos concitoyens.

Une information plus spécifique sera diffusée au moment de l'achat des appareils, grâce à des notices très détaillées sur leur fonctionnement, leur bon usage, et aussi sur l'indice de puissance des ondes émises, appelé débit d'absorption spécifique ou DAS.

Voilà pour l'information très complète à destination du grand public.

Par ailleurs, l'usage des téléphones mobiles – mais pas la détention – sera interdit à l'école primaire. Cette mesure sera prise en collaboration avec mon collègue ministre de l'éducation nationale.

Quant aux antennes relais, les scientifiques de l'Organisation mondiale de la santé, l'OMS, considèrent qu'elles ne présentent aucun risque sanitaire. Nous avons néanmoins décidé de mener une expérimentation pour voir s'il ne serait pas possible de baisser les seuils d'exposition. Nous souhaitons aussi que le public soit mieux informé sur cette question.

Nous voulons spécifiquement prendre en charge les personnes qui se disent électrosensibles. Un protocole les concernant sera mis en place sous la direction d'équipes de l'hôpital Cochin, en partenariat avec la Direction générale de la santé.

Nous allons encore rendre plus transparents le fonctionnement et le financement de la recherche par le versement d'une redevance qui sera imposée aux opérateurs de téléphonie mobile.

Pour Nathalie Kosciusko-Morizet, Chantal Jouanno et moi-même, ce n'est que le début d'un dialogue entre les acteurs. L'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail est chargée, à ma demande, de faire le point des travaux.

Rendez-vous est donc pris dès le mois de septembre pour poursuivre ce dialogue qui, je le crois, est extrêmement fructueux et permettra de répondre au questionnement et aux inquiétudes de nos concitoyens. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste.*)

M. le président. Nous en avons terminé avec les questions d'actualité au Gouvernement.

Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux quelques instants.

La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à seize heures, est reprise à seize heures quinze, sous la présidence de M. Bernard Frimat.*)

PRÉSIDENCE DE M. BERNARD FRIMAT
vice-président

M. le président. La séance est reprise.

5

DÉPÔT D'UNE PROPOSITION DE RÉSOLUTION

M. le président. M. le président du Sénat a reçu de M. Jean-Pierre Bel et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés une proposition de résolution, présentée en application de l'article 34-1 de la Constitution, sur le rôle des services publics.

La proposition de résolution sera imprimée sous le n° 446 et distribuée.

6

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.

Dans la discussion des articles, nous en sommes parvenus au titre II, précédemment réservé.

TITRE II

(PRÉCÉDEMMENT RÉSERVÉ)

ACCÈS DE TOUS À DES SOINS DE QUALITÉ

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

M. Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, en adoptant le titre I^{er} et le titre IV du présent projet de loi, nous avons établi une nouvelle gouvernance territoriale de la santé.

L'examen du titre II nous permettra de déterminer les fins qui orientent cette nouvelle organisation. Après l'hôpital et le territoire, nous allons en effet nous pencher sur la prise en charge des patients. Ce titre traite de l'« accès de tous à des soins de qualité », objectif que nous partageons tous.

Nous allons aborder plusieurs problèmes d'importance, les soins de premier recours, la démographie médicale, la permanence des soins, les coopérations, les discriminations et la réforme de la biologie médicale.

Sur tous ces sujets, la commission des affaires sociales a cherché à trouver un équilibre entre, d'une part, la nécessité de répondre aux besoins de santé de nos concitoyens, quels que soient leur lieu de résidence et leur condition sociale et, d'autre part, la liberté des professionnels de santé, qu'il convient de respecter, car elle n'est le plus souvent que la contrepartie d'un engagement personnel fort envers leurs patients.

Certains de nos collègues estiment que la question de l'accès aux soins est d'abord d'ordre financier. Plusieurs amendements traitent donc de questions relatives aux remboursements ou aux tarifs. Ces sujets sont importants, au point,

d'ailleurs, qu'ils sont discutés chaque année lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Le texte qui nous est proposé par le Gouvernement prévoit une réforme majeure de l'organisation territoriale de notre système de santé; ses conséquences financières seront examinées à l'occasion de la discussion des projets de loi de financement de la sécurité sociale et des projets de loi de finances à venir. Il n'est donc pas opportun d'en traiter dans le présent cadre.

M. le président. L'amendement n° 700, présenté par M. Desessard, Mme Voynet, MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevê, MM. Daudigny et Daunis, Mmes Demontès et 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 :

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

La parole est à M. Jean Desessard.

M. Jean Desessard. Je serai bref.

M. Guy Fischer. Ne bradons pas le débat, mon cher collègue! (*Sourires.*)

M. Jean Desessard. Vous avez raison, je n'ai rien dit! (*Nouveaux sourires.*)

Cet amendement vise à compléter l'intitulé du titre II, qui se lirait ainsi : « Accès de tous à des soins de qualité et de proximité ».

Il aurait été assez surprenant qu'un projet de loi prévoie l'accès de tous à des soins médiocres! Cet amendement vise donc à introduire une notion supplémentaire utile, la proximité.

On entend souvent dire que, au nom de la sécurité et de la qualité des soins, il faudrait fermer les petites structures, qui ne pratiquent pas suffisamment d'actes pour être totalement fiables. Mais c'est ignorer le fait que la proximité est aussi un gage de l'accessibilité à ces établissements et, donc, une garantie de sécurité pour les usagers.

En outre, le maintien des malades dans un environnement géographique proche permet à leurs familles de leur rendre visite plus souvent. Or nul ne peut contester le rôle important du soutien moral dans l'amélioration de l'état de santé de patients qui subissent parfois des traitements particulièrement lourds ou qui sont hospitalisés pour des soins de longue durée.

C'est pourquoi la proximité doit être un objectif prioritaire, au même titre que la qualité des soins.

Je le répète, la notion de soins de proximité implique une dimension supplémentaire par rapport à celle de soins de qualité, sur laquelle nous ne pouvons que nous retrouver, car elle est évidente.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement vise à introduire la notion de proximité dans l'intitulé de cette division.

La commission des affaires sociales a marqué son attachement à la notion de proximité en précisant le contenu à l'article 14.

Elle estime néanmoins que c'est la qualité des soins qui doit primer. On peut, certes, souhaiter que tous les hôpitaux de proximité soient des hôpitaux de qualité, mais il faut également tenir compte des tailles critiques nécessaires au bon exercice des soins. Augmenter les moyens des structures existantes, comme c'est souvent demandé à la suite de défauts de prise en charge, n'est donc pas toujours – loin de là ! – la solution. Parfois, pour la sécurité des patients, il est nécessaire de fermer certains services, voire certaines structures.

Dès lors, il est préférable que le titre II ne mentionne que la qualité des soins, la proximité étant évoquée au sein de l'article 14.

La commission a donc émis un avis défavorable sur cet amendement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé et des sports*. Monsieur Desessard, je salue votre engagement constant, qui est également le mien, en faveur de la proximité.

La proximité constitue un facteur de qualité des soins dans bien des circonstances.

Toutefois, nous souhaitons promouvoir une vision plus large de cette qualité. Le texte porte globalement sur l'organisation territoriale des soins. Il comporte également d'autres éléments relatifs à la qualification professionnelle ou à la biologie médicale.

Monsieur le sénateur, nous aurons l'occasion d'évoquer de nouveau la proximité au cours de ce débat. Pour l'instant, le terme de « qualité des soins », qui l'englobe en tant que de beson, est meilleur.

C'est la raison pour laquelle le Gouvernement a également émis un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 700.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Articles additionnels avant l'article 14 (réservés jusqu'après l'article 21 nonies)

M. le président. Mes chers collègues, je vous rappelle que les amendements portant article additionnel avant l'article 14 ont été réservés jusqu'après l'article 21 *nonies*.

Article 14

(Texte modifié par la commission)

I. - Suppression maintenue par la commission

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

« *CHAPITRE* ^{FR} *BIS*

« Organisation des soins

« *Art. L. 1411-11.* - L'accès aux soins de premier recours, ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé et de l'autonomie au niveau territorial défini à l'article L. 1434-14 et conformément au schéma régional d'organisation des soins prévu à l'article L. 1434-6. Ces soins comprennent :

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

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

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

« 4° L'éducation pour la santé.

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

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

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

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

« *CHAPITRE PRÉLIMINAIRE*

« Médecin généraliste de premier recours

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

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

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

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

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

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

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

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

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

V. - Le cinquième alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale est complété par les mots suivants : « ou lorsque l'assuré consulte des médecins relevant des spécialités suivantes : gynécologie médicale, gynécologie obstétrique, ophtalmologie, psychiatrie et neuropsychiatrie sans prescription de son médecin traitant ou sans avoir choisi un médecin traitant. »

M. le président. La parole est à Bernard Cazeau, sur l'article.

M. Bernard Cazeau. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, je m'interroge sur l'intérêt et la portée de l'article 14. Entre le « dit » et le « non-dit », pourquoi redéfinir de façon détaillée la médecine générale? Le mot « générale » ne laisse-t-il pas suffisamment penser qu'il faut au contraire « donner un peu de mou » au système, d'autant que de telles précisions ne peuvent qu'exacerber un peu plus les contentieux existant parfois entre généralistes et spécialistes?

Bref, après le « médecin traitant » du parcours de soins, nous arrivons au médecin « de premier recours »! À quand, madame la ministre, le médecin aux pieds nus, comme chez les Chinois? (*Sourires.*)

Une analyse plus fine nous laisse entrevoir, derrière cette reconnaissance de la médecine générale, une certaine vision « réglementarisée » de celle-ci.

Il y a trop de choses évidentes dans la description, à l'article 14, des tâches du médecin de premier recours, pour que l'on ne soit pas tenté de penser qu'elles cachent des contraintes de toutes sortes, d'autant que l'article 26, que nous venons d'examiner, nous a décrit avec précision la toute-puissance du directeur général de l'agence régionale de santé.

La médecine est un art, disait Hippocrate, l'art d'adapter les connaissances à la réalité de situations très diverses que subissent parfois nos concitoyens. Car c'est pour eux que nous travaillons! Si cette définition reflète, aujourd'hui, une réalité, c'est bien celle de la médecine générale, par rapport aux spécialités et leurs plateaux techniques, qui prennent de plus en plus de place.

Cet article 14 est à l'image du projet de loi : on sait ce qu'il contient, mais on ne sait pas jusqu'où il peut nous conduire! (*M. Jean Desessard s'exclame.*) Des mauvaises langues ont même insinué qu'il constituait une sorte de récompense pour certains syndicats de médecins...

Pour conclure, je citerai les propos tenus par un syndicat de médecins qui vous a pourtant longtemps soutenue, madame la ministre : « Derrière l'épée de Damoclès qui est brandie au-dessus de nos têtes, c'est le moment d'entrer en résistance ».

Telles sont les raisons pour lesquelles nous sommes très réservés sur cet article.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Aux yeux de certains syndicats de médecins généralistes, l'article 14, qui est issu des travaux des États généraux de l'organisation de la santé, leur confère le monopole des soins de premier recours. On peut presque dire que c'est le contraire, puisque le texte, depuis le début, vise à prévoir non seulement que tous les médecins, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, participent aux soins de premier recours, mais aussi que tous les professionnels de santé sont concernés.

Les soins de premier recours regroupent l'ensemble des soins. Ainsi, même si l'article 14 comporte une définition des missions du médecin généraliste de premier recours, aucune spécialité, aucune profession de santé, aucune forme d'exercice ne sont exclues du premier recours.

J'émettrai donc, au nom de la commission, un avis défavorable sur les amendements tendant à énumérer certaines professions ou certains modes d'exercice pour les soins de premier recours.

Si les soins de premier recours incluent l'ensemble des soins et des professionnels et que cela n'a aucun impact sur l'assurance maladie, on peut à la limite s'interroger sur l'utilité de cet article.

Or je considère que, malgré son caractère déclaratif, il contient un apport majeur, à savoir la mention de la proximité en tant qu'élément de l'accès aux soins.

Soyons clairs : puisque les niveaux de recours de l'article 14 sont trop flous pour guider l'organisation des soins sur le territoire, c'est le schéma régional d'organisation des soins, le SROS, mis en place par l'agence régionale de santé, l'ARS, qui le fera. Or il convient de s'assurer que la réponse aux besoins de la population ne se fera pas qu'en termes de qualité, car cela pourrait se traduire par la concentration des moyens sur quelques grands équipements, sans que soit suffisamment prise en compte la possibilité physique pour la population de s'y rendre.

Pour répondre à cette inquiétude, la commission des affaires sociales a précisé que la proximité s'appréciait en termes de distance et de temps de parcours. Aller au-delà, ce serait ajouter des dispositions de principe qui nous exposeraient au risque de rendre la loi bavarde...

M. Alain Gournac. Oui, trop bavarde!

M. Alain Milon, rapporteur. ... ou d'imposer des délais opposables en matière de prise en charge, proposition malheureusement irréaliste dont nous avons déjà débattu.

M. Alain Gournac. Très bien!

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cet article, qui fixe les principes d'organisation de l'offre de soins en niveaux de recours et qui définit la médecine générale de premier recours, correspond, vous avez eu raison de le souligner, monsieur Cazeau, à une demande des professionnels de santé.

M. le rapporteur l'a rappelé à juste titre, nous avons organisé de nombreuses concertations. Ainsi, les États généraux de l'organisation de la santé nous ont permis d'entendre les différents acteurs. Cela nous permet de proposer aujourd'hui un texte novateur et utile.

Nous avons d'abord souhaité une organisation du système de santé qui parte non de l'offre de soins, mais des besoins de santé de nos concitoyens. C'était bien le moins! Jusqu'à présent, les soins de premier recours, qui constituent le maillage de notre territoire, étaient élaborés à partir de l'offre et non de la demande, ce qui posait un véritable problème.

L'accès à des soins de proximité est une priorité absolue pour nos concitoyens. J'ai dû émettre un avis défavorable sur un amendement qui visait à le rappeler, mais je souscris tout à fait au principe. Il est donc nécessaire de définir un niveau de soins de premier recours qui fera l'objet d'une organisation spécifique au niveau du SROS ambulatoire.

L'enjeu majeur de l'organisation des soins de premier recours est de garantir l'accessibilité tant géographique que financière à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire.

L'offre de soins de premier recours doit également être organisée en améliorant l'interface entre les différents professionnels de santé médicaux – généralistes et spécialistes – et les autres professionnels de santé. Elle doit aussi articuler la ville, l'hôpital et le secteur médico-social. C'est tout le sens du déclouonnement que nous avons mis en place et dont nous avons décliné les modalités au titre I^{er} et au titre IV.

Par ailleurs, les soins de second recours complètent l'offre de soins de premier recours en permettant l'accès à certaines spécialités hospitalières libérales ou à un plateau technique. Cette offre de soins est par nature plus rare. Son aménagement sur le territoire correspond donc à une réflexion spécifique complémentaire par rapport à l'offre de premier recours, définie également dans le SROS.

J'en viens maintenant à la définition du rôle particulier du médecin généraliste de premier recours et de ses missions.

Curieusement, rien ne figurait dans le code de la santé publique ! Aujourd'hui, nous ne pouvons que constater le déficit d'attractivité et de reconnaissance de cette spécialité, pourtant centrale dans l'organisation des soins de proximité.

Cette définition précise, au sein de l'activité des omnipraticiens, les missions correspondant à la prise en charge des besoins de santé de proximité de nos concitoyens. Elle servira notamment pour la formation spécifique à la médecine générale, dont la filière universitaire est en cours de développement. Nous reviendrons également sur les moyens qui lui sont consacrés.

Enfin, il convient de mener un travail de définition préalable à l'élaboration des SROS.

L'organisation de l'offre de soins de premier recours constitue un enjeu capital pour les années à venir. Les difficultés auxquelles nous nous heurtons dans ce domaine sont déjà importantes, alors que la France connaît le taux de médecins pour 100 000 habitants le plus élevé de l'OCDE. Or ce taux ne cessera de décroître de près de 20 % jusqu'en 2020. À voir les difficultés d'aujourd'hui, on imagine celles de demain !

Cette organisation géographique réfléchie et consensuelle est l'objet des SROS, qui seront définis selon les principes posés par cet article.

Ainsi créons-nous un schéma structurant, qui sera également décliné à travers d'autres articles.

Je suis persuadée que, garant de l'aménagement du territoire, notamment dans sa dimension sanitaire, le Sénat aura sur ce sujet beaucoup d'idées, comme l'a déjà démontré notre travail en commission des affaires sociales.

M. le président. L'amendement n° 68, présenté par M. Pozzo di Borgo, est ainsi libellé :

Rétablir le I de cet article dans la rédaction suivante :

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

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

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

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

La parole est à M. Yves Pozzo di Borgo.

M. Yves Pozzo di Borgo. Cet amendement est indispensable. Son adoption permettra aux établissements de santé de donner tant aux usagers qu'aux professionnels une information relative à leurs activités.

Cette information peut prendre de nombreuses formes : renseignements administratifs dans divers organes, diffusion de guides, de dépliants de présentation de l'offre de diagnostic et de soins, affiches, journées portes ouvertes, présence dans des salons professionnels, informations sur l'ouverture d'un nouvel établissement, sur l'acquisition d'un nouvel équipement, sur la possibilité de réaliser tel examen ou tel soin selon telle ou telle technique le cas échéant innovante, site internet, voire parrainage d'événements culturels et sportifs.

La réforme du financement des établissements de santé – la tarification à l'activité – et du régime des autorisations sanitaires, qui se fonde notamment sur des « objectifs quantifiés de l'offre de soins », exacerbe la concurrence entre établissements publics de santé et établissements privés. Plusieurs cas récents ont montré que certains établissements ou organismes n'hésitent pas à lancer des campagnes de publicité soit pour vanter la qualité des services qu'ils offrent, soit pour dénigrer, par des comparaisons plus ou moins hâtives, les établissements de santé concurrents.

Aujourd'hui, l'usage de la publicité est limité par des dispositions à caractère déontologique qui sont désormais codifiées au sein du code de la santé publique.

Il est important que l'information donnée par l'hôpital public sur les différents services qu'il offre aux usagers puisse être réalisée dans un cadre sécurisé juridiquement. Elle doit pouvoir être donnée non seulement sur les caractéristiques hôtelières de l'établissement, mais aussi sur le cœur de ses missions, à savoir les activités médicales. Elle doit également permettre aux patients d'exercer leur libre choix de façon avertie, sur le fondement d'indications factuelles dénuées de caractère commercial.

Les filières de soins, les établissements concourant à un parcours de soins coordonné et de qualité doivent pouvoir faire connaître leurs modes d'accès et les rendre parfaitement lisibles par les patients et leurs familles.

Je souhaite attirer l'attention sur la situation dans les villes et les grands centres urbains. Il est évident que, pour les villes moyennes de province, la communication est beaucoup plus facile. Il n'en est pas de même dans une grande ville. Ainsi, à Paris, pour ne prendre que l'exemple de cette ville dont je suis un élu, au risque d'entraîner des votes négatifs sur mon amendement, la méconnaissance du parcours de santé est très importante. Cette remarque vaut également pour toute la région parisienne.

C'est la raison pour laquelle j'attache beaucoup d'importance à ce que la commission et le Gouvernement examinent avec attention cet amendement.

Il est fréquent aujourd'hui que les établissements publics de santé dispensent volontairement une information à destination du grand public pour éviter les litiges. Je pense notamment à l'information destinée aux patients économiquement

défavorisés, qui rencontrent des difficultés dans l'accès aux soins. Il importe que les hôpitaux puissent communiquer sur leurs conditions d'accueil et les organisations médicales spécifiques qu'ils mettent en place en la matière, la permanence d'accès aux soins, nécessaire pour assurer l'accueil de tous, l'information sur les spécialités médicales, sur les soins et les techniques innovants, la prise en charge des maladies rares, etc.

Des dispositions législatives sont indispensables. C'est la raison pour laquelle j'ai déposé cet amendement, qui vise également à prévoir des sanctions pour les cas de non-respect des obligations déontologiques, lorsque l'information prend manifestement un caractère publicitaire ou déloyal.

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

M. Alain Milon, rapporteur. L'idée est intéressante.

Le 22 avril dernier, Mme la ministre a lancé la plateforme d'informations sur les établissements de santé, PLATINES, qui doit garantir la transparence de l'information sur les établissements de santé. Il n'est donc pas nécessaire de prévoir un autre cadre pour l'information des usagers.

Par ailleurs, le dispositif pénal en vigueur est déjà particulièrement large, puisqu'il vise les personnes qui participent à la réalisation ou à la diffusion de ces informations.

Pour toutes ces raisons, la commission demande le retrait de cet amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je suis très attentive aux préoccupations exprimées par M. Pozzo di Borgo. En effet, monsieur le sénateur, les malades et leurs familles doivent recevoir une information de qualité sur les établissements de santé.

M. le rapporteur vient de rappeler l'existence de la base de données PLATINES. J'ai également pris par arrêté, le 15 avril 2008, un certain nombre de dispositions relatives au livret d'accueil, qui permettront aux personnes hospitalisées et à leurs proches d'obtenir des informations sur les différents points que vous avez énumérés, monsieur le sénateur, comme sur les procédures d'évaluation, notamment le rapport de certification sur la satisfaction des usagers.

Vous souhaitez que cette information n'ait pas un caractère commercial. Vous avez raison ! Le code de déontologie médicale le prévoit d'ailleurs expressément : « La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Sont interdits tous procédés directs ou indirects de publicité... »

Peut-être le dispositif juridique est-il parfois peu opérant, mais nous disposons des outils nécessaires. C'est donc bien plus à un problème d'application que nous sommes confrontés et que nous devons remédier. Croyez que je me mobilise sur ce sujet à travers un certain nombre de dispositions visant à encadrer l'information des usagers et des professionnels de santé.

Monsieur le sénateur, votre objectif est satisfait, même s'il nous reste des progrès à accomplir dans l'observance des dispositifs en vigueur. Peut-être pourriez-vous retirer votre amendement ?

M. le président. Monsieur Pozzo di Borgo, l'amendement n° 68 est-il maintenu ?

M. Yves Pozzo di Borgo. Madame la ministre, je partage votre position sur l'aspect juridique de la question.

En revanche, le texte que nous examinons ne garantira pas une information objective, loyale et dépourvue de caractère commercial. Dans un monde de communication comme le nôtre, c'est de ce type d'informations qu'ont besoin les patients qui entrent à l'hôpital. La commission et le Gouvernement ne répondent pas à ma question : le texte est vide et n'apporte aucune solution, ce qui ne manquera pas de se traduire par une restriction supplémentaire à la communication.

J'accepte de retirer cet amendement, pour satisfaire le Gouvernement et la commission, mais la carence est bien réelle et nous en ressentirons très vite les effets !

M. le président. L'amendement n° 68 est retiré.

L'amendement n° 463, 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 :

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

et de sécurité

par les mots :

, de sécurité et d'accessibilité aux tarifs opposables

La parole est à M. François Autain.

M. François Autain. Avant de présenter cet amendement, je souhaite une nouvelle fois me réjouir de l'adoption par la Haute Assemblée d'un des amendements que nous avons déposés, qui visait à préciser que la proximité géographique s'appréciait également en termes de distance et de temps de parcours. Il s'agit là d'une précision très importante pour tous ceux qui vivent dans les territoires de montagne.

Mme Nathalie Goulet. Et dans l'Orne !

M. François Autain. Nous serons donc très attentifs à la manière dont cette disposition sera appliquée.

L'amendement n° 463 tend à préciser que l'accessibilité aux soins de premiers recours ne s'analyse pas seulement en termes de proximité géographique mais s'apprécie également en termes d'accessibilité à des tarifs opposables.

Cet amendement, dont nous avons déjà débattu sous d'autres formes, et sur lequel la commission et le Gouvernement ont toujours émis un avis défavorable, devrait pourtant être au cœur de ce titre II.

L'article 14 et l'ensemble du titre II devraient être appréciés à l'aune de la réponse que nous sommes en mesure d'apporter à la question suivante : prenons-nous toutes les dispositions nécessaires pour permettre à toutes les citoyennes et à tous les citoyens de notre pays d'accéder aux soins, notamment à la médecine de premier recours ?

Certes, l'article 14 énonce un certain nombre de grands principes, auxquels nous souscrivons ; mais ce n'est pas suffisant : il devrait de surcroît prévoir les moyens permettant de traduire ces principes dans les faits. L'amendement n° 463, s'il était adopté, donnerait une traduction concrète à ces grands principes et ferait que l'accessibilité à des soins de qualité – selon l'intitulé fort juste du titre II – ne reste pas un vœu pieux, mais devienne réalité.

Pour illustrer mes propos, mes chers collègues, je souhaite vous lire un court extrait d'un article du journal économique *La Tribune*, en date du 6 juin 2008 : « Dans un contexte de forte inquiétude des Français à l'égard de leur pouvoir d'achat, les dépassements d'honoraires des médecins, au-delà des tarifs opposables, constituent un sujet sensible. Selon les chiffres de l'assurance maladie, les dépassements d'honoraires des spécialistes entre 2004 et 2006 ont encore progressé de 5,4 % par an, en baisse toutefois par rapport à la progression de 11,6 % par an en moyenne enregistrée entre 2000 et 2004 ». On ne saurait se contenter d'une diminution du rythme de progression !

Dans le contexte économique actuel, alors que la santé est devenue la seconde inquiétude des Français après le chômage, ces dépassements sont devenus inacceptables.

Mes chers collègues, face à cette réalité, ce ne serait pas le moindre des paradoxes que, lors de l'examen de l'article 14, le premier du titre II consacré, selon son intitulé, à l'« accès de tous à des soins de qualité », nous refusions de légiférer sur ce qui constitue la première entrave à l'accès aux soins, à savoir la difficulté d'accéder à des tarifs opposables.

Votre silence, votre refus, au nom du réalisme, qui, en l'espèce, n'est qu'un habillage pour l'immobilisme et le renoncement, n'est ni compris ni accepté ; il est même insoutenable pour nos concitoyens, déjà obligés de faire des choix, d'établir des priorités, voire de renoncer à certains soins.

De surcroît, s'ajoutent à ces restrictions les franchises médicales et les contributions forfaitaires diverses qui ont été instituées régulièrement chaque année depuis 2004, malgré notre opposition.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. La gauche y a apporté sa pierre !

M. François Autain. Nous ne comprendrions pas, et les patients de notre pays ne le comprendraient pas davantage, que l'amendement n° 463 ne soit pas accepté. Afin que chacun ici – particulièrement dans les rangs de la majorité sénatoriale – soit mis devant ses responsabilités, nous demandons un scrutin public, monsieur le président.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Vous l'aurez compris, cet amendement vise à prévoir que les tarifs opposables sont une composante de l'accès aux soins de premier recours. La commission, estimant que la logique de l'article L. 1411-11 du code de la santé publique est territoriale, et non financière, émet un avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Défavorable pour les mêmes raisons que la commission.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 463.

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° 173 :

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

Le Sénat n'a pas adopté.

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

L'amendement n° 1 rectifié *ter*, présenté par MM. Biwer, Deneux, Maurey, Amoudry, Merceron et Zocchetto, est ainsi libellé :

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

Cette proximité suppose pour les schémas régionaux d'organisation des soins de tendre au respect des temps d'accès aux soins suivants pour les patients : service d'urgence : accès ou présence aux côtés du patient en vingt minutes ; médecine générale : accès en trente minutes ; maternité : accès en quarante-cinq minutes.

Cet amendement n'est pas soutenu.

L'amendement n° 701, présenté par MM. Cazeau et Le Menn, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunin, 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 :

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

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

La parole est à M. Claude Bérit-Débat.

M. Claude Bérit-Débat. Il s'agit de quantifier l'accès aux soins, qui s'apprécie désormais, comme cela a été indiqué tout à l'heure, en termes de distance et de temps.

L'amendement n° 701 tend à garantir à tout résident un accès équitable et rapide aux soins d'urgence sur l'ensemble du territoire français.

En effet, il apparaît totalement inconcevable qu'un citoyen en situation d'urgence ne puisse pas rejoindre dans les plus brefs délais un pôle d'urgence afin que lui soient dispensés les premiers soins, dont on connaît l'importance dans le processus médical. La vie d'un malade est parfois une question de minutes, vous le savez, madame la ministre.

L'organisation territoriale de l'offre de soins mise en œuvre dans le cadre des dispositions du présent projet de loi doit nous permettre de résoudre cette question essentielle. Il est invraisemblable qu'aujourd'hui, en France, certaines personnes soient coupées du cordon médical, du fait de leur localisation géographique.

Je connais bien cette situation, étant, avec mon collègue Bernard Cazeau, sénateur de la Dordogne, c'est-à-dire un département rural qui est aussi le troisième de par sa superficie. Le temps nécessaire pour couvrir une certaine distance me semble un critère essentiel.

Cet amendement a donc pour objet de permettre à toute personne résidant sur le territoire français de se trouver à moins d'un quart d'heure d'un pôle d'urgence, au plus tard au 1^{er} janvier 2011.

Profitons de la réorganisation territoriale de l'offre de soins pour mettre en œuvre cet objectif.

De plus, les rapprochements et coordinations des services d'urgence ne doivent en aucun cas compromettre cet objectif capital en matière de santé publique.

Madame la ministre, mes chers collègues, je vous invite à rendre accessible à tous l'accès à un pôle d'urgence en adoptant cet amendement.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission émet un avis défavorable.

L'amendement n° 701 tend à fixer des temps d'accès maximaux pour la prise en charge médicale. Autant la prise en compte du temps de parcours me semble légitime, autant l'inscription dans la loi de temps opposables serait irréaliste et source de contentieux.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. À de nombreuses reprises, j'ai déjà expliqué les raisons d'ordre opérationnel pour lesquelles je ne souhaitais pas émettre un avis favorable sur ce type d'amendement. Je maintiens ma position.

M. le président. La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote.

M. Bernard Cazeau. Madame la ministre, dans un rapport de l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, notre collègue député Jean Bardet avait pointé du doigt les temps de transport trop longs, notamment en cas d'accident vasculaire cérébral, la lenteur pour accéder à un établissement hospitalier constituant l'une des principales causes de mortalité. Cette remarque vaut également pour bien d'autres affections. Son travail est intéressant puisque nous apprenons que 130 000 personnes sont victimes chaque année de tels accidents.

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

M. Jean Desessard. Monsieur le rapporteur, vous avez raison, il s'agirait bien d'un droit à la santé opposable. Mais ce ne serait pas la première fois que la loi consacrerait ce type de droit, et vous auriez pu émettre un avis favorable au nom de la commission !

Rappelez-vous : nous avons institué le droit opposable au logement tout en sachant pertinemment qu'à l'heure actuelle le nombre de logements disponibles ne permet pas de satisfaire la demande. Certes, chers collègues de la majorité, vous vous y êtes pris à deux fois pour le voter, mais qui pourrait y trouver à redire, si c'est pour réussir quelque chose de bien ? (*Sourires.*)

Chers collègues de l'UMP, vous avez donc voté le droit opposable au logement. Est-il possible de le mettre en œuvre aujourd'hui en tant que tel ? Nous savons bien que ce sera difficile.

Pourquoi la gauche comme la droite ont-elles adopté ce droit opposable ? Il s'agissait de fixer un objectif et de faire pression sur l'ensemble des services administratifs, des services préfectoraux et des services de l'État pour que les uns et les autres cherchent à l'atteindre.

De la même manière, nous savons très bien que la mise en œuvre d'un droit opposable à la santé sera peu aisée. Mais nous souhaitons fixer un objectif et mobiliser toutes et tous pour l'atteindre. Tel est le sens de tout droit opposable, que ce soit au logement ou à la santé, en attendant, un jour que je souhaite proche, le droit opposable au travail.

M. le président. La parole est à M. Paul Blanc, pour explication de vote.

M. Paul Blanc. L'amendement n° 701 est totalement irréaliste.

Je veux revenir sur l'argumentation développée par M. Cazeau.

Dans son rapport, M. Bardet n'a pas évoqué un accès aux soins en un quart d'heure. Il a simplement indiqué que les accidents vasculaires cérébraux devaient être diagnostiqués dans les trois heures, afin que l'on puisse déterminer s'il s'agit d'une hémorragie ou d'un embolie, ce dernier devant être traité immédiatement. Le même rapport avait montré la nécessité que le patient soit admis aux urgences pour que soient pratiqués des examens et établi le diagnostic différentiel.

Le laps de temps d'un quart d'heure ne signifie rien. Quoi que vous fassiez, en zone de montagne, le temps de transport d'un malade entre le lieu de l'accident et le premier pôle de santé sera toujours supérieur à quinze minutes.

M. Jean Desessard. Et l'hélicoptère ?

M. Paul Blanc. On ne saurait donc parler d'un droit opposable dont nous savons d'ores et déjà que la transposition en matière de santé ne sera jamais possible.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Je voudrais juste demander à ceux qui veulent à tout prix fixer un délai quelle durée retenir comme limite. Un accident vasculaire cérébral doit en effet être traité dans les trois heures, tandis qu'un arrêt cardiaque ne laisse que trois minutes pour réagir.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ce n'est pas parce que je suis défavorable à cet amendement, en raison de l'impossibilité de mettre en œuvre la disposition qu'il vise à introduire, que je ne suis pas sensible à la question de la proximité. J'ai d'ailleurs pris des engagements très précis en la matière.

Ainsi, j'ai décidé de porter à 90 %, dans les deux ans, la proportion – qui s'élève actuellement à 80 % – de nos concitoyens qui se trouvent à moins de vingt minutes d'un service d'urgence. Nous multiplions donc les services d'urgences, structures hélicoptérées, SMUR, et c'est précisément pour renforcer tout ce qui concerne la prise en charge de l'urgence que je rénove l'hospitalisation de proximité.

J'ai ainsi présenté un très ambitieux plan portant sur l'urgence AVC, comme vous l'avez très justement souligné. Il donne des moyens supplémentaires et permet l'ouverture de nouvelles unités d'urgence neurovasculaire.

Cela ne signifie donc pas, monsieur Cazeau, que le souci de proximité n'est pas au cœur de la politique que je mène. Je veux simplement dire que le critère de temps maximum n'est pas recevable. Vous n'en avez pas moins tout à fait raison d'attirer l'attention sur les délais dans lesquels l'urgence neurovasculaire doit être prise en charge, et je m'emploie à traiter cette question.

M. le président. Monsieur Cazeau, l'amendement n° 701 est-il maintenu ?

M. Bernard Cazeau. Non, monsieur le président. Prenant note des efforts annoncés par Mme la ministre, et dans l'attente de résultats que, dans une société moderne et consommatrice de soins, j'espère rapides, je le retire.

M. le président. L'amendement n° 701 est retiré.

L'amendement n° 623 rectifié, présenté par MM. Barbier, Collin, Baylet et Charasse, Mme Escoffier, M. Fortassin, Mme Laborde et MM. Marsin, Mézard, Milhau, de Montesquiou, Plancade, Tropeano et Vall, est ainsi libellé :

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

sont organisés

insérer les mots :

en lien avec les professionnels de santé et leurs représentants

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

sont organisés

insérer les mots :

en lien avec les professionnels de santé et leurs représentants

La parole est à M. Gilbert Barbier.

M. Gilbert Barbier. Cet amendement a pour objet de préciser que les professionnels de santé et leurs représentants doivent être associés à ce plan de premier recours.

Il me paraît indispensable que ceux qui seront amenés à intervenir puissent participer à l'élaboration du plan. Je ne prétends pas qu'ils doivent imposer leurs vues. Il convient cependant de travailler avec eux pour obtenir un résultat opérationnel.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Le contenu de cet amendement, monsieur Barbier, a été débattu lors de l'examen de l'article 26 relatif aux compétences des ARS. Mme la ministre nous avait alors donné toutes les assurances sur la participation des professionnels de santé à l'organisation des soins.

La commission demande donc le retrait de l'amendement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je n'imagine pas, cher Gilbert Barbier, bâtir un système d'organisation des soins de premier recours sans le concours des professionnels de santé. Ils sont évidemment à la manœuvre à nos côtés,

avec, bien entendu, d'autres acteurs, comme les élus locaux. Nous l'avons constamment rappelé au cours du débat que nous avons eu à propos du titre IV, comme vous l'avez constaté et comme le soulignait très justement M. le rapporteur.

Les professionnels de santé seront évidemment associés à l'ARS pour l'élaboration du volet ambulatoire du SROS et ils participeront à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie comme aux conférences de territoire. Ce sont donc nos partenaires dans cet effort de définition.

C'est pourquoi, sans émettre un avis défavorable – je me situe sur la même ligne que vous –, je demande le retrait de cet amendement.

M. le président. Monsieur Barbier, l'amendement n° 623 rectifié est-il maintenu ?

M. Gilbert Barbier. Non, monsieur le président. Compte tenu des arguments de Mme la ministre et M. le rapporteur, ainsi que des votes précédemment intervenus, je le retire.

M. le président. L'amendement n° 623 rectifié est retiré.

L'amendement n° 702, 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, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

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

prévention,

insérer les mots :

l'information,

La parole est à M. Bernard Cazeau.

M. Bernard Cazeau. Cet amendement a pour objet d'insérer les mots « l'information » après le mot « prévention », car nous estimons qu'il est parfois difficile pour les patients de comprendre le jargon médical, chaque profession parlant en quelque sorte son propre patois.

Il importe qu'un médecin de premier recours puisse s'expliquer et informer le patient de manière compréhensible.

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

M. Alain Milon, rapporteur. L'information des patients dans le cadre de la relation de soin est déjà prévue par l'article L. 1111-2 du code de la santé publique. La commission n'a donc pas jugé nécessaire de la mentionner dans cet article. Elle émet par conséquent un avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. L'obligation d'information s'impose à l'ensemble des professionnels de santé depuis la loi sur l'information des patients. Il serait contre-productif de ne l'inclure qu'au niveau des soins de premier recours ; ce serait limitatif.

J'émet donc un avis nettement défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 702.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 580 rectifié, 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 :

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

patients

par le mot :

maladies

La parole est à M. François Autain.

M. François Autain. Il s'agit d'un amendement rédactionnel. Il me semble effectivement que la phrase serait plus compréhensible si l'on remplaçait les « patients » par les « maladies ».

Autant les notions de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement et de suivi des maladies sont faciles à comprendre, autant la prévention, le dépistage et le diagnostic des patients paraissent beaucoup plus difficiles à réaliser...

Évidemment, si vous estimez que « diagnostiquer un patient » est tout à fait correct, je me rangerai à votre avis, qui n'est pas purement politique, qui est aussi sémantique.

M. Jean Desessard. C'est pointu !

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

M. Alain Milon, rapporteur. D'après le *Petit Robert*, le patient est une « personne qui est l'objet d'un traitement, d'un examen médical », ce qui inclut la prévention. Il s'agit donc bien de suivre les patients, y compris pour prévenir le développement des pathologies, et non pas de ne suivre que les maladies, c'est-à-dire les altérations de la santé.

La commission émet donc un avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je rappellerai volontiers à l'auteur de l'amendement la fameuse citation que Jules Romains met dans la bouche du docteur Knock : « Les gens bien portants sont des malades qui s'ignorent. » (*Sourires.*)

Plaisanterie mise à part, l'explication sémantique donnée par M. le rapporteur est pertinente. Il vaut donc mieux utiliser le terme de patient plutôt que celui de malade.

Monsieur Autain, vous pouvez prendre en charge des patients qui ne sont pas des malades. Je pense au dépistage, par exemple, mais aussi aux femmes qui sollicitent un examen gynécologique pour obtenir une prescription de contraceptifs oraux : elles ne sont pas des malades ; elles n'en sont pas moins des patientes.

M. le président. Monsieur Autain, l'amendement n° 580 rectifié est-il maintenu ?

M. François Autain. Je n'ai absolument pas été convaincu par les arguments de Mme la ministre, mais nous n'allons pas nous battre sur un problème de sémantique !

Je retire donc l'amendement.

M. le président. L'amendement n° 580 rectifié est retiré.

L'amendement n° 464, 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. - Compléter le deuxième alinéa (1°) du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 1411-11 du code de la santé publique par les mots :

, y compris lorsque les maladies ont une origine professionnelle

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

, ainsi qu'avec les services de santé au travail

La parole est à Mme Isabelle Pasquet.

Mme Isabelle Pasquet. Au groupe CRC-SPG, nous sommes convaincus que l'un des enjeux de demain réside dans une meilleure prise en considération des besoins en santé de la population. À ce titre, nous considérons, comme nous avons déjà eu l'occasion de nous en expliquer, que la santé au travail et les maladies d'origine professionnelle doivent être pleinement intégrées aux schémas régionaux de prévention afin d'associer une pluralité d'acteurs.

De la même façon, nous préconisons une meilleure prise en compte des pathologies liées au travail par ce qu'il est convenu d'appeler la médecine de ville, ne serait-ce que pour favoriser la prise en charge médicale du patient.

En clair, nous plaçons pour un décloisonnement entre la santé et la santé au travail.

Il ne s'agit pas pour nous de minorer la place des services de santé au travail. Au contraire, nous entendons doter ces services de plus de moyens ; je vous renvoie à nos débats sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. Nous considérons toutefois que leurs connaissances et leurs expertises ont besoin d'être mieux partagées avec l'ensemble des professionnels de santé.

En effet, si le travail, qui occupe une place centrale dans notre société, ne serait-ce que par le temps que l'on y consacre, joue un rôle crucial dans la construction de la vie de nos concitoyens, il contribue également, trop souvent, à la déconstruire.

Cet amendement est d'autant plus important que l'aspect préventif du plan Santé au travail 2005-2009, particulièrement le volet relatif à la réduction des risques professionnels, manque de souffle.

Dans ce contexte, et compte tenu de l'application de la révision générale des politiques publiques aux services de santé au travail, il nous semble que l'implication des médecins de premier recours doit être facilitée. C'est pourquoi nous proposons que les soins de premier recours intègrent les pathologies résultant du travail.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La prise en charge des maladies professionnelles s'effectue dans les mêmes conditions que celle des autres maladies. Les services de santé au travail participent aux soins de premier recours comme les autres services.

Votre amendement est donc satisfait, madame la sénatrice. C'est pourquoi la commission vous demande de le retirer ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Pour les raisons données par M. le rapporteur, le Gouvernement émet un avis défavorable.

J'ai eu l'occasion d'indiquer à quel point je souhaitais que les responsables de la santé au travail soient associés à la commission de coordination pour que, dans le respect des spécificités de la médecine du travail, auxquelles les partenaires sociaux sont profondément attachés, une politique globale puisse être élaborée et que toutes les interfaces soient trouvées.

M. le président. Madame Pasquet, l'amendement n° 464 est-il maintenu ?

Mme Isabelle Pasquet. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 464 est retiré.

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

L'amendement n° 622 rectifié *bis*, présenté par MM. Collin et Baylet, Mme Escoffier, M. Fortassin, Mme Laborde et MM. Charasse, Marsin, Mézard, Milhau, Plancade, Tropeano et Vall, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le début du dernier alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 1411-11 du code de la santé publique :

« Les professionnels de santé, selon leurs compétences, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, les infirmiers et les pédiatres, ainsi que

Cet amendement n'est pas soutenu.

L'amendement n° 703, 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, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

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

sécurité sociale,

insérer les mots :

les infirmières et les infirmiers

La parole est à M. Claude Bérít-Débat.

M. Claude Bérít-Débat. Il nous semble nécessaire de structurer l'offre de soins de premier recours de façon efficace. Ces soins constituent un ensemble cohérent d'activités de prévention, mais aussi d'activités curatives et palliatives auxquelles participent les infirmières et les infirmiers, ce que néglige, à nos yeux, l'article 14.

En effet, celui-ci ne tient pas suffisamment compte de l'importance que peut aujourd'hui avoir l'infirmier libéral dans certains territoires. Est-il nécessaire d'insister sur son rôle social, tant son travail dépasse les soins purs et simples ? Les témoignages de nombre de malades abondent en ce sens : patience, chaleur humaine et proximité sont autant de caractéristiques de ce travail quotidien.

En alliant accessibilité de l'offre de soins et continuité de la prise en charge des patients, l'organisation des soins de premier recours place sur le même plan la qualité, la sécurité et la proximité, pour laquelle – nous le savons – médecins traitants et infirmières se trouvent en première ligne.

Or, seuls les médecins traitants sont explicitement mentionnés dans cet article ; c'est pourquoi cet amendement vise à y intégrer les infirmières et les infirmiers.

Un tel ajout permettrait tout à la fois d'envisager une forme de délégation des tâches dans l'organisation des soins de proximité, d'assurer une cohérence dans l'action et de répondre au problème de la répartition des professionnels de santé, qui nous occupe beaucoup.

Dans l'exercice de leur profession, les infirmières et les infirmiers ne sont pas limités à un lieu géographique précis. Les soins de premier recours relèvent pleinement de leurs compétences, puisqu'ils renvoient à des activités préventives, curatives et palliatives auxquelles ces professionnels prennent une part considérable.

C'est pourquoi, mes chers collègues, je vous invite à adopter cet amendement.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Monsieur Bérít-Débat, je voudrais vous rappeler mon intervention avant l'article 14 : je soulignais que tous les professionnels de santé délivraient des soins de premier recours et qu'il n'était donc pas nécessaire d'établir un inventaire à la Prévert, au risque d'oublier une profession et d'accréditer l'idée d'un sentiment de mépris à son endroit. N'en citer aucune, c'est au moins être sûr de n'oublier personne !

Vous faites référence au médecin traitant. Or celui-ci, aux termes de la loi, est un praticien qui a été choisi en tant que tel par un patient. Il peut être un généraliste ou exercer n'importe quelle spécialité.

Je le répète, la notion de « médecin traitant » n'a rien à voir avec l'exercice d'une profession précise ; il s'agit d'une dénomination que donne un patient à la sécurité sociale afin d'être en règle et de se voir remboursé.

La commission émet donc un avis défavorable.

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° 703.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 704, 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, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à M. Bernard Cazeau.

M. Bernard Cazeau. Monsieur le rapporteur, vous nous affirmez qu'il ne faut pas tomber dans les énumérations, mais tel est justement le propre de cet article ! Dès lors que nous faisons le choix d'énumérer, autant le faire jusqu'au bout ; nous oublierions peut-être un élément, mais l'erreur est humaine...

Pour ma part, en rédigeant cet amendement, j'ai peut-être omis quelques spécialités médicales, mais j'en ai cité beaucoup ! Ainsi, du moins, le droit à l'information du patient sera-t-il respecté : il connaîtra l'éventail des professionnels dans lequel il peut trouver – passez-moi l'expression, mes chers collègues – chaussure à son pied.

M. Jean Desessard. Ça, c'est pointu ! (*Sourires sur les travées du groupe socialiste.*)

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

M. Alain Milon, rapporteur. Défavorable !

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Avis identique !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 704.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

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

L'amendement n° 663 est présenté par M. Houpert.

L'amendement n° 850 est présenté par MM. P. Blanc et Laménie.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

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

généraliste

par le mot :

traitant

II. - En conséquence, procéder à la même substitution dans le texte proposé par le même IV pour l'intitulé du chapitre préliminaire du titre III du livre I^{er} de la quatrième partie du code de la santé publique.

L'amendement n° 663 n'est pas soutenu.

La parole est à M. Paul Blanc, pour défendre l'amendement n° 850.

M. Paul Blanc. Comme M. le rapporteur l'a indiqué tout à l'heure, le médecin traitant peut être aussi bien un spécialiste qu'un généraliste. Cet amendement vise à en tirer toutes les conséquences.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission émet un avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. L'objet de ce texte est précisément de définir le rôle et les missions du médecin généraliste, qui n'avaient jamais été précisés dans le code de la santé publique.

Comme le médecin traitant peut être un généraliste aussi bien qu'un spécialiste, nous tenons à viser, dans notre définition, le médecin généraliste de premier recours. En effet, il est important de distinguer la médecine générale de premier recours au sein de l'omnipratique, surtout à l'heure où nous créons la filière universitaire de médecine générale.

Or, comme vous l'avez d'ailleurs vous-même souligné dans votre intervention, monsieur Blanc, le médecin traitant peut aussi être un spécialiste, qui ne saurait donc être concerné par cette définition.

Dès lors que nous voulons préciser ce qu'est un médecin généraliste, ce qui n'avait jamais été fait auparavant, et que, M. le rapporteur l'a rappelé, un médecin traitant se définit non par une fonction mais par le choix réalisé par le malade, il ne doit y avoir absolument aucune confusion.

Le Gouvernement demande donc le retrait de cet amendement, faute de quoi il émettra un avis défavorable.

M. le président. Monsieur Blanc, l'amendement n° 850 est-il maintenu ?

M. Paul Blanc. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 850 est retiré.

L'amendement n° 465 rectifié, 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 deuxième alinéa (1°) du texte proposé par le IV de cet article pour l'article L. 4130-1 du code de la santé publique par une phrase ainsi rédigée :

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

La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. L'article 14 du projet de loi définit avec précision les soins de premiers recours, ainsi que la manière dont les médecins généralistes les administrent.

Il s'agit d'une définition plutôt exhaustive, qui élargit la notion de soins de premier recours au-delà du périmètre traditionnel des soins proprement dits, puisque s'y trouvent incluses, notamment, les missions de prévention, de dépistage et d'éducation à la santé. L'objectif est ambitieux, car nous savons tous que notre système de protection sociale pêche, entre autres, par la prévention.

Je le répète, nous considérons que l'évolution de ce qu'il était convenu d'appeler la « médecine généraliste » doit impliquer un changement dans les modes de rémunération des médecins qui exerceront la médecine de premier recours.

D'après un sondage réalisé par *Le Quotidien du Médecin* en mars 2008, quelque 44 % des médecins libéraux seraient aujourd'hui partisans d'une expérimentation de modes de rémunération qui ne seraient pas des rémunérations à l'acte.

Ce mouvement est par ailleurs déjà engagé dans d'autres pays européens, par exemple en Angleterre ou en Suède, où les médecins généralistes sont rémunérés non en fonction des actes qu'ils réalisent mais à raison du nombre de patients inscrits dans leur cabinet médical. Le système est alors financé sur une enveloppe globale, mais aussi grâce à des points supplémentaires attribués chaque année au cabinet médical si les objectifs de santé sont atteints, ce que signifie que mieux un praticien soigne les patients, plus il est rémunéré!

À titre indicatif, je rappelle que les médecins généralistes anglais bénéficient des rémunérations les plus élevées d'Europe...

Certes, nous ne reprenons pas à notre compte tous les aspects du modèle anglais, notamment parce que celui-ci suppose un parcours de soins très contraignant et entraîne de longues listes d'attentes, mais nous devons tout de même nous interroger!

En effet, si cet article était adopté, certaines des nouvelles missions qui lui sont confiées conduiraient le professionnel de santé à prendre des mesures en amont, afin d'éviter la survenue de maladies – nous reconnaissons que ce souci est pertinent, la prévention étant porteuse d'économies considérables, surtout réalisée à l'échelle nationale –, et donc de réduire le nombre d'actes réalisés par les médecins.

Or c'est précisément la quantité d'actes accomplis qui déterminent les revenus des médecins de premier recours.

C'est pourquoi nous considérons que cette réforme, pour être pleinement efficace, devrait s'accompagner d'une rémunération particulière, tenant compte des nouvelles missions, des nouveaux objectifs et de la réduction programmée et attendue du nombre d'actes réalisés.

En effet, si nous ne doutons pas de la déontologie des professionnels de santé, nous considérons qu'il appartient au législateur de prendre toutes les mesures nécessaires pour associer pleinement les principaux acteurs de cette réforme, à savoir les médecins généralistes.

À travers cet amendement, nous proposons un mode de rémunération complémentaire, qui ne pénalise pas le médecin effectuant ces missions. Il convient également de favoriser des formes d'organisation collective pluri-professionnelles, qui se développent d'ailleurs déjà : les maisons de santé pluridisciplinaires ou les centres de santé, notamment, constituent les embryons d'une médecine généraliste porteuse d'une vision plus globale du patient.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La logique de l'article 14 est territoriale et fonctionnelle, et non financière. Les modes de financement sont prévus par d'autres dispositions du projet de loi, et leur mise en œuvre sera probablement clarifiée par un amendement portant article additionnel après l'article 14 *quater* que présentera M. Jean-Marc Juillard.

La commission demande donc le retrait de cet amendement,...

M. Jean Desessard. Ou son report !

M. Alain Milon, rapporteur. ... faute de quoi elle émettra un avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Monsieur Fischer, je souhaite vous indiquer mon attachement au développement des modes de rémunération alternatifs.

En effet, un certain nombre de politiques de santé publique, qu'elles soient de prévention, d'éducation à la santé ou d'éducation thérapeutique, ne peuvent être menées dans le cadre des modes de rémunération à l'acte.

Je note d'ailleurs une très grande appétence des médecins de la nouvelle génération pour ces modes de rémunération alternatifs. C'est peut-être un peu moins le cas chez les praticiens les plus anciens, mais des progrès sont constatés.

C'est pourquoi, à travers la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, j'avais prévu que des expérimentations pourraient être menées, du 1^{er} janvier 2008 au 1^{er} janvier 2013, sur de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé ou de financement des centres et des maisons de santé, auxquels nous sommes très attachés.

Si vous me le permettez, mesdames, messieurs les sénateurs, je voudrais profiter de la discussion de cet amendement pour faire le point, de façon aussi exhaustive que possible, sur ce qui a été réalisé.

Ces expérimentations ont commencé sur la base d'un appel à projets lancé par les missions régionales de santé, les MRS, auprès des professionnels de santé répondant à des critères qui ont été détaillés dans un cahier des charges.

Un comité de pilotage associe le ministère de la santé, le haut-commissariat aux solidarités actives, les caisses d'assurance maladie, l'UNOCAM, c'est-à-dire l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie, les représentants des professionnels libéraux de l'UNPS, l'Union nationale des professionnels de santé, ainsi que des centres de santé, enfin des personnalités qualifiées, en particulier des représentants des hôpitaux locaux et des économistes. Il a retenu six MRS, celle de la région d'Île-de-France et celles des régions Bourgogne, Franche-Comté, Rhône-Alpes, Bretagne et Lorraine. Ces expérimentations concernent dix-huit maisons de santé, vingt et un centres de santé, trois pôles de santé et un réseau de santé.

Les MRS sont en train de rencontrer les responsables des sites afin de déterminer avec eux le modèle économique qu'ils souhaitent expérimenter. Les organismes complémentaires sont également sollicités pour participer au financement.

Le premier module, qui a été proposé par la Direction de la sécurité sociale, devrait être mis en œuvre dès le troisième trimestre de 2009. Il consiste dans le versement d'un forfait pour l'activité coordonnée permettant de pérenniser les financements actuels, mais uniquement dans la mesure où des objectifs de santé publique et d'efficience sont atteints.

Il s'agit donc d'expérimenter la formule que vous souhaitez promouvoir à travers votre amendement, monsieur Fischer.

Quant au module sur l'éducation thérapeutique, il devrait être disponible dans les mêmes délais.

Voilà pour la première phase de l'expérimentation, qui est en cours.

Dans un deuxième temps, plusieurs autres modes de rémunération à expérimenter seront proposés aux six MRS sélectionnées et pourront être intégrés en cours d'année, en fonction d'ailleurs des attentes des responsables des sites et des

professionnels concernés. Il s'agira, par exemple, de la gestion des sorties d'hospitalisation ou des coopérations entre professionnels.

Dans un troisième temps, sera proposée l'expérimentation de forfaits à la pathologie, qui avait d'ailleurs été demandée par le Président de la République ; il s'agit également d'une voie très intéressante de rémunération alternative.

Mesdames, messieurs les sénateurs, vous aurez constaté que je fais preuve d'un très grand volontarisme en la matière, car il s'agit, à mes yeux, d'une piste extrêmement prometteuse.

Monsieur Fischer, soyez assuré de ma détermination sur ce sujet. Au bénéfice de ces explications, peut-être un peu longues, mais que j'ai souhaitées complètes, je vous prie de bien vouloir retirer votre amendement ; je l'ai d'ailleurs déjà largement satisfait dans la réalité.

M. le président. Monsieur Fischer, l'amendement est-il maintenu ?

M. Guy Fischer. Je vais le retirer, non sans avoir remercié Mme la ministre de nous avoir répondu si complètement et si longuement à l'occasion de la discussion d'un amendement auquel, il est vrai, notre groupe était très attaché.

J'ai moi aussi mené une expérimentation, dans ma ville, en collaboration avec certains médecins, notamment pour le traitement des affections de longue durée : on s'aperçoit que le traitement des personnes âgées ou atteintes de maladies chroniques se résume souvent à une brève consultation et à une ordonnance reproduite à l'identique pendant des années.

Or les quartiers populaires, les grands ensembles, connaissent aujourd'hui, et de plus en plus, de graves problèmes d'accès aux soins et de qualité des soins. Pour avoir travaillé avec des syndicats de médecins, je sais que la demande est pressante et que l'on doit agir.

En vous renouvelant mes remerciements, madame la ministre, je retire l'amendement.

M. le président. L'amendement n° 465 rectifié est retiré.

L'amendement n° 706 rectifié, présenté par MM. Cazeau et Le Menn, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Dauris, 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 :

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

informer,

La parole est à M. Bernard Cazeau.

M. Bernard Cazeau. Monsieur le président, cet amendement comporte une erreur de rédaction : notre souhait était en effet d'inscrire « orienter et informer », et non pas de remplacer l'un par l'autre.

Par ailleurs, s'agissant de l'information, nous avons déjà obtenu des explications.

Je retire donc cet amendement.

M. le président. L'amendement n° 706 rectifié est retiré.

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

L'amendement n° 198, présenté par MM. Leclerc, Dériot, P. Blanc, Vasselle, Laménie et Barbier, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à M. Dominique Leclerc.

M. Dominique Leclerc. Cet amendement a pour objet de revenir à la rédaction initiale du projet de loi, qui prévoyait que le médecin généraliste de premier recours devait « s'assurer que la coordination des soins nécessaire à ses patients est effective ». Il conviendrait que la rédaction n'en exclue pas les autres professionnels de santé choisis par le patient, avec l'accord du médecin généraliste de premier recours.

M. le président. L'amendement n° 363, présenté par M. Juillard, est ainsi libellé :

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

Assurer

par les mots :

S'assurer de

Cet amendement n'est pas soutenu.

M. Alain Milon, rapporteur. Je le reprends, au nom de la commission.

M. le président. Il s'agit donc de l'amendement n° 363 rectifié.

La parole est à M. le rapporteur, pour le défendre et pour donner l'avis de la commission sur l'amendement n° 198.

M. Alain Milon, rapporteur. L'amendement n° 363 rectifié permettra de distinguer le rôle du médecin généraliste de premier recours de celui du médecin traitant, dans les cas où il ne s'agit pas de la même personne.

S'agissant de l'amendement n° 198, qui n'aurait plus d'objet si l'amendement n° 363 rectifié était adopté, la commission en demande le retrait.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le Gouvernement est favorable aux deux amendements. Néanmoins, l'amendement n° 363 rectifié lui paraît un tout petit peu mieux rédigé... (*Sourires.*)

M. Jean Desessard. Oh ! là ! là !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je prie M. Dominique Leclerc de m'en excuser, et j'essaie d'être le plus diplomate possible ! (*Sourires.*)

M. Jean Desessard. Ah ! vous l'avez été, madame la ministre ! (*Nouveaux sourires.*)

M. le président. Monsieur Leclerc, l'amendement n° 198 est-il maintenu ?

M. Dominique Leclerc. Non, je retire l'amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 198 est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 363 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 707, 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 le 4° du texte proposé par le IV de cet article pour l'article L. 4130-1 du code de la santé publique, remplacer le mot :

application

par le mot :

adaptation

La parole est à M. Claude Bérit-Débat.

M. Claude Bérit-Débat. Cet amendement vise à souligner l'importance d'adapter les protocoles et non de les appliquer à la lettre. Le rôle du médecin généraliste est bien de suivre les protocoles mais en les adaptant à la situation de chaque malade, les pathologies étant non pas standardisées mais différentes selon les individus.

Il s'agit ici de faire confiance à l'intelligence des médecins. Le malade, quand il s'adresse à un médecin, a le droit d'être assuré qu'il trouvera en ce dernier quelqu'un qui va l'écouter et le secourir, sans autre préoccupation que de lui rendre les services qu'il peut lui apporter. L'indépendance professionnelle fonde la confiance du patient. Son corollaire est la responsabilité personnelle du médecin.

Indépendance, confiance, responsabilité constituent les éléments essentiels du contrat tacite qui lie le malade et son médecin. Le contrat ne serait pas loyal si le médecin se disposait à agir sous d'autres influences que l'intérêt du malade. Cette indépendance constitue ainsi un droit du malade.

L'indépendance du médecin, bien qu'admise et confirmée dans son principe, reste toujours menacée dans ses applications. Si elle constitue certes un élément fondamental de la morale médicale, et donc l'un des piliers de la déontologie, ainsi qu'une condition psychologique indispensable à la confiance des patients, la recherche de l'intérêt de ces derniers peut néanmoins se trouver limitée par les contraintes économiques ou juridiques.

Il convient ici de faire en sorte de ne pas copier le modèle américain. Là-bas, les médecins doivent composer avec des protocoles extrêmement stricts qui entravent très largement leur capacité à soigner en toute quiétude les patients. Nous demandons ainsi de respecter l'indépendance des médecins, en leur permettant d'administrer avec bienséance les protocoles de soins vis-à-vis des malades. C'est pourquoi nous vous proposons de remplacer le mot « application » par le mot « adaptation ».

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission émet un avis défavorable, parce que l'application se fait au travers de l'adaptation d'un protocole général. Il ne faut pas donner à penser que l'on peut se dispenser de tout ou partie des bonnes pratiques.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Pour des raisons similaires, je préfère le terme « application » au terme « adaptation », qui mettrait gravement en danger la notion de protocole.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 707.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1225, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

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

Assurer

par les mots :

S'assurer de

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cet amendement vise à préciser que l'une des missions du médecin généraliste de premier recours est de s'assurer de l'effectivité de la coordination des soins nécessaires à un patient, sans lui confier directement et systématiquement ce rôle de coordination. C'est donc un amendement de coordination !

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission émet un avis favorable sur cet amendement de coordination, qui vise à remplacer « assurer » par « s'assurer », comme cela a été fait au 3° du texte proposé pour le même article du code de la santé publique.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1225.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 216, présenté par Mme Dini, M. Vanlerenberghe, Mme Payet, M. J. Boyer et les membres du groupe Union centriste, est ainsi libellé :

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

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

La parole est à M. Jean Boyer.

M. Jean Boyer. Cet amendement tend à faire des maisons de santé de véritables terrains de formation des stagiaires de deuxième et de troisième cycle d'études médicales en médecine générale.

Ces structures sont plébiscitées par les médecins en exercice et par les étudiants en médecine. Elles présentent un double avantage : celui d'améliorer simultanément la productivité et les conditions de travail. En effet, le regroupement des professionnels médicaux et paramédicaux sur un même site d'exercice permettra la prise en charge d'une demande de soins primaires en augmentation.

En termes de conditions de travail, les médecins récemment installés y voient notamment la possibilité de mieux répartir entre les membres du regroupement les contraintes liées à la continuité et à la permanence des soins, et de relever les nouveaux défis en termes de coordination des soins. Les médecins installés depuis plus longtemps y voient une occasion de trouver des remplaçants à terme, et par là même d'envisager une cessation progressive d'activité.

Le regroupement des médecins au sein des maisons de santé répond également aux évolutions sociologiques des professionnels de santé. Concilier la vie familiale et la vie professionnelle constitue une nouvelle exigence des jeunes médecins des deux sexes, qui les conduit à appréhender différemment leurs exercices professionnels et le mode d'organisation. Les maisons de santé pluridisciplinaires doivent devenir une réalité, en priorité dans les zones sous dotées médicalement.

Assurer des stages pour les étudiants de deuxième et de troisième cycle d'études médicales auprès des médecins généralistes exerçant au sein des maisons de santé permettra sans conteste l'amélioration de l'attractivité de la médecine générale de premier recours.

M. Jean Desessard. Bravo !

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

M. Alain Milon, rapporteur. Nous avons déjà eu cette discussion en commission. L'avis de cette dernière est défavorable, et ce pour une raison toute simple, mon cher collègue : c'est le médecin qui accueille le stagiaire et non pas la structure. On ne peut pas demander à une structure d'accueillir un stagiaire. C'est au médecin qui y travaille qu'il incombe de le faire.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je souscris à l'argumentation de M. le rapporteur. J'ajouterai même que, si l'on souhaite privilégier les lieux de santé pluridisciplinaires, les centres et pôles de santé me paraissent également des lieux de stage idéaux. Parmi ces structures plurielles, je ne souhaite pas privilégier l'une par rapport à l'autre. Je préfère donc que l'on s'en tienne à la première rédaction.

M. le président. Monsieur Boyer, l'amendement est-il maintenu ?

M. Jean Boyer. Monsieur le président, l'explication est assez subtile, mais elle est concrète et réaliste. Par conséquent, je retire mon amendement.

M. le président. L'amendement n° 216 est retiré.

L'amendement n° 708, présenté par MM. Desessard, Rebsamen, Cazeau et Le Menn, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mmes Demontès et Durrieu, MM. Fauconnier et Fichet, Mme Ghali, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Jeannerot et Lagache, Mmes Printz et Le Texier, M. Mirassou, Mme Schillinger, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

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

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

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

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

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

La parole est à M. Jean Desessard.

M. Jean Desessard. Cet amendement rejoint celui que vient de défendre Jean Boyer. Nous souhaitons en effet que les médecins puissent travailler en commun, afin de pouvoir à la fois répondre à la demande et disposer de perspectives d'épanouissement, en termes de vie familiale, de loisirs, etc.

L'article 14 présente les missions et le rôle des médecins généralistes de premier recours, dont le rôle est fondamental dans l'aménagement sanitaire du territoire régional. Après leur avoir accordé la reconnaissance, grâce au présent article et au suivant, de leur spécialité, il importe d'institutionnaliser les moyens dont ils doivent pouvoir bénéficier pour exercer leur mission.

Si l'objectif est de faire de la médecine générale la pierre angulaire du système de santé – personne ne le conteste, je crois –, il importe de préciser les moyens qui permettront de lutter contre le problème crucial de l'isolement des professionnels de santé, par le biais d'incitations à l'implantation ou au maintien des professionnels en zones sous-dotées, rurales en particulier.

La lutte contre l'isolement des professionnels de santé est donc l'objectif principal de la création des maisons médicales ou maisons de santé, ainsi que des autres structures évoquées par Mme la ministre. Les hôpitaux locaux pourraient constituer des lieux supports de tels projets.

Il faut prendre des mesures favorisant l'attractivité de la médecine générale de premier recours et visant à rompre l'isolement des médecins tout en limitant la charge des contraintes, c'est-à-dire des gardes et des congés. Il faut enfin favoriser une prise en charge coordonnée des patients entre professionnels.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement tend à prévoir que le médecin généraliste de premier recours peut participer à un exercice coordonné de soins.

La précision est apparue inutile à la commission. Les collaborations sont déjà prévues au 4° de l'article L. 1411-11 du code de la santé publique pour l'exercice des soins de premier recours, et les consultations dans le cadre de l'hospitalisation à domicile sont incluses dans le 7° de l'article L. 4130-1.

Mieux vaut ne pas prendre le risque de se lancer dans des énumérations forcément incomplètes.

La commission émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Monsieur Desessard, j'approuve votre objectif, mais vous avez déjà largement satisfaction grâce à certaines dispositions du texte. Nous en avons d'ailleurs parlé à l'instant.

Le Gouvernement est donc défavorable à cet amendement, non pour des raisons de fond, puisqu'il partage votre volonté, mais parce que votre démarche est inutile, la réponse à vos préoccupations se trouvant dans le texte.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 708.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n°709, 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 Durieux, 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 :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« 8° Assurer la continuité des soins. »

La parole est à M. Bernard Cazeau.

M. Bernard Cazeau. Cet amendement prolonge l'amendement n° 702.

Les États généraux de l'organisation de la santé ont montré la volonté de développer de nouvelles formes de coopération entre les professionnels de santé. Il nous semble donc aujourd'hui important d'asseoir et de valoriser la profession d'infirmier.

Il existe également une volonté d'accélérer le rythme des délégations de tâches pour augmenter l'attractivité des professions paramédicales et de recentrer tous les professionnels de santé sur le cœur de métier.

Chacun reconnaît l'existence d'un problème de démographie médicale. Il est important de créer un vrai binôme médecin-infirmier – sans pour autant adopter nécessairement

ce qui se fait en Suède, où l'on rencontre d'ailleurs plutôt le binôme infirmier-médecin, la démarche est intéressante et il faut progresser dans cette voie –, afin de faire exister le socle des soins de premier recours, de faire face au raccourcissement des durées de séjour à l'hôpital et de permettre un meilleur suivi des pathologies chroniques.

Cet amendement tend à définir le cadre des missions de soins de premier recours pour les infirmiers libéraux en complément de ce qui est prévu dans le projet de loi pour le médecin généraliste. L'enjeu est bien de définir une offre de soins ambulatoires de premier recours organisée.

Madame la ministre, dans le cadre des coopérations organisées par les agences régionales de santé, l'offre de soins pourra se faire en collaboration étroite avec les établissements de santé sociaux, médico-sociaux, les réseaux de santé et autres groupements professionnels de santé. Dans tous ces lieux, les infirmiers participent à l'offre de soins et exercent avec dévouement et compétence leur métier.

Voilà pourquoi il nous semble important d'ajouter ces éléments à cet article 14.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement tend à définir ce qu'est l'infirmier de premier recours. Il est évident que l'ensemble des professionnels de santé, y compris les infirmiers, participent au premier recours : il est impossible de décliner pour chacune des professions médicales des missions calquées sur celles des médecins généralistes.

La commission émet donc un avis défavorable, sans remettre en cause ni la qualité du travail ni le dévouement de chacun des professionnels de santé sur le territoire national.

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°709.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1227, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Supprimer le V de cet article.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cet amendement tend à supprimer le V de l'article 14.

L'article 14 a deux volets : l'accès direct à certaines spécialités et le principe du médecin traitant. Je reviendrai sur chacun d'eux.

Je tiens à réaffirmer avec force mon attachement à l'accès direct à certaines spécialités médicales – la gynécologie médicale, la gynécologie obstétrique, l'ophtalmologie, la psychiatrie, la neuropsychiatrie –, accès direct déjà parfaitement défini par voie réglementaire.

Inscrire dans la loi ces dispositions, déjà parfaitement garanties par décret – il n'y a aucun doute à avoir sur ce point –, retirerait beaucoup de souplesse au dispositif et ne lui apporterait aucune plus-value. C'est la raison pour laquelle, soucieuse de respecter la bonne hiérarchie des normes, je souhaite ramener ces dispositions au niveau qui est le leur, c'est-à-dire le plan réglementaire.

Le second volet est peut-être plus important encore : il s'agit du médecin traitant, pivot du système de soins.

La mise en place du parcours de soins coordonné a permis des améliorations majeures en termes de coordination des soins. Je ne souhaite évidemment pas rendre le choix du médecin traitant obligatoire pour tous nos concitoyens. Je tiens d'ailleurs à préciser que ce que j'ai entendu dire en commission, à savoir que les malades n'ayant pas de médecin traitant ne sont pas remboursés, est totalement inexact.

Mme Isabelle Debré et M. François Autain. Non !

Mme Catherine Procaccia. Je vais revérifier !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ils sont remboursés, certes pas autant que s'ils avaient un médecin traitant, mais ils le sont bel et bien. Il est faux d'avancer qu'un patient n'ayant pas de médecin traitant ne serait pas remboursé de ses soins par l'assurance maladie.

Mais les assurés sociaux ne doivent pas être incités à se situer hors du parcours de soins en étant exemptés de la majoration du ticket modérateur s'ils n'ont pas choisi de médecin traitant.

Mme Isabelle Debré. C'est normal !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je le répète, s'ils n'ont pas choisi de médecin traitant, ils sont redevables d'une majoration du ticket modérateur.

Étant donné les conséquences positives sur la santé publique du parcours de soins coordonné, le Gouvernement a voulu cette incitation forte à la déclaration d'un médecin traitant. J'aurais pu, d'ailleurs, invoquer l'article 40 de la Constitution...

M. Alain Milon, rapporteur. Il n'y aurait pas eu de problème !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. ...et, certes, il n'y aurait alors eu aucun problème ; mais j'ai souhaité que le débat aille jusqu'à son terme en commission et dans cet hémicycle, afin de vous convaincre, mesdames, messieurs les sénateurs, de la nécessité d'inciter nos concitoyens à désigner un médecin traitant et à suivre un parcours de soins parfaitement coordonné, sans, bien entendu, leur retirer la liberté de ne pas choisir ce médecin traitant, moyennant une majoration de leur ticket modérateur.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Madame la ministre, avec ce texte tendant à supprimer le V de l'article 14, vous revenez sur un amendement adopté par la commission à la suite d'un débat que nous avons eu ensemble quant à l'application du ticket modérateur par les caisses en cas de consultation d'un spécialiste en accès direct sans désignation préalable d'un médecin traitant.

Nous avons compris que, pour le Gouvernement, les patients devaient être remboursés intégralement même s'ils n'avaient pas désigné de médecin traitant.

L'obligation de désigner un médecin traitant pour avoir droit au remboursement était considérée par certains de nos collègues comme une contrainte supplémentaire imposée à l'UNCAM, même si elle peut se déduire de l'article D.162-1-7 du code de la sécurité sociale. La commission souhaitait donc obtenir des explications : vous venez de nous les donner. Forte de ces explications, elle s'en remet à la sagesse du Sénat.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Il y a un remboursement, je le redis !

M. le président. La parole est à M. le vice-président de la commission.

M. Gérard Dériot, vice-président de la commission des affaires sociales. Madame la ministre, le problème soulevé en commission des affaires sociales est le suivant : depuis la création du parcours de soins, il est apparu, à la lecture des textes, qu'il était possible de consulter un gynécologue, un gynécologue obstétricien, un ophtalmologiste, un psychiatre ou encore un neuropsychiatre sans passer par le médecin traitant et d'être remboursé normalement en fonction du ticket modérateur prévu par les caisses d'assurance maladie.

Or, nous nous sommes rendu compte, les uns et les autres, que la loi était appliquée de telle façon que, si le patient n'avait pas officiellement déclaré à sa caisse d'assurance maladie un médecin traitant – bien que, avant de se rendre chez de tels spécialistes, point ne soit besoin de consulter le médecin traitant ! –, ladite caisse majorait le ticket modérateur.

Mmes Isabelle Debré, Catherine Procaccia et M. François Autain. Absolument !

M. Gérard Dériot, vice-président. Ce n'est pas normal ! En effet, ce n'est pas du tout ce que nous avons voté à l'époque, ...

M. Dominique Leclerc. Très bien !

M. Gérard Dériot, vice-président. ... et ce n'est pas du tout ainsi que, selon ce que nous avons compris, cette loi devait s'appliquer.

Nous sommes tout à fait d'accord pour que le parcours de soins soit la base de la démarche générale, mais, aux termes de la loi, avant d'aller chez un gynécologue, un ophtalmologiste ou un psychiatre, notamment, il n'est nul besoin de consulter le médecin traitant et, par conséquent, de le désigner officiellement.

Il ne faut pas oublier que, s'agissant de la désignation du médecin traitant, les caisses font signer un engagement écrit.

Voilà pourquoi nous voulions préciser la situation dans la loi.

Les choses sont d'ailleurs allées plus loin : à partir du mois de juillet 2007, si ma mémoire est bonne, date à laquelle il fallait avoir déclaré un médecin traitant, il est devenu impossible pour un jeune médecin de s'installer ou de prendre la suite d'un confrère parti à la retraite s'il y avait eu vacance pendant cinq ou six mois entre ledit départ à la retraite et son installation, et ce faute de patients : ces derniers avaient en effet déjà déclaré un médecin traitant !

Il a fallu, madame la ministre, que votre prédécesseur, une fois averti, décide un moratoire de cinq ans applicable dans de tels cas. Je peux d'ailleurs vous assurer que les caisses n'ont jamais fait de publicité sur l'existence de ce moratoire ! (*Mme la ministre sourit.*) Elles n'ont pas que des qualités !

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je me dois d'apporter un certain nombre de précisions.

Le Gouvernement a résolu le cas du jeune médecin qui, désireux de s'installer, se trouve confronté à un phénomène de clientèle captive, grâce à l'instauration d'un moratoire : pendant cinq ans, le système ne s'applique pas, et un patient venant le consulter sera remboursé selon le tarif maximum.

Par ailleurs, il est possible à un patient de changer à tout moment de médecin traitant : il n'est pas ligoté à lui ! Libre à lui de le choisir, puis, éventuellement, d'en changer. Il lui suffit d'en informer sa caisse d'assurance maladie par écrit. C'est tout simple ! À partir du moment où il aura choisi un

médecin traitant, libre à lui également de consulter un spécialiste d'accès direct : il sera remboursé au tarif maximum sans la moindre difficulté.

Enfin, en cas de consultation d'un spécialiste d'accès direct sans désignation d'un médecin traitant, le patient se voit appliquer une majoration du ticket modérateur, mais il est remboursé.

Le Gouvernement a estimé utile, pour la santé publique, d'instaurer un mécanisme d'incitation financière. Cependant, il est aisé de se libérer de cette majoration du ticket modérateur en choisissant un médecin traitant, ce qui est extrêmement facile et ne contrevient aucunement au mécanisme de libre choix du médecin.

Je vous le concède, monsieur le vice-président de la commission, les organismes de sécurité sociale n'ont peut-être pas fait toute la publicité nécessaire ! J'aurai l'occasion de le leur rappeler, afin que les assurés sociaux soient désormais informés de leurs droits le mieux possible.

M. le président. La parole est à M. le vice-président de la commission.

M. Gérard Dériot, vice-président de la commission des affaires sociales. Madame la ministre, vous avez décrit exactement la situation. Nous sommes bien d'accord.

Il n'en demeure pas moins que, même pour consulter les spécialistes que nous avons évoqués et qui sont d'accès libre, il faut, pour être remboursé au maximum, avoir désigné officiellement un médecin traitant. Ce sont les caisses d'assurance maladie qui ont interprété la loi ainsi.

Mme Isabelle Debré. C'est une mauvaise interprétation !

M. Gérard Dériot, vice-président de la commission des affaires sociales. S'il est admis qu'il est possible de consulter librement tel ou tel spécialiste d'accès direct, je ne vois pas pourquoi il faudrait obligatoirement désigner à sa caisse d'assurance maladie un médecin traitant pour être remboursé au maximum. C'est là que les choses ne vont pas !

La question peut, surtout au bout de quelques années de fonctionnement du principe du médecin traitant, paraître quelque peu superflue. Toutefois, cela montre malgré tout que, régulièrement, de mauvaises interprétations sont faites de la loi que nous, représentants de la population, avons élaborée.

Certes, madame la ministre, cela fait maintenant plusieurs années que le parcours de soins coordonné a été mis en place, et une grande majorité de nos concitoyens a désormais déclaré un médecin traitant. Mais votre proposition est quelque peu contradictoire avec la possibilité d'accès direct à certains spécialistes qui a été prévue.

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

M. Gilbert Barbier. Madame la ministre, mon collègue Gérard Dériot l'a bien montré, le problème est réel. L'objet de l'amendement précise que l'accès direct à certains spécialistes reste possible « dans des conditions fixées par voie réglementaire ». En adoptant cet amendement, nous risquons de créer des complexités technocratiques très difficiles à gérer. Lors d'une consultation, il peut en effet arriver que le spécialiste découvre une pathologie.

Prenons ainsi l'exemple d'une femme qui se rend chez son gynécologue pour une demande de contraception. En l'examinant, celui-ci découvre une petite tumeur du sein, diagnos-

tique un kyste et prescrit une biopsie. Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie appliquera-t-elle le taux de remboursement maximum ou minimum ?

Prenons un autre exemple. Dans votre proposition, l'accès direct à un ophtalmologue, sans majoration du ticket modérateur, reste possible à condition que la consultation porte sur la prescription et le renouvellement de verres correcteurs ou sur le dépistage et le suivi d'un glaucome. Toutefois, si une personne qui s'est légèrement blessée à l'œil à la suite d'un petit accident de la vie quotidienne prend directement rendez-vous chez son ophtalmologue, sans passer par son médecin traitant, pour être reçue au plus vite, bénéficiera-t-elle tout de même d'un remboursement maximum ?

Si l'amendement est adopté, c'est par la voie réglementaire que seront définies les pathologies ou les situations particulières rendant possible l'accès direct à des spécialistes. Or un certain nombre de caisses risquent de faire une interprétation rigoureuse des textes et de s'opposer aux remboursements au taux maximum.

Madame la ministre, j'ai reçu à ma permanence plusieurs personnes âgées qui ont déclaré leur médecin traitant en remplissant le formulaire prévu à cet effet. Mais rien n'est précisé, sur ce dernier, quant aux conditions à satisfaire pour changer de médecin traitant. Vous-même avez indiqué tout à l'heure que l'on pouvait en changer autant de fois que l'on voulait. Qu'entendez-vous par là ? Peut-on donc en changer tous les huit jours, tous les quinze jours ?

La plupart des personnes âgées considèrent qu'elles sont pour le restant de leurs jours pieds et poings liés avec leur médecin traitant, car elles s'imaginent qu'elles l'ont désigné une fois pour toutes.

Vos propos, certes extrêmement rassurants, sont tout de même très éloignés de la réalité quotidienne. Sans doute faudrait-il, pour améliorer le fonctionnement du système, que les caisses formulent précisément, en direction notamment des personnes âgées, les différents choix possibles. Celles que j'ai l'occasion de rencontrer me disent les difficultés qu'elles rencontrent, surtout pendant les vacances.

Il y a assurément un effort d'information à faire, peut-être, d'ailleurs, par voie réglementaire. En tout cas, la suppression de ce paragraphe V proposée par le Gouvernement nous pose un véritable problème.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Procaccia, pour explication de vote.

Mme Catherine Procaccia. Je remercie mon collègue Gérard Dériot de s'être fait notre porte-parole et d'avoir relayé les inquiétudes relatives aux difficultés d'accès direct aux soins en raison de l'attitude de certaines caisses d'assurance maladie.

Je connais moi aussi des exemples de jeunes filles, d'étudiantes, qui, n'ayant pas de médecin traitant, vont chez leur gynécologue pour se faire prescrire des analyses médicales destinées à vérifier si le moyen de contraception qu'elles utilisent – pilule ou autre – est bien adapté : dans ce cas, elles ne se voient rembourser ni la consultation ni les analyses médicales. En termes de prévention, convenez que c'est loin d'être idéal.

Madame la ministre, il ne s'agit pas de contester vos propos, car je sais bien que vous n'entendez nullement remettre en cause l'accès direct aux ophtalmologues et aux gynécologues,

mais je ne vois pas en quoi la rédaction que la commission a élaborée, par un travail en commun, peut vous poser problème.

Bien sûr, la situation aujourd'hui n'a rien à voir avec celle que l'on a connue au début de la mise en place du parcours de soins coordonné. La quasi-totalité des assurés ont désormais déclaré un médecin traitant.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. 87 % !

Mme Catherine Procaccia. Le nombre de personnes qui ne l'ont pas encore fait est, il est vrai, marginal, et les spécialités dont il est question sont très particulières.

Je le répète, madame la ministre, je ne doute pas de vos bonnes intentions en la matière, mais je reste très méfiante à l'égard d'un certain nombre de caisses, qui, il faut bien le dire, ont fait ce qu'elles voulaient. Ce n'est donc qu'en passant par la loi que l'on pourra faire respecter l'esprit des dispositions votées par le Parlement avant, d'ailleurs, que je ne devienne sénateur.

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

M. Alain Vasselle. Madame la ministre, ce sujet du médecin traitant a été largement débattu lors de l'examen, en 2004, du projet de loi sur la réforme de l'assurance maladie, dont j'ai été le rapporteur pour le Sénat. MM. Philippe Douste-Blazy et Xavier Bertrand siégeaient alors au banc du Gouvernement.

Nous avons voté à l'époque – je crois m'en souvenir, mais il conviendra de nous référer au compte rendu intégral des débats pour en être sûrs – une exception pour l'accès direct aux professionnels de santé cités dans le texte modifié par la commission et auxquels vous faites vous-même référence dans l'objet de votre amendement. Il n'avait donc pas été prévu, me semble-t-il, d'imposer aux assurés se rendant, par exemple, chez un gynécologue, d'avoir, au préalable, choisi leur médecin traitant.

Madame la ministre, vous nous proposez de renvoyer à des conditions fixées par la voie réglementaire les modalités d'accès direct à des spécialistes, dans la limite de certains soins, de certaines pathologies ou de certains actes. Avouez tout de même que ce qui est concevable pour vous, pour vos collaborateurs et pour vos services le sera beaucoup moins, au quotidien, pour les usagers du système de santé.

Une femme qui se rendra chez son gynécologue devra ainsi savoir à l'avance si l'objet de sa visite concerne la contraception, le suivi de grossesse, l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse ou les dépistages périodiques. Pour les trois premiers cas, cela ne lui posera pas de difficultés particulières. Mais, pour le dernier, j'imagine qu'elle ne peut pas forcément deviner dès le départ ce que le médecin décidera et quel sera son diagnostic. Elle risque donc de s'entendre dire par son gynécologue à l'issue de la consultation qu'elle entre dans l'une des catégories pour lesquelles la déclaration préalable d'un médecin traitant est obligatoire, faute de quoi le coût du ticket modérateur ne sera pas pris en charge.

D'ailleurs, ce qui est vrai pour la gynécologie l'est aussi pour l'ophtalmologie. La problématique est différente pour la psychiatrie et la neuropsychiatrie, car les conditions fixées portent non pas sur la nature de la pathologie, mais sur l'âge du patient.

Madame la ministre, la précision introduite par la commission à la fin de l'article 14 permet, au moins dans un premier temps, de régler cette question. Il me paraît donc à la fois plus

sage et plus simple d'en rester là plutôt que d'adopter votre amendement qui risque de maintenir une certaine complexité dans l'application du dispositif. Disant cela, je ne mets aucunement en cause le parcours de soins coordonnés, que nous avons souhaité et que nous soutenons, car il s'agit d'une bonne formule.

Peut-être le Gouvernement craint-il que, en maintenant la rédaction actuelle, un signal négatif ne soit lancé en direction des usagers, qui pourraient se croire affranchis du choix d'un médecin traitant. L'exercice est certes difficile, mais comprenez, madame la ministre, qu'il est loin d'être évident, pour un assuré allant consulter l'un des spécialistes concernés, de connaître les dispositions réglementaires conditionnant le remboursement du ticket modérateur à la déclaration préalable d'un médecin traitant.

M. le rapporteur, partageant sans doute ce point de vue, a émis un avis de sagesse sur l'amendement du Gouvernement. Je le répète, il serait plus sage, au moins dans un premier temps, d'en rester à la rédaction de la commission.

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

M. François Autain. Le nouveau paragraphe V de l'article 14, qui a fait l'objet d'une élaboration commune en commission dans des conditions très démocratiques, me satisfaisait pleinement. Nous avons en effet au moins eu le mérite de la clarté, en appelant un chat un chat, en mentionnant les spécialités pour lesquelles l'accès direct est possible « sans prescription de son médecin traitant ou sans avoir choisi un médecin traitant ».

Je souscris aux propos de mon collègue Gérard Dériot : à l'évidence, nombre de caisses ne remboursent pas ces consultations au taux auquel elles auraient dû l'être, au motif qu'aucun médecin traitant n'est déclaré.

Ce paragraphe V présente un autre intérêt, en permettant de faire la distinction entre les spécialités auxquelles il est fait référence et les autres. Actuellement, la situation n'est pas homogène sur tout le territoire. J'ai moi-même pu le constater, on peut se faire rembourser au taux normal une consultation chez un spécialiste, alors même que la réglementation n'ouvre pas d'accès direct à cette spécialité et que l'on n'est pas passé au préalable par son médecin traitant : il suffit, pour cela, de mentionner le nom de ce dernier. Autrement dit, la législation, dans ce domaine, n'est pas convenablement appliquée.

Pour toutes ces raisons, le paragraphe V doit être maintenu. Le groupe CRC-SPG ne votera donc pas l'amendement du Gouvernement et souhaite même son retrait.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Mesdames, messieurs les sénateurs, je souhaite apporter un certain nombre de précisions.

Monsieur Vasselle, les dispositions contenues dans la loi de 2004 et dans le décret d'application de novembre 2005 relatives à la définition des spécialités d'accès direct et des prescriptions remboursées n'ont pas été modifiées.

Avec l'amendement du Gouvernement, rien n'est changé. Il s'agit simplement d'une question d'ordre juridique : je souhaite que la hiérarchie des normes puisse être respectée et que de telles modalités soient définies au niveau réglementaire et non législatif. Mais, dans le contenu, j'insiste, rien n'est changé.

Vous trouverez d'ailleurs dans le code de la santé publique, que vous avez sous les yeux, la disposition législative et le décret d'application visés. Je peux même vous transmettre sur-le-champ la photocopie de ce dernier.

Mesdames, messieurs les sénateurs, soyez rassurés : le Gouvernement n'a pas l'intention de limiter en quoi que ce soit l'accès direct à ces spécialistes.

Par ailleurs, c'est peut-être une lacune de la loi, mais c'est ainsi : on peut changer tous les jours, voire deux fois par jour, de médecin traitant ! Il n'y a aucune limitation !

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

M. Guy Fischer. Qui le fait ? Soyons sérieux, madame la ministre !

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Vous passez d'un extrême à l'autre, madame la ministre !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. La question m'a été posée ! Je le redis : il n'y a pas de délai ; on peut changer tous les jours de médecin traitant !

M. Guy Fischer. Franchement, madame la ministre...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. En outre, en cas d'urgence, on peut s'exonérer de la procédure du médecin traitant : il suffit que le médecin le signale aux caisses. Ce dispositif fonctionne très bien.

Certains d'entre vous ont évoqué le cas d'une jeune fille se rendant chez son gynécologue sans avoir de médecin traitant. Je rappelle que la déclaration d'un médecin traitant ne s'impose en fait qu'à partir de seize ans.

Mais si la jeune fille a au moins seize ans, il est très simple pour ce gynécologue de lui demander si elle a un médecin traitant et, en cas de réponse négative, de lui proposer de le devenir afin qu'elle soit pleinement remboursée par la sécurité sociale. Il est en effet tout à fait possible pour un gynécologue d'être médecin traitant. (*Exclamations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. François Autain. C'est vrai !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le médecin traitant n'est pas obligatoirement un médecin généraliste !

Comme vous le voyez, il n'est vraiment pas difficile de trouver un médecin traitant !

M. Gilbert Barbier. Le démarchage est interdit, madame la ministre !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. C'est une information ! Mais je n'ai pas terminé ma démonstration, monsieur Barbier : ce gynécologue peut aussi lui demander si elle préfère qu'un autre médecin, par exemple celui de ses parents, devienne son médecin traitant.

Pour résumer, pour ce qui concerne les spécialités d'accès direct, il n'y pas de changement : c'est simplement la hiérarchie des normes qui s'applique.

S'agissant du parcours de soins et de la notion de médecin traitant, je ne dis pas que ce dispositif ne pose aucun problème. Mais il faut l'analyser en considérant, d'une part, les bénéfices et, d'autre part, les désavantages.

Monsieur Autain, vous qui avez plaidé en faveur de la procédure du médecin référent, ...

M. François Autain. Oui ! Absolument !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. ... et qui avez considéré que le médecin traitant était une version *light* du médecin référent, ...

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. ... vous ne pouvez pas ne pas admettre que la procédure du médecin traitant représente un gain pour la santé publique ! Modifier ce dispositif en faisant figurer explicitement dans la loi l'accès direct à certaines spécialités, ce serait dommageable pour les patients, alors même qu'ils ont enfin l'occasion de prendre conscience de l'intérêt, pour leur santé, du choix d'un médecin traitant. C'est la raison pour laquelle je vous ai proposé cet amendement.

M. le président. La parole est à Mme Isabelle Debré, pour explication de vote.

Mme Isabelle Debré. Dans la pratique, les médecins traitants sont presque toujours des généralistes. J'aimerais savoir en quoi cela vous dérange, madame la ministre, de faire figurer dans la loi la disposition prévue par le V de l'article 14. Je ne comprends pas, objectivement, où est le problème. Pourquoi cela vous gêne-t-il autant ?

Vous nous dites que les jeunes filles peuvent désigner, à l'occasion d'une consultation, un gynécologue comme médecin traitant. Mais, dans la plupart des cas, lorsqu'elles viennent en consultation, elles ne le savent pas ! Il faudrait diffuser cette information, non pas vers ces jeunes filles, mais plutôt vers les caisses d'assurance maladie.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cela ne me dérange pas ! Je trouve simplement que la procédure réglementaire est plus adaptée pour définir les modalités d'accès aux médecins spécialistes. Si l'on choisit le niveau législatif, à chaque fois que l'on voudra ajouter des actes, modifier la moindre chose, affiner les modalités d'accès aux spécialistes, il faudra trouver un nouveau véhicule législatif. Or ce dispositif doit pouvoir être piloté de façon souple.

Imaginez que l'on décide, pour des raisons de santé publique, d'ajouter un type d'acte : il faudra trouver un véhicule législatif qui permette de faire cet ajout. Si nous en restons au niveau réglementaire, ce que je souhaite, nous n'aurons pas besoin de procéder ainsi ! C'est la raison pour laquelle je souhaite la suppression du V de cet article.

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

M. Jean Desessard. Mme la ministre défend son projet de loi avec beaucoup de force et fait preuve d'une grande motivation, ce qui rend nos débats très intéressants. Mais j'ai peur qu'en l'occurrence elle ne se soit laissée emporter.

Elle invoque ainsi la possibilité de changer de médecin traitant au fur et à mesure des consultations : le gynécologue peut devenir médecin traitant, l'ophtalmologue également, etc. C'est le parcours du médecin traitant ! Cette conception quelque peu bizarre paraît contraire à l'idée du parcours de soins et du professionnel de santé de « référence » – même si ce mot n'a pas été retenu ! – qui assure le suivi médical de l'ensemble.

En outre, l'argument selon lequel on peut faire des économies et être mieux remboursé en changeant de médecin à chaque consultation me semble manquer de rigueur.

M. le président. La parole est à M. le vice-président de la commission.

M. Gérard Dériot, vice-président de la commission des affaires sociales. Peut-être Mme la ministre pourrait-elle donner aux caisses des directives précisant qu'il n'est pas nécessaire d'avoir désigné officiellement un médecin traitant pour consulter les

spécialistes d'accès direct. (*M. Gilbert Barbier s'exclame.*) Il suffit de le dire ! C'est d'ailleurs le sens du texte de la commission. À partir de là, on est dans la réglementation générale.

M. Guy Fischer. Il faut voter le texte de la commission !

M. Gérard Dériot, *vice-président de la commission des affaires sociales.* Bien sûr ! Quant à la désignation de ces spécialistes, elle n'était pas nécessaire puisqu'elle figure déjà dans le code.

Mme Catherine Procaccia. Dans le code, la rédaction est ambiguë !

M. Gérard Dériot, *vice-président de la commission des affaires sociales.* Voilà ce que je propose.

On peut aussi ne pas indiquer cette précision. Mais je vous avertis qu'alors nous allons redémarrer à zéro !

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote.

M. Guy Fischer. Comme l'a dit François Autain, nous sommes très attachés à la rédaction de la commission.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* C'est en contradiction avec tous les principes auxquels vous croyez !

M. Guy Fischer. Mais non !

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* Je veux bien donner des instructions aux caisses pour préciser qu'il n'est pas nécessaire d'avoir désigné un médecin traitant avant la première visite chez un spécialiste d'accès direct.

M. Guy Fischer. Non, cela ne marche pas !

Mme Isabelle Debré. Pourquoi la première visite ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* Lors de cette visite, ce spécialiste, par exemple un ophtalmologiste, doit demander au patient s'il a un médecin traitant et, en cas de réponse négative, l'inciter à en choisir un. Le professionnel de santé doit faire ce travail d'incitation.

Mme Isabelle Debré. On est d'accord !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* Le médecin traitant est, je vous le rappelle, une disposition fondamentale qui fait l'objet d'un consensus entre nous ! Cette première visite chez un spécialiste d'accès direct est donc une occasion formidable pour promouvoir la politique du médecin traitant, et ce serait extrêmement dommage de ne pas en profiter.

Pour répondre à la sollicitation de Gérard Dériot, j'accepte donc de rappeler aux caisses qu'il n'est pas nécessaire d'avoir désigné un médecin traitant avant la première visite chez un spécialiste d'accès direct, étant entendu que la désignation doit se faire alors à l'occasion de cette première visite.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1227.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. François Autain. L'affaire est réglée ! C'est terminé !

M. le président. L'amendement n° 710, présenté par MM. Mirassou et Patriat, Mme Schillinger, 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. Rebsamen, Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - Au début du titre IV du livre Ier de la quatrième partie du même code, il est inséré un chapitre préliminaire ainsi rédigé :

« Chapitre préliminaire

« Chirurgien-dentiste de premier recours

« *Art L. 4140-1.* - Les missions du chirurgien-dentiste de premier recours sont notamment les suivantes :

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

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

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

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

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

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

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

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

La parole est à M. Bernard Cazeau.

M. Bernard Cazeau. Il est nécessaire que les chirurgiens-dentistes tiennent toute leur place en tant que professionnels de santé de premier recours, et cela au même titre que les médecins ou les pharmaciens.

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

M. Alain Milon, *rapporteur.* Et voilà la liste ! Après le médecin généraliste de premier recours et l'infirmier de premier recours, voici les chirurgiens-dentistes de premier recours ! Et si l'on se réfère au débat que nous venons d'avoir, ne devraient guère tarder les gynécologues de premier recours, les ophtalmologues de premier recours, les psychiatres de premier recours, etc. La commission émet un avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* Il est également défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 710.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Alain Vasselle, pour explication de vote sur l'article.

M. Alain Vasselle. Je voudrais revenir sur un point soulevé à l'occasion d'une question d'actualité posée à Mme la ministre, s'agissant des médecins généralistes, médecins de premier recours.

Une réforme remontant aux années quatre-vingt a créé la spécialité de médecine générale, qui devait permettre aux médecins généralistes de bénéficier d'honoraires de base équivalant à ceux des médecins spécialistes. Or cette mesure n'a jamais été appliquée : il y a eu un blocage, dont on ne sait s'il était dû aux négociations conventionnelles, ou à d'autres motifs. J'ai cru comprendre, à la suite de contacts que j'avais eus avec des responsables de la Caisse nationale d'assurance maladie, qu'ils attendaient que le Gouvernement prenne une initiative en vue d'aligner la rémunération des généralistes sur celle des spécialistes.

La France souffre d'un manque de médecins généralistes. Par conséquent, si vous voulez encourager les vocations de médecins généralistes, il faut absolument prendre des mesures pour que cette spécialité soit reconnue en tant que telle. Si nous ne mettons pas tout en œuvre pour permettre à des jeunes d'accéder à cette spécialité et aux avantages y afférents, la situation ne pourra pas s'améliorer.

J'aimerais donc que le Gouvernement nous dise où nous en sommes à cet égard. J'espère que nous ne serons pas obligés d'attendre de nouvelles décisions de justice, comme celle de Grenoble.

Mme la ministre, dans sa réponse à la question d'actualité que je lui avais posée, avait estimé que la décision de Grenoble n'avait pas vocation à être étendue à l'ensemble du territoire. Malgré tout, ce problème reste pendant, et il faudra bien, un jour ou l'autre, qu'une solution y soit apportée.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je veux bien redonner à M. Alain Vasselle les informations dont je lui avais fait part.

La définition d'une spécialité est une reconnaissance de qualification ; elle n'entraîne pas une obligation conventionnelle d'augmentation de la rémunération.

S'agissant du C à 23 euros, j'avais indiqué que la décision du tribunal de Grenoble valait seulement pour la personne qui avait été en justice et non de façon générale. Si un médecin applique la majoration à 23 euros alors qu'elle ne ressort pas de l'accord conventionnel, il expose son patient à ne pas être remboursé non seulement de l'euro supplémentaire que coûte la consultation, mais également de la totalité de cette consultation, cette demande de remboursement n'étant pas fondée en droit.

J'avais également indiqué que l'augmentation du C à 23 euros avait été provisionnée dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. Vous le savez d'ailleurs mieux que quiconque, monsieur le futur rapporteur général du PLFSS ! (*Sourires.*)

Dans le cadre de la vie conventionnelle, j'ai également exprimé mon souhait de voir des avancées substantielles réalisées en matière d'accès aux soins, de dépassement d'honoraires et de démographie médicale. Nos compatriotes, confrontés à ces problèmes de démographie médicale et d'accès aux soins, sont, de surcroît, frappés par une crise majeure, qui affecte les ressources de nombreuses familles. Dans ce cadre difficile, comment auraient-ils pu comprendre que la consultation passe à 23 euros, alors que les rémunérations des médecins généralistes ont substantiellement augmenté – un peu plus de 4 % – au cours des cinq dernières années ? Ils l'auraient d'autant moins compris si nous n'avions pas répondu à leurs préoccupations.

J'ai donc indiqué très clairement aux représentants des professions médicales que la balle était dans leur camp, mais que l'argent était dans la loi de financement de la sécurité sociale !

M. Alain Vasselle. Merci !

M. Dominique Leclerc. C'est clair !

M. le président. Je mets aux voix l'article 14, modifié.

(*L'article 14 est adopté.*)

Article 14 bis A

Après le dernier alinéa de l'article L. 1111-2 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le médecin en charge d'une personne hospitalisée doit s'enquérir auprès d'elle de l'identité des professionnels de santé auxquels elle souhaite que soient transmises les informations utiles à la continuité de sa prise en charge à l'issue de son hospitalisation. »

M. le président. L'amendement n° 236 rectifié *ter*, présenté par MM. Vasselle, P. Blanc, Gilles et Gournac, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit cet article :

L'article L. 1111-2 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie. À l'issue de son hospitalisation, le médecin qui l'a pris en charge lui remet un document faisant apparaître la synthèse des actes conduits durant son séjour. »

La parole est à M. Alain Vasselle.

M. Alain Vasselle. La rédaction qui vous est soumise est la quatrième à laquelle nous sommes parvenus après un très large échange sur ce sujet en commission des affaires sociales. Il a fallu arbitrer entre trois ou quatre amendements tendant à aller dans le même sens, dont l'un était présenté par M. le président de la commission des affaires sociales.

L'objet principal de cet amendement est de veiller à permettre aux patients de bénéficier d'une véritable coordination des soins entre les établissements de santé et la médecine de ville.

Pour ce faire, le texte de notre amendement est très clair. Je vous en rappelle les termes : « L'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie. À l'issue de son hospitalisation, le médecin qui l'a pris en charge lui remet un document faisant apparaître la synthèse des actes conduits durant son séjour. »

La boucle est bouclée ! Cette rédaction permet une prise en charge globale du patient et une véritable continuité de la prise en charge de l'établissement vers la ville et vice-versa. Cela répond tout à fait à la préoccupation qui était la nôtre lorsque nous avons voté la réforme de l'assurance maladie. Il est vrai que nous avançons sur ce sujet cahin-caha, avec

beaucoup de difficultés. J'espère que cet article 14 *bis* A permettra de franchir une nouvelle étape dans le sens que nous souhaitons.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement vise à compléter l'article 14 *bis* A, issu d'un amendement du président de la commission des affaires sociales, M. Nicolas About. Il impose de recueillir auprès des professionnels assurant les soins de ville les informations nécessaires aux soins hospitaliers et prévoit la remise d'une feuille de sortie faisant la synthèse des actes conduits.

Cette précision paraît utile à la commission, qui émet donc un avis favorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je comprends que la commission soit d'accord sur le fond ! Cela étant, il est bon de se référer au code de la santé publique : ce dernier autorise les praticiens ayant prescrit l'hospitalisation d'une personne à avoir accès, à la demande de cette dernière, aux informations de santé la concernant.

Je vous rappelle les termes de l'article R.1112-1 du code de la santé publique : « À la fin de chaque séjour hospitalier, copie des informations concernant les éléments utiles à la continuité des soins est remise directement au patient au moment de sa sortie ou, si le patient en fait la demande, au praticien que lui-même ou la personne ayant l'autorité parentale aura désigné dans un délai de huit jours maximum. »

C'est dire, monsieur Vasselle, que le code de la santé publique répond parfaitement à la préoccupation que vous avez exprimée. Je vous demande donc de bien vouloir retirer cet amendement, car la précision me paraît inutile.

M. le président. Monsieur Vasselle, l'amendement n° 236 rectifié *ter* est-il maintenu ?

M. Alain Vasselle. Je ne pense pas que cette précision soit si inutile que cela ! Il me semble en effet que cet amendement va un peu plus loin que le texte actuel.

Je ferai référence uniquement à la dernière phrase de l'amendement, qui est la plus significative : « À l'issue de son hospitalisation, le médecin qui l'a pris en charge lui remet » – il s'agit du patient – « un document faisant apparaître la synthèse des actes conduits durant son séjour. »

L'article dont vous nous avez donné lecture conditionne la remise de ces éléments à la demande du patient lui-même : faute de demande de sa part, ces documents ne lui sont pas remis. Il nous paraît souhaitable d'aller plus loin, avec une formulation plus impérative. Le patient prendra la responsabilité de donner ou non ces éléments à son médecin traitant lorsque ce dernier les lui demandera. Mais au moins les aura-t-il en sa possession !

Le passage par une procédure un peu lourde risque de compromettre une véritable effectivité dans la coordination des soins. C'est la raison pour laquelle je souhaite que mon amendement soit mis aux voix et, autant que faire se peut, adopté. S'il y a lieu d'améliorer la rédaction proposée, nous nous y emploierons en commission mixte paritaire avec le Gouvernement. En tout cas, il me semble que notre amendement va plus loin que les textes actuellement en vigueur.

M. le président. La parole est à M. Paul Blanc, pour explication de vote.

M. Paul Blanc. Je souhaite compléter les propos de M. Vasselle en citant des cas concrets et en faisant preuve d'un certain pragmatisme.

C'est souvent le vendredi en fin d'après-midi que les malades sortent de l'hôpital. À peine rentrés chez eux, ils peuvent avoir besoin de soins de suite, subir un accident ou éprouver des malaises, autant de raisons qui nécessitent de consulter un praticien. En l'absence de leur médecin traitant, ils appellent un médecin d'urgence. Il me paraît tout à fait logique que ce dernier puisse obtenir tous les éléments nécessaires pour connaître avec exactitude le diagnostic qui a été fait à l'hôpital et le traitement qui y a été suivi. C'est le pragmatisme qui parle ! Et c'est en son nom que je souhaite le maintien et l'adoption de cet amendement.

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

M. Gilbert Barbier. Personnellement, je suis réservé sur une rédaction visant à faire remettre à la personne hospitalisée, lors de la sortie de l'établissement, « un document faisant apparaître la synthèse des actes conduits durant son séjour ».

Ce point a fait l'objet d'une longue discussion en commission. On peut parfois s'interroger sur l'opportunité de confier un tel document à des patients dont la connaissance de la maladie peut poser problème. Disant cela, je pense notamment à des résultats d'examens radiologiques ou biologiques. Dans ces cas, une discussion avec le médecin est préférable à la remise des documents entre les mains du patient.

En pratique, c'est non « le médecin qui l'a pris en charge », mais la secrétaire qui va remettre ce dossier au patient. Imaginez que ce dernier découvre, en lisant les documents, qu'il a un cancer ! Jusque-là, personne ne lui avait rien dit !

M. Gérard Dériot, vice-président de la commission des affaires sociales. Voilà !

M. Gilbert Barbier. Il faut agir avec un certain tact. Cela ne peut se faire qu'entre médecins. Tous les patients ne sont pas prêts à accepter tous les diagnostics ! Après une hospitalisation, la majorité d'entre eux demandent à être préparés à l'annonce d'une maladie grave.

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

M. Dominique Leclerc. Je ne conteste pas, madame la ministre, la clarté de l'écriture du code de la santé publique. Pour autant, je suis fort intéressé par la proposition de M. Vasselle. Les patients qui sortent de l'hôpital sont souvent si désemparés qu'il me paraît indispensable de leur donner tous les éléments propices à la mise en œuvre de la continuité des soins. Tous n'ont pas un environnement familial ou associatif adapté. Certains n'ont même pas compris exactement l'affection dont ils sont atteints. Ils ne savent pas les soins qui leur ont été prodigués. Je pense donc que, pour la sécurité des patients et pour la continuité du traitement, il serait bon de faire plus !

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Pour moi, il y a deux types d'information : il y a d'abord l'information que l'établissement de santé délivre aux malades à travers ses professionnels de santé. Et je crois que rien ne remplace le colloque singulier au cours duquel on accompagne le malade avec des termes techniques plus ou moins compris et des annonces parfois douloureuses.

Il y a ensuite l'information que les professionnels de santé délivrent dans le cadre du parcours des soins. Je suis très sensible à la préoccupation de M. Vasselle, mais c'est au niveau opérationnel que je m'interroge : son amendement se situe au moment où le malade, après avoir été pris en charge et soigné, est sur le point de quitter l'établissement de santé. C'est alors qu'on lui remet un document faisant apparaître la synthèse des actes conduits durant son séjour.

En pratique, comment voulez-vous qu'à cet instant précis, au « top départ » du malade, l'établissement soit en mesure de remettre à ce dernier un document faisant la synthèse des actes conduits durant son hospitalisation ?

C'est un travail administratif considérable, qui va demander plusieurs journées d'élaboration !

M. Alain Vasselle. Non !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. En effet, il faut que cette synthèse soit à la fois suffisamment explicite pour le professionnel et suffisamment compréhensible pour le malade dont le bagage d'informations se réduit parfois au minimum ! Il ne sera pas facile de trouver le juste milieu ! Votre volonté, cher Alain Vasselle, sera beaucoup mieux respectée lorsque le dossier médical personnel, ou DMP, sera déployé.

M. Alain Vasselle. Ça, c'est clair !

Mme Isabelle Debré. C'est vrai !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Et je m'y emploie, vous le savez ! L'année 2010 va marquer le déploiement du dossier médical personnel, qui permettra de faire le lien entre l'hôpital et la ville.

Mme Isabelle Debré. Cela réglera tout le problème !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. À partir du moment où le malade retournera chez son médecin généraliste, qu'il autorisera à accéder à ces données, tout cela se fera avec une extrême facilité, beaucoup plus aisément en tout cas que par le truchement de ce document de synthèse qui sera fort difficile à mettre en œuvre !

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

M. Alain Milon, rapporteur. Après avoir écouté les uns et les autres, il me semble que nous pourrions parvenir à un accord, à la condition que M. Vasselle accepte, en attendant le dossier médical personnel, de retirer la dernière phrase de son amendement : « À l'issue de son hospitalisation, le médecin qui l'a pris en charge lui remet un document faisant apparaître la synthèse des actes conduits durant son séjour. »

M. le président. Monsieur Vasselle, que pensez-vous de cette suggestion ?

M. Alain Vasselle. Il faut avancer ! Le Gouvernement a bien compris l'esprit dans lequel j'ai déposé cet amendement. Je souhaite que la continuité des soins évoquée par Paul Blanc soit véritablement assurée. Mais j'ai conscience que la mise en application pratique peut poser quelques difficultés.

Je pensais que nous aurions pu adopter l'amendement en l'état, puis régler les choses en commission mixte paritaire. J'ai bien entendu les arguments de Gilbert Barbier, qui les avait exposés en commission, et je ne veux pas allonger les débats.

J'accepte de faire un pas dans la direction de M. le rapporteur et de retirer la dernière phrase de cet amendement, ce qui facilitera son adoption par le Sénat. La navette nous permettra ensuite, le cas échéant, d'améliorer la rédaction et de rapprocher nos positions de celles du Gouvernement, en tenant

compte de l'état actuel du droit. En tout état de cause, la mise en œuvre du dossier médical personnel réglera le problème.

Je vous fais confiance *a priori*, madame la ministre. Mais l'inertie dans le fonctionnement de votre ministère est telle – je ne vous adresse bien sûr aucun reproche à titre personnel – que je me demande parfois si l'on ne vous rendrait pas service en adoptant par voie législative certaines dispositions qui auraient dû être prises par voie réglementaire ! (*Exclamations ironiques sur les travées du groupe CRC-SPG.*)

À titre d'exemple, nous attendons depuis 2004 les mesures réglementaires qui permettraient, en identifiant les professionnels de santé dans les établissements hospitaliers, d'instaurer une véritable maîtrise médicalisée des prescriptions. (*M. Dominique Leclerc acquiesce.*) À plusieurs reprises, le Gouvernement a invoqué une difficulté technique qui aurait retardé la parution du décret d'application... Vous comprendrez donc que, au bout d'un moment, le législateur décide d'agir par voie législative !

MM. Paul Blanc et Dominique Leclerc. Très bien !

M. le président. Je suis donc saisi d'un amendement n° 236 rectifié *quater*, présenté par MM. Vasselle, P. Blanc, Gilles et Gournac, et ainsi libellé :

Rédiger comme suit cet article :

L'article L. 1111-2 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie. »

La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote.

M. Bernard Cazeau. Nous venons de discuter pendant une vingtaine de minutes d'un amendement qui ne sert pratiquement à rien... (*Rires.*)

Quand un malade sort de l'hôpital, *a fortiori* le vendredi soir, on lui remet toujours une ordonnance ou un bulletin de liaison qui assure la transmission vers le médecin de garde ou le médecin traitant. Puis, dans les jours qui suivent, ce dernier reçoit le compte rendu détaillé une fois que le praticien hospitalier l'a dicté à sa secrétaire, qui ne travaille généralement que trente-cinq heures par semaine. Dans tous les cas, le projet de loi prévoit déjà l'obligation pour le médecin d'« assurer la coordination des soins nécessaire à ses patients ».

Au surplus, vous venez de retirer la seule phrase qui avait une certaine force, monsieur Vasselle. Je ne pourrai donc pas voter en faveur de cet amendement tronqué, qui ne résout aucun problème et va à l'encontre des pratiques habituelles.

M. Alain Vasselle. On en reparlera en commission mixte paritaire !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 236 rectifié *quater*.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. En conséquence, l'article 14 *bis* A est ainsi rédigé.

Article 14 bis**(Texte modifié par la commission)**

Après le chapitre I^{er} du titre II du livre II de la quatrième partie du code de la santé publique, il est inséré un chapitre additionnel ainsi rédigé :

« CHAPITRE I^{ER} BIS

« **Pharmacien d'officine**

« Art. L. 4211-1-1. - Dans les conditions définies par le présent code, les pharmaciens d'officine et mutualistes :

- « 1° Contribuent aux soins de premier recours ;
- « 2° Participent à la coopération entre professionnels de santé ;
- « 3° Participent au service public de la permanence des soins ;
- « 4° Concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé ;
- « 5° Peuvent participer aux programmes d'éducation thérapeutique du patient ainsi qu'aux actions définies aux articles L. 1161-1 à L. 1161-5 ;
- « 6° Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ayant souscrit la convention pluriannuelle visée au I de l'article L. 313-12 du même code qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur ;
- « 7° Peuvent dispenser, lorsque la durée de validité d'une ordonnance renouvelable est expirée et en l'absence d'opposition du prescripteur figurant sur l'ordonnance, les médicaments nécessaires à la poursuite du traitement d'une maladie chronique, dans le cadre de la posologie initialement prévue ;
- « 8° Peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes ;
- « Les pharmaciens ayant reçu une formation spécifique peuvent délivrer, pour trois mois et sans renouvellement possible, une contraception œstroprogestative aux femmes de moins de trente-cinq ans, dans des conditions définies par voie réglementaire.
- « Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application des 7° et 8°. »

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

L'amendement n° 144 rectifié *quater*, présenté par MM. Leclerc, J. Blanc, de Montgolfier, Dériot, Laménie et Vasselle, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit cet article :

Le chapitre V du titre II du livre I^{er} de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

- 1° L'intitulé est ainsi rédigé : « Pharmacie d'officine » ;
- 2° Après l'article L. 5125-1, il est inséré un article L. 5125-1-1A ainsi rédigé :
« Art. L. 5125-1-1A. - Dans les conditions définies par le présent code, les pharmaciens d'officine :

« 1° Contribuent aux soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 ;

« 2° Participent à la coopération entre professionnels de santé ;

« 3° Participent à la mission de service public de la permanence des soins ;

« 4° Concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé ;

« 5° Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients définies aux articles L. 1161-1 à L. 1161-5 ;

« 6° Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles ayant souscrit la convention pluriannuelle visée au I de l'article L. 313-12 du même code qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur ;

« 7° Peuvent, dans le cadre des coopérations prévues par l'article L. 4011-1, être désignés par le patient comme relais du médecin prescripteur. À ce titre, ils peuvent, à la demande ou avec l'accord de ce médecin, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie, et effectuer des bilans de médicaments destinés à en optimiser les effets ;

« 8° Peuvent proposer des conseils et prestations destinées à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application des 7° et 8°. »

La parole est à M. Dominique Leclerc.

M. Dominique Leclerc. Cet amendement vise à reprendre le texte de la commission des affaires sociales tout en rectifiant sa formulation sur deux points techniques et en évitant les risques d'ambiguïté contenus dans la rédaction du 7° issu de l'Assemblée nationale.

Tout d'abord, le nouvel article créé dans le code de la santé publique ne peut être positionné à l'endroit proposé, qui définit le monopole pharmaceutique. Comme il ne concerne pas non plus l'exercice de la profession, sa place se situe plutôt, me semble-t-il, parmi les dispositions du code détaillant l'activité des différentes branches du métier de pharmacien.

Ensuite, selon la jurisprudence constante du Conseil d'État, les pharmacies mutualistes sont des officines de droit commun, hormis pour leur propriété, leur création et les patients desservis. Les citer spécifiquement jetterait donc un doute fâcheux sur le principe selon lequel tous les autres articles du code traitant de l'activité des officines s'appliquent à elles de la même façon.

Enfin, cet amendement prévoit que les pharmaciens pourront, dans un cadre très précis, jouer un rôle de relais pour le suivi et l'ajustement optimal des traitements médicamenteux.

M. le président. Le sous-amendement n° 278 rectifié, présenté par M. About, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le huitième alinéa (7°) du texte proposé par le 2° de l'amendement n° 144 rectifié *ter* pour l'article L. 5125-1-1A du code de la santé publique :

« 7° Peuvent, dans le cadre des coopérations prévues par l'article L. 4011-1, être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient. À ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médicaments destinés à en optimiser les effets ;

Le sous-amendement n° 1350, présenté par M. About, est ainsi libellé :

Remplacer le dernier alinéa du texte proposé par l'amendement n° 144 rectifié *quater* par deux alinéas ainsi rédigés :

« 9° Peuvent délivrer, après avoir reçu une formation spécifique, pour trois mois et sans renouvellement possible, une contraception œstroprogestative aux femmes de plus de quinze ans et de moins de trente-cinq ans.

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application des 7°, 8° et 9°. »

Ces sous-amendements ne sont pas soutenus.

M. Alain Milon, rapporteur. Je les reprends au nom de la commission, monsieur le président.

M. le président. Il s'agit donc des sous-amendements n° 278 rectifié *bis* et 1350 rectifié.

Vous avez la parole pour les défendre, monsieur le rapporteur.

M. Alain Milon, rapporteur. Le sous-amendement n° 278 rectifié *bis* vise à offrir la possibilité aux pharmaciens d'officine d'être désignés comme correspondants par le patient au sein de l'équipe de soins. Il est de nature à favoriser la bonne mise en œuvre des traitements.

Le sous-amendement n° 1350 rectifié tend à rétablir la possibilité pour le pharmacien, prévue par le texte de la commission, de délivrer une contraception aux jeunes femmes ne présentant pas de contre-indications médicales. La commission estime qu'il s'agit là d'une nécessité de santé publique. Toutes les précautions nécessaires sont prises dans le texte proposé : une formation spécifique est prévue pour le pharmacien ; celui-ci ne pourra délivrer le contraceptif que pour une période de trois mois, sans renouvellement possible, aux seules femmes âgées de quinze ans à trente-cinq ans ; enfin, un décret en Conseil d'État précisera les conditions d'application de cette disposition, notamment le fait de délivrer la contraception œstroprogestative pour la première fois.

M. le président. L'amendement n° 277, présenté par M. About, est ainsi libellé :

Dans le premier alinéa du texte pour par cet article pour l'article L. 4211-1-1 du code de la santé publique, supprimer les mots :

et mutualistes

Cet amendement n'est pas soutenu.

M. Alain Milon, rapporteur. Je le reprends également au nom de la commission, monsieur le président.

M. le président. Il s'agit donc de l'amendement n° 277 rectifié.

Vous avez la parole pour le défendre, monsieur le rapporteur.

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement, qui deviendrait sans objet si l'amendement n° 144 rectifié *quater* était adopté, vise à supprimer la référence aux pharmaciens mutualistes, qui nous semble inutile étant donné que ces derniers sont des pharmaciens d'officine.

M. le président. L'amendement n° 634, présenté par M. Barbier, est ainsi libellé :

Supprimer l'avant-dernier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 4211-1-1 du code de la santé publique.

L'amendement n° 624 rectifié, présenté par MM. Barbier et Charasse, Mme Escoffier et MM. Marsin, Milhau, de Montesquiou et Vall, est ainsi libellé :

Dans l'avant-dernier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 4211-1-1 du code de la santé publique, après le mot : « femmes », sont insérés les mots : « de plus de seize ans et ».

La parole est à M. Gilbert Barbier, pour défendre ces deux amendements.

M. Gilbert Barbier. L'autorisation donnée au pharmacien de délivrer la pilule contraceptive pour une période de trois mois pose un véritable problème. Les pharmaciens qui auront reçu une formation spécifique deviendront ainsi prescripteurs.

Tout d'abord, quelle est cette formation spécifique que recevront les pharmaciens ? S'agit-il d'un cours complémentaire de chimie galénique ou d'une formation à la psychologie de la sexualité ? (*Mme la ministre s'esclaffe.*) En toute hypothèse, cela constitue une offense à cette corporation.

Par ailleurs, comment seront identifiées les officines habilitées à délivrer la pilule ? Apposeront-elles sur leur vitrine un nouveau logo ou une affiche ?

Même s'il existe quelques pratiques déviantes ici ou là, je voudrais souligner que la responsabilité du pharmacien sera engagée à chaque fois. Or, le traitement contraceptif n'est pas totalement anodin ; des contre-indications existent, y compris chez la femme jeune. Comment le pharmacien procédera-t-il ? Exigera-t-il des examens complémentaires ? Et, dans ce cas, comment pourra-t-il contraindre une personne à se rendre dans un laboratoire pour réaliser des analyses ? Fera-t-il cette délivrance au seul aperçu de sa cliente, éventuellement après avoir pris sa tension ? Comment va-t-il dépister une pathologie latente : hypothyroïdie, affection surrénalienne, atteinte hépatique familiale, etc. ?

Certes, j'entends bien les observations faites par les auteurs de cette proposition : il s'agit d'éviter les grossesses non désirées. Je ne suis pas du tout persuadé que le recours à cette prise contraceptive, en catimini – cela se fera quand même d'une manière un peu clandestine, même si le pharmacien est habilité –, puisse être à l'origine d'une diminution du recours à l'IVG.

Le traitement contraceptif – il s'agit bien, en effet, d'un traitement – nécessite une mise en route qui ne peut se faire pour trois mois, voire pour une soirée. Vous savez bien, mes chers collègues, que la prise désordonnée de la pilule contraceptive, son arrêt intempestif sont quotidiennement responsables de grossesses non désirées.

Enfin, en précisant que la pilule peut être délivrée « aux femmes de moins de trente-cinq ans », le texte de la commission ouvre l'accès de la contraception aux jeunes filles mineures. À la limite, une fillette de un an pourrait donc se voir délivrer la pilule ... (*Sourires.*), même si j'exagère sans doute un peu !

M. Guy Fischer. Un peu, en effet !

M. Gérard Dériot, *vice-président de la commission des affaires sociales.* À peine !

M. Gilbert Barbier. Le sous-amendement n° 1350 rectifié prévoit que la pilule contraceptive pourra être délivrée aux femmes de plus de quinze ans. Lors de notre débat en commission, j'avais souhaité qu'elle le soit à partir de seize ans, âge de délivrance de la carte vitale. On m'a alors objecté que cette carte était remise à partir de quinze ans.

Après vérification, je vous confirme que la carte vitale est délivrée à partir de seize ans. Si l'amendement n° 1350 rectifié était adopté, je souhaiterais donc que l'âge de seize ans puisse être rétabli. C'est l'objet de l'amendement n° 624 rectifié.

Le texte proposé par la commission pour l'avant-dernier alinéa de l'article L. 4211-1-1 du code de la santé publique pose à mon avis d'énormes problèmes, d'où mon amendement n° 634, tendant à sa suppression. Il s'agit non pas d'une position idéologique de ma part,...

M. François Autain. Je n'en suis pas si sûr !

M. Gilbert Barbier. ...mais bien d'une mesure destinée à protéger la santé de ces jeunes femmes.

Je demande donc, au nom du RDSE, un scrutin public sur le sous-amendement n° 1350 rectifié, qui tend à insérer cette disposition dans l'amendement n° 144 rectifié *quater*.

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

M. Alain Milon, *rapporteur.* L'amendement n° 144 rectifié *quater* apporte des précisions intéressantes en termes de codification et au sujet des pharmaciens mutualistes. La commission y est donc favorable, sous réserve de l'adoption des deux sous-amendements que j'ai présentés. On peut en effet s'interroger sur la portée normative du 7° de cet amendement, et la rédaction proposée dans le sous-amendement n° 278 rectifié *bis* nous semble préférable. Par ailleurs, le sous-amendement n° 1350 rectifié complètement favorablement le texte de cet amendement pour le rendre pleinement conforme au texte adopté par la commission.

En revanche, la commission émet un avis défavorable sur l'amendement n° 634, qui tend à revenir sur la possibilité pour les pharmaciens de délivrer sans ordonnance une contraception œstroprogestative.

Enfin, la commission est défavorable à l'amendement n° 624 rectifié, qui vise à réserver la délivrance de cette contraception aux jeunes filles de plus de seize ans. Nous avons beaucoup discuté de ce sujet en commission. M. About étant médecin, il envisageait évidemment d'autoriser la délivrance de la pilule non pas aux fillettes de un an, mais aux jeunes filles à partir de leur majorité sexuelle ! Celle-ci étant fixée à quinze ans, il n'y a pas de raison de revenir sur cette disposition. Je rappelle d'ailleurs que la commission a émis un avis favorable sur le sous-amendement n° 1350, déposé par M. About, qui prévoit la délivrance de la pilule par les pharmaciens pour les femmes âgées de quinze à trente-cinq ans.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* Le Gouvernement émet un avis favorable sur l'amendement n° 144 rectifié *quater*, sous réserve de l'adoption du sous-amendement n° 278 rectifié *bis*.

En revanche, il demande le retrait du sous-amendement n° 1350 rectifié, sur lequel, à défaut, il émettra un avis défavorable.

Nous discuterons ultérieurement des dispositions prévues par l'amendement n° 795, à l'article 22 *ter*, dispositions qui autoriseraient les pharmaciens à renouveler une prescription existante pour un contraceptif oral et auxquelles je serai favorable.

En revanche, il ne me paraît pas opportun que les pharmaciens puissent délivrer une primo-prescription de pilule œstroprogestative, et ce pour plusieurs raisons.

Les pharmaciens n'ont pas vocation à établir un diagnostic et à identifier les facteurs de risques qui pourraient constituer des contre-indications à la prise de cette pilule. Nous savons que ces contre-indications existent – elles sont d'ailleurs parfaitement répertoriées –, et les pharmaciens auraient beaucoup de mal à les détecter. De ce fait, ces derniers ne sauraient remplacer les gynécologues ou les médecins généralistes dans cette mission ni, il faut bien le dire, dans l'orientation vers un quelconque contraceptif.

En général, l'abandon d'une méthode contraceptive est dû à l'inadaptation du traitement à la personne. Je mène des campagnes d'information pour l'expliquer, et je me bats pour démontrer que, dans notre système, penser en termes de « tout pilule » – pardonnez-moi d'utiliser, pour simplifier, cette formule un peu triviale – n'est pas la bonne démarche. Il existe en effet un panel de dispositifs et de produits contraceptifs, et la gamme des contraceptifs oraux est, elle-même, extrêmement ouverte.

M. Dominique Leclerc. Voilà !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* Par exemple, certains produits non remboursés sont beaucoup plus chers que des pilules remboursées, rendant pourtant les mêmes services, et ils n'apportent aucun avantage aux femmes qui les utilisent. Ils sont simplement le fruit d'opérations de marketing des laboratoires pharmaceutiques.

Or on peut imaginer que certains pharmaciens aient la tentation de prescrire les contraceptifs les plus coûteux. C'est un point auquel il faut veiller...

Par ailleurs, quand bien même les pharmaciens ne pourraient délivrer que des prescriptions pour trois mois et sans renouvellement possible, il est en fait extrêmement facile de faire du nomadisme pharmaceutique et, dans les grandes villes, de changer tous les trois mois de pharmacien pour obtenir sa pilule contraceptive.

Est-il difficile d'obtenir un contraceptif oral dans les circuits médicaux classiques ou dans les centres de planning familial ? Évidemment non !

Par conséquent, non seulement les circuits actuels ne présentent pas de difficultés, mais, en plus, le système proposé pourrait permettre à une jeune fille ou une jeune femme de prendre un contraceptif oral sans jamais faire les bilans sanguins ni les examens complémentaires qui sont nécessaires.

Toute une politique de prévention gynécologique, qui est aujourd'hui bien installée, et toute une culture dans ce domaine, qui s'hérite de mère en fille, risque ainsi d'être

mises à mal par une délégation de tâche qui n'est réclamée par personne, et en tout cas pas par les pharmaciens. (*M. Dominique Leclerc applaudit.*)

Pour toutes ces raisons, une telle disposition ne me paraît pas souhaitable.

M. Dominique Leclerc. Très bien !

M. le président. Je mets aux voix le sous-amendement n° 278 rectifié *bis*.

(*Le sous-amendement est adopté.*)

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

M. Alain Milon, rapporteur. Je voudrais revenir sur quelques points avant que nous passions au vote sur le sous-amendement n° 1350 rectifié, qui, me semble-t-il, a une certaine valeur.

Je voudrais tout d'abord faire remarquer que le nomadisme pharmaceutique existe, même avec une ordonnance délivrée par un médecin.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ce n'est pas la peine d'en rajouter !

M. Alain Milon, rapporteur. De toute évidence, il suffit qu'une personne dispose d'une première ordonnance pour pouvoir aller régulièrement solliciter un pharmacien, en expliquant qu'elle n'a pas eu le temps d'aller consulter son médecin. Cela se fait régulièrement ! Pour moi, cet argument n'est donc pas scientifiquement valable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Il ne s'agit pas d'une primo-prescription !

M. Alain Milon, rapporteur. Le renouvellement peut concerner une primo-prescription qui n'a jamais été vérifiée ni contrôlée par le médecin par la suite. Dans ce cas, la situation est parfaitement identique !

Par ailleurs, il existe effectivement des contre-indications répertoriées, qu'il est extrêmement important de respecter. Mais les pharmaciens disposent de listes de maladies ; ils peuvent ainsi, après avoir interrogé la personne, savoir s'il y a véritablement contre-indication.

J'ai déjà eu l'occasion de discuter, avec Gilbert Barbier, des fortes inquiétudes qui sont liées à la pilule contraceptive et à la première prescription de cette pilule. Il ne faut pas non plus exagérer d'une manière considérable cette étape : il est absolument faux de prétendre qu'une jeune fille qui prend la pilule pour la première fois met sa vie en danger. Ce n'est pas vrai du tout !

Certes, il existe des risques inhérents à certains types de maladies, que le pharmacien peut évidemment détecter, mais, la plupart du temps, la première prescription ne présente pas de danger.

De plus, la première prescription, qu'elle soit rédigée par un médecin, un gynécologue ou un gynécologue obstétricien, est généralement délivrée après un examen purement clinique et sans attendre les résultats d'autres examens. En effet, la demande de pilule contraceptive étant souvent pressante, on prescrit le traitement en même temps que les examens nécessaires, dont les résultats, de ce fait, ne sont contrôlés qu'*a posteriori*, après une utilisation de la pilule pendant un, deux ou trois mois.

Très honnêtement, je ne pense pas que la primo-prescription visée par le sous-amendement 1350 rectifié puisse entraîner un quelconque danger. Quant au nomadisme pharmaceutique, il ne me paraît pas un argument de poids, puisque, de toute façon, il existe.

C'est pourquoi, pour ma part, je voterai le sous-amendement n° 1350 rectifié.

M. François Autain. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Dominique Leclerc, pour explication de vote sur le sous-amendement n° 1350 rectifié.

M. Dominique Leclerc. Cette question est relativement importante.

D'une part, un principe est établi : le pharmacien dispense le médicament et le médecin le prescrit, après consultation.

D'autre part, sur un plan médical – Mme la ministre l'a bien expliqué –, il existe différentes sortes de pilules contraceptives, qui sont plus ou moins dosées en œstrogènes. Par conséquent, prescrire une pilule donnée n'est pas anodin, alors qu'une personne viendra *a priori* demander un renouvellement pour un médicament qu'elle tolère et qui lui donne satisfaction.

J'attire donc votre attention, mes chers collègues, sur le fait que cet amendement n'est pas sans conséquence. C'est pourquoi je voterai contre.

M. le président. La parole est à Mme Nathalie Goulet, pour explication de vote.

Mme Nathalie Goulet. Mme la ministre a développé une argumentation à laquelle j'ai été très sensible.

Elle a indiqué que la culture en matière de prévention gynécologique s'héritait de mère en fille. Je crois, pour ma part, qu'elle s'améliore.

Il est essentiel, précisément pour ce type de prescriptions, que les premiers contacts aient lieu avec le corps médical. Je ne sais si certains de nos collègues présents ont des filles, mais le fait que la prescription d'un contraceptif soit délivrée par un médecin, au moins pour la première fois, apporte un certain nombre de garanties.

Par ailleurs, il me semble extrêmement important que, dès cet âge, des habitudes soient prises en matière de traitement et de respect des parcours de soins. En particulier, le recours à la contraception, qui n'est pas un acte anodin, doit être encadré. Cela n'a rien à voir avec la morale... Il s'agit d'un problème médical, qui pose des questions de contre-indications.

Pour toutes ces raisons, je ne voterai pas non plus ce sous-amendement n° 1350 rectifié.

M. le président. Je mets aux voix le sous-amendement n° 1350 rectifié.

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

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° 174 :

Nombre de votants	315
Nombre de suffrages exprimés	311
Majorité absolue des suffrages exprimés	156
Pour l'adoption	10
Contre	301

Le Sénat n'a pas adopté.

Je mets aux voix l'amendement n° 144 rectifié *quater*, modifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, l'article 14 *bis* est ainsi rédigé, et les amendements n°s 277 rectifié, 634 et 624 rectifié n'ont plus d'objet.

Article 14 *ter*

(Texte modifié par la commission)

I. - L'article L. 6323-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À la fin de la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « professionnels de santé » sont remplacés par les mots : « professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux » ;

2° Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant dans une maison de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Tout membre de la maison de santé adhère à ce projet de santé. Celui-ci est transmis pour information à l'agence régionale de santé et de l'autonomie.

« Les maisons de santé et les réseaux de santé signataires du contrat mentionné à l'article L. 1435-3 perçoivent une dotation de financement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, laquelle contribue à financer l'exercice coordonné des soins. À cet effet, une part du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins est affectée au financement de maisons de santé et de réseaux de santé. Le montant de cette part est fixé chaque année dans la loi de financement de la sécurité sociale. Les modalités d'attribution de cette part ainsi que des dotations des maisons de santé et des réseaux de santé sont fixées par le comité national de gestion du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins et approuvées par le conseil national de la qualité et de la coordination des soins. »

II. - L'article L. 6323-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les centres de santé signataires du contrat mentionné à l'article L. 1435-3 perçoivent une dotation de financement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, laquelle contribue à financer l'exercice coordonné des soins, selon des modalités fixées par le comité national de gestion du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins et approuvées par le conseil national de la qualité et de la coordination des soins. »

M. le président. L'amendement n° 470, 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 :

Avant le 1° du I de cet article, insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Dans le premier alinéa, les mots : « sans hébergement » sont remplacés par les mots : « de premier recours au sens de l'article L. 1411-11, et le cas échéant de second recours au sens de l'article L. 1411-12, » ;

La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

En effet, l'article L. 6323-3 du code de la santé publique dispose que « les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales ». Or, pour tenir pleinement compte des dispositions adoptées à l'article 14 et de celles qui sont visées à l'article 14 *ter*, il nous semble préférable de parler, en lieu et place de « soins sans hébergement », de « soins de premier recours ».

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

M. Alain Milon, rapporteur. La précision selon laquelle les maisons de santé assurent des soins sans hébergement, que l'amendement vise à supprimer au profit d'un renvoi aux articles concernant les soins de premier et de second recours, est utile.

Aussi, la commission demande à son auteur de bien vouloir retirer cet amendement. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le Gouvernement émet un avis défavorable pour les mêmes raisons que la commission.

M. le président. Monsieur Fischer, l'amendement n° 470 est-il maintenu ?

M. Guy Fischer. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 470 est retiré.

L'amendement n° 25 rectifié, présenté par MM. Darniche et Retailleau, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le 1° du I de cet article :

1° La première phrase du deuxième alinéa est ainsi rédigée : « Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels médicaux, des auxiliaires médicaux et, le cas échéant, des pharmaciens. »

Cet amendement n'est pas soutenu.

L'amendement n° 175 rectifié *ter*, présenté par MM. Pinton, Mayet et P. Blanc, Mmes Desmarescaux et Rozier et M. Pointereau, est ainsi libellé :

Au début du deuxième alinéa du 2° du I de cet article, après les mots :

professionnels médicaux

insérer les mots :

(médecins généralistes et spécialistes)

Cet amendement n'est pas soutenu.

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

L'amendement n° 362 rectifié, présenté par M. Juilhard, est ainsi libellé :

Supprimer le dernier alinéa du 2° du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6323-3 du code de la santé publique.

Cet amendement n'est pas soutenu.

M. Alain Milon, rapporteur. Je le reprends au nom de la commission, monsieur le président.

M. le président. Il s'agit donc de l'amendement 362 rectifié *bis*.

Vous avez la parole pour le défendre, monsieur le rapporteur.

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement de simplification vise à compléter les dispositions relatives à la dotation de financement que percevraient, pour le financement de l'exercice coordonné des soins, les structures de soins ambulatoires du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, le FIQCS.

M. le président. L'amendement n° 471, 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 dernier alinéa du 2° du I de cet article, après le mot :

perçoivent

insérer les mots :

, si elles appliquent des tarifs opposables,

La parole est à M. François Autain.

M. François Autain. Madame la ministre, avec cet article 14 *ter*, vous entendez permettre aux maisons de santé de disposer d'un financement reposant sur le FIQCS.

Ce fonds a été créé par l'article 94 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 par la fusion de la dotation régionale des réseaux et du fonds d'aide à la qualité des soins de ville, le FAQSV.

Pour notre part, nous ne sommes pas opposés à ce que le FIQCS puisse servir à financer les maisons de santé, notamment parce que l'exercice collectif qui est propre à ces structures et aux réseaux de santé, ainsi qu'aux centres de santé, est de nature à favoriser l'installation de professionnels qui craignent d'exercer solitairement.

Financer les maisons et les centres de santé est conforme à l'un des objectifs du FIQCS. Toutefois, durant ce débat, nous n'avons cessé de répéter que, s'il est juste et légitime d'encourager, par des mesures incitatives, l'installation des professionnels de santé, il faut également contraindre ceux qui bénéficient de dotations publiques à respecter les tarifs opposables.

À travers cet amendement, nous proposons une logique que les économistes aiment parfois à qualifier de « gagnant-gagnant ». Nous considérons que le fait de bénéficier de financements publics doit impérativement entraîner un certain nombre d'obligations, à commencer par le respect des tarifs opposables.

Nous sommes conscients que, la plupart du temps, il s'agit de médecins généralistes qui, parce qu'ils relèvent du secteur 1, respectent l'opposabilité des tarifs. Mais, dans certains cas, il peut s'agir de spécialistes qui procèdent à des dépassements d'honoraires.

Pour toutes ces raisons, nous vous invitons à adopter notre amendement.

Mme Nathalie Goulet. Très bien !

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission émet un avis défavorable sur l'amendement n° 471, car celui-ci a pour objet de conditionner la dotation au titre de la qualité et de la coordination des soins à la pratique, par les maisons de santé, de tarifs opposables. Or cela limiterait le développement de ces maisons, ce qui est contraire à l'objectif visé par l'article.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le Gouvernement émet bien entendu un avis favorable sur l'amendement n° 362 rectifié *bis*. En revanche, il émet un avis défavorable sur l'amendement n° 471.

Si nous voulons atteindre notre objectif d'un maillage du territoire par les maisons de santé pluridisciplinaires, que nous financerons dans les zones en difficulté, il faut que celles-ci puissent attirer des spécialistes, même s'ils exercent en secteur 2 !

M. Jacques Blanc. Très bien !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Si nous ne laissons pas ces derniers s'installer et si, parallèlement, nous n'arrivons pas à faire venir des spécialistes exerçant en secteur 1, nous aboutirions à un résultat tout à fait négatif.

En outre, il ne nous appartient pas de nous immiscer dans les relations conventionnelles.

M. Guy Fischer. Ah !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Laissons les choses en l'état et rendons ces maisons attractives pour les professionnels qui voudront bien venir s'y installer.

M. Guy Fischer. Liberté, liberté...

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

M. François Autain. Si les tarifs opposables des spécialistes étaient plus élevés, peut-être certains d'entre eux, notamment ceux qui acceptent d'exercer en maison de santé, ne seraient-ils pas obligés de pratiquer des dépassements d'honoraires !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Dites-moi alors quelle cotisation il faut augmenter ! La CSG ?

M. François Autain. Peut-être les pouvoirs publics devraient-ils autoriser les spécialistes acceptant d'exercer en maison de santé pluridisciplinaire à revaloriser les honoraires auxquels ils peuvent prétendre, de manière qu'ils ne soient pas obligés de recourir à des dépassements d'honoraires.

Je suis choqué que des médecins qui exercent dans ces structures bénéficiant de fonds publics puissent pratiquer des dépassements d'honoraires. Or, plutôt que de chercher à éviter ce genre de situation, les pouvoirs publics semblent l'accepter comme une fatalité. C'est bien regrettable.

M. Guy Fischer. C'est le patient qui paie !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 362 rectifié *bis*.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, l'amendement n° 471 n'a plus d'objet.

Je suis saisi des deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 894, présenté par M. Juillard, est ainsi libellé :

Supprimer le II de cet article.

Cet amendement n'est pas soutenu.

M. Alain Milon, rapporteur. Je le reprends au nom de la commission, monsieur le président.

M. le président. Il s'agit donc de l'amendement n° 894 rectifié.

Vous avez la parole pour le défendre, monsieur le rapporteur.

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement de coordination avec l'amendement n° 895 *quater* vise à compléter, pour les simplifier, les dispositions relatives à la dotation de financement que percevraient, pour le financement de l'exercice coordonné des soins, les structures de soins ambulatoires du FIQCS.

M. le président. L'amendement n° 714, 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, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Compléter le II de cet article par un alinéa ainsi rédigé :

« Les professionnels de santé exerçant dans un centre de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Tout membre du centre de santé adhère à ce projet de santé. Celui-ci est transmis pour information à l'agence régionale de santé. »

La parole est à M. Bernard Cazeau.

M. Bernard Cazeau. Nous proposons que les professionnels exerçant dans un centre de santé élaborent un projet de santé de la même manière que ceux qui exercent dans une maison de santé.

À cet égard, il nous paraît important que la loi fixe certains principes, en l'occurrence celui de l'égalité entre les centres de santé et les autres formes d'exercice de la médecine, en particulier dans les maisons de santé, afin de bien marquer notre soutien à la diversité des modes d'exercice de la médecine.

C'est peut-être ainsi que nous ferons évoluer un certain nombre de situations, notamment celles qu'évoquait Mme la ministre à la suite de l'intervention de Guy Fischer.

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

M. Alain Milon, rapporteur. L'élaboration d'un projet paraît moins nécessaire à la commission pour les centres qui emploient des salariés que pour les autres formes de coopération regroupant des professionnels libéraux. Néanmoins, dès lors qu'il sera possible de créer des centres de santé privés, un tel projet sera susceptible de garantir l'autonomie de professionnels de santé et pourra leur permettre de se consacrer aux soins.

C'est pourquoi la commission s'en remet à la sagesse du Sénat.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le Gouvernement émet un avis favorable sur l'amendement n° 894 rectifié.

En revanche, je suis surprise par l'amendement n° 714, d'autant que son auteur, M. Cazeau, a fait preuve depuis le début de l'examen de ce texte d'une assiduité que je veux saluer.

En effet, l'article 1^{er} du projet de loi dispose ceci : « Les centres de santé élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique.

« Le projet médical du centre de santé géré par un établissement de santé est distinct du projet d'établissement. »

Ainsi, le projet de santé élaboré par le centre de santé est cité dès le sixième alinéa du XII de l'article 1^{er} du projet de loi.

Aussi, je demanderai à son auteur de bien vouloir retirer cet amendement.

M. le président. Monsieur Cazeau, l'amendement n° 714 est-il maintenu ?

M. Bernard Cazeau. Non, je le retire, monsieur le président. Ce point nous avait échappé.

M. le président. L'amendement n° 714 est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 894 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 14 *ter*, modifié.

(L'article 14 *ter* est adopté.)

Article 14 *quater*

(Texte modifié par la commission)

Après l'article L. 6323-3 du code de la santé publique, il est inséré un chapitre III *ter* ainsi rédigé :

« CHAPITRE III *TER*

« *Pôles de santé*

« Art. L. 6323-4. - Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours au sens de l'article L. 1411-11, le cas échéant de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L. 1434-5.

« Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale.

« Les pôles de santé signataires du contrat mentionné à l'article L. 1435-3 perçoivent une dotation de financement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, laquelle contribue à financer l'exercice coordonné des soins, selon des modalités fixées par le comité national de gestion du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins et approuvées par le conseil national de la qualité et de la coordination des soins. »

M. le président. L'amendement n° 1226, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Supprimer le dernier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 6323-4 du code de la santé publique.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cet amendement complète l'amendement n° 895 rectifié, qui vise à fusionner en un seul article les dispositions relatives à la dotation de financement que percevaient les structures de soins ambulatoires, à savoir les maisons de santé, les centres de santé, les pôles de santé et les réseaux de santé. Je souhaite en effet que les pôles de santé puissent bénéficier d'une dotation du FIQCS dans les mêmes conditions que les centres de santé et les maisons de santé.

Dans le cas où ce dernier amendement serait adopté, il conviendrait que soient supprimées de l'article 14 *quater* les dispositions identiques, et donc redondantes, relatives aux aides attribuées aux pôles de santé.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission émet un avis favorable sur cet amendement de cohérence.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1226.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 14 *quater*, modifié.

(L'article 14 quater est adopté.)

Article additionnel après l'article 14 *quater* (réservé)

M. le président. L'examen de l'amendement tendant à insérer un article additionnel après l'article 14 *quater* a été réservé jusqu'après l'article 21 *nonies*.

Article 14 *quinquies*

(Texte non modifié)

Avant le 15 septembre 2009, le Gouvernement présente au Parlement un rapport évaluant l'intérêt qu'il y aurait à rendre l'article L. 3111-9 du code de la santé publique applicable aux personnes exerçant ou ayant exercé une activité professionnelle ou volontaire au sein de services d'incendie et de secours qui ont été vaccinées contre l'hépatite B depuis la date d'entrée en vigueur de la loi n° 91-73 du 18 janvier 1991 portant dispositions relatives à la santé publique et aux assurances sociales. – *(Adopté.)*

Articles additionnels après l'article 14 *quinquies* (réservés)

M. le président. L'examen des amendements tendant à insérer des articles additionnels après l'article 14 *quinquies* a été réservé jusqu'après l'article 21 *nonies*.

Article additionnel avant l'article 15 (réservé)

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

Article 15

(Texte modifié par la commission)

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

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

« 1° L'organisation de cette première année des études de santé ;

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

« 3° Les modalités d'admission des étudiants dans chacune des filières à l'issue de la première année ;

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

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

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

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

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

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

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

« Un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé détermine pour une période de cinq ans le nombre d'internes à former par spécialité, en particulier celle de médecine générale, et par subdivision territoriale, compte tenu de la situation de la démographie médicale dans les différentes spécialités concernées et de son

évolution au regard des besoins de prise en charge spécialisée et compte tenu des capacités de formation des différentes subdivisions.

« Un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé détermine les modalités en fonction desquelles tout étudiant qui présente le concours d'entrée en deuxième année d'études de médecine est informé de l'objectif de la collectivité nationale de rééquilibrage de la densité médicale sur le territoire et des mesures permettant d'y concourir.

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

« Les élèves médecins des écoles du service de santé des armées exercent leur choix au sein d'une liste établie, en fonction des besoins des armées, par arrêté du ministre de la défense et des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé. Un décret en Conseil d'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. La parole est à M. François Autain, sur l'article.

M. François Autain. L'article 15 prévoit des mesures destinées à remédier aux difficultés que nous connaissons du fait de la dégradation de la démographie médicale. Ces difficultés tiennent moins au nombre de médecins qu'à leur inégale répartition territoriale et disciplinaire.

La note récente de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, la DRESS, et les résultats de février 2009 démontrent – vous l'avez rappelé, madame la ministre – qu'il n'y a jamais eu autant de médecins dans notre pays. Ils étaient 208 000 au 1^{er} janvier 2007, ce qui

constitue un véritable record. En revanche, à l'horizon 2020, la densité médicale pourrait atteindre son point bas, avec 276 médecins pour 100 000 habitants.

Si nous voulons rattraper notre retard, il ne suffira pas de maintenir le *numerus clausus* à son niveau de 2008. Il faudra l'augmenter pour pouvoir prétendre, en 2030, retrouver une situation semblable à celle que nous connaissons actuellement.

Les médecins sont nombreux, mais ils sont inégalement répartis sur le territoire. Le ministère de la santé a fait paraître, l'année dernière me semble-t-il, une note démontrant qu'un nombre très important de Français n'a pas accès à des soins dans des conditions normales.

Ce nombre avait été évalué à près de 2,5 millions. Lors du débat que nous avons eu sur la démographie médicale dans le cadre de l'examen du projet de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, vous avez déclaré, que, en fait, ce sont 4 millions de Français qui n'auraient pas accès aux soins dans des conditions normales. Il y a là un grave déficit que les dispositions que vous nous proposez à l'article 15 ne sont malheureusement pas à même de combler.

Vous avez recours à deux types de mesures : l'augmentation et la régionalisation du *numerus clausus*, d'une part, la création de contrats de solidarité, d'autre part.

En tout état de cause, il ne suffit pas d'augmenter le *numerus clausus*, ni même de le régionaliser, pour répondre aux difficultés actuelles. Ces difficultés, je le répète, sont liées moins au nombre de médecins qu'à la mauvaise répartition de ces derniers.

Il ne suffit pas d'augmenter le *numerus clausus* pour obtenir une meilleure répartition entre disciplines médicales ou une progression du nombre de médecins généralistes

Supposons que l'on décide d'accroître le nombre de postes d'internes en spécialité de médecine générale. D'abord, il n'y a pas de certitude que tous les postes seront pourvus. Ensuite, l'évasion est considérable : aujourd'hui, seuls 40 % des internes en spécialité de médecine générale exerceront effectivement le métier de médecin généraliste.

Un nombre croissant d'internes en spécialité de médecine générale choisissent d'autres options ou des modes d'exercice particuliers. On pourrait d'ailleurs s'interroger sur les raisons – mais elles sont multiples – pour lesquelles la spécialité de médecin généraliste n'attire pas autant qu'on pourrait le souhaiter les internes en spécialité de médecine générale.

L'article 15 n'apporte pas de réponse à ces problèmes. On augmente certes le *numerus clausus*, mais on ne prévoit pas les moyens qui permettront de former les médecins.

Les contrats de solidarité ne permettent pas davantage de répondre à ce problème, d'autant qu'ils ont été sensiblement modifiés par la commission. Désormais, ils ne constituent plus une obligation pour les médecins. En outre, ils ne s'appliqueront qu'en 2016. Ils ne nous permettront donc pas de faire face à l'urgence de la situation.

L'article 15 ne répond absolument pas aux questions ni aux problèmes de l'heure. C'est pourquoi nous ne pourrions sans doute pas le voter s'il reste en l'état.

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

M. Alain Milon, rapporteur. L'article 15 nous permet d'aborder le sujet essentiel de la démographie médicale.

Nous le savons tous ici, que nous soyons élus de zones rurales ou urbaines, ce sera l'un des problèmes majeurs de l'accès aux soins dans les années qui viennent. C'est pourquoi nous devons l'anticiper et prendre dès à présent un certain nombre de mesures.

Pour les définir, il faut s'accorder au préalable sur quelques grandes idées, afin de permettre la conciliation, d'une part, du principe fondamental du droit à la santé et de l'accès aux soins et, d'autre part, du principe de liberté d'installation des médecins qui, je le précise, n'a pas valeur constitutionnelle et peut faire l'objet d'aménagements, comme l'a indiqué le Conseil constitutionnel.

Je tiens à insister sur le fait que toutes les mesures susceptibles de faire évoluer la situation ne sont pas d'ordre législatif.

Ainsi, la fixation du *numerus clausus*, qui est l'un des premiers facteurs sur lesquels on peut intervenir, est entre les mains des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.

La commission des affaires sociales considère qu'il est impératif d'élargir rapidement ce *numerus clausus*. En effet, le temps médical d'un médecin formé aujourd'hui est très différent de celui que l'on constatait voilà encore quelques années, du fait, entre autres, de la féminisation de la profession, de la durée hebdomadaire de travail, des changements d'orientation professionnelle. Il nous semble que l'on ne tient pas assez compte de ces données.

En outre, il est assez surprenant de devoir faire appel à des médecins formés à l'étranger alors que l'on interdit l'accès à la formation médicale de jeunes qui sont recalés à la fin de leur première année d'études avec des moyennes plus qu'honorables. Nous serions donc heureux, madame la ministre, de vous entendre sur ce sujet.

L'article 15 prévoit, ce qui particulièrement opportun, que l'on détermine pour une période de cinq ans le nombre d'internes à former par spécialité.

Pour satisfaire les besoins de santé des zones sous-denses, qui seront désormais clairement identifiés dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire, les SROS, toutes sortes de mesures peuvent être envisagées.

Nous sommes très favorables à tout ce qui pourra être mis en place sur le mode incitatif. Les collectivités territoriales ont d'ailleurs déjà expérimenté avec succès un certain nombre de dispositifs. Il reviendra aux agences régionales de santé et à leurs directeurs généraux de faire preuve du même dynamisme et de la même créativité afin de faire évoluer les tendances actuelles dans certaines zones de notre territoire.

La majorité de la commission ne croit pas à l'efficacité de mesures coercitives. L'enjeu est plutôt aujourd'hui d'attirer les jeunes, à travers des moyens positifs et non négatifs, vers des zones moins bien pourvues sur le plan médical et vers des formes d'exercice de la médecine plus collectives, adaptées à la nouvelle situation. Nous sommes persuadés que cela est possible.

L'avis de la commission sur les nombreux amendements déposés à l'article 15 reflétera l'ensemble de ces convictions.

M. le président. La parole est à M. Jacques Blanc, sur l'article.

M. Jacques Blanc. L'avenir des soins de proximité – médecins et professions paramédicales – est préoccupant.

Un élu d'une zone rurale ou de montagne qui considère l'âge des médecins actifs et les perspectives d'évolution ne peut qu'être très inquiet.

Certes, il n'y a jamais eu autant de médecins. Mais il faut aussi tenir compte de leur répartition. En Lozère, par exemple, le centre d'urgence de l'hôpital de Mende emploie dix-neuf médecins qui travaillent 35 heures, peut-être même moins.

M. François Autain. Ils ne font rien, ces médecins!

M. Jacques Blanc. D'une manière générale, un grand nombre de médecins exercent en milieu hospitalier, mais les médecins libéraux sont moins nombreux en zone rurale. Ce n'est pas une critique, c'est un constat.

Par ailleurs, la profession est féminisée à plus de 50 %. Ces femmes, et on les comprend, veulent maîtriser leur emploi du temps, et elles exercent donc souvent à temps partiel.

En outre, il existe des fonctions médicales dans divers secteurs.

Lorsque l'on compare le nombre de médecins en France et dans d'autres pays européens, il faut tenir compte de ces données. En fait, il n'est pas étonnant que l'on manque de médecins dans les campagnes, mais également dans certains secteurs urbains.

Pendant trop longtemps, madame la ministre, vos prédécesseurs ont cru que, en réduisant le nombre de médecins, on diminuerait les dépenses.

M. Jean Desessard. Eh oui!

M. Jacques Blanc. Or, cette analyse est totalement fautive.

M. Jean Desessard. Absolument!

M. Jacques Blanc. C'est comme si l'on prétendait que l'on allait manger plus de pain parce qu'il y a plus de boulangers. Ce n'est pas parce qu'il y a plus de médecins que l'on dépensera plus! Peut-être même est-ce l'inverse.

M. Jean Desessard. Absolument!

M. Jacques Blanc. Si les médecins ne sont pas assez nombreux, ils sont surmenés. Faute de temps, ils multiplient les actes au lieu de procéder à un examen approfondi. Et ceux qui ont exercé la médecine savent qu'il faut parfois aller vite pour assurer toutes les visites et consultations!

En tout état de cause, mes chers collègues, il faut tordre le cou à cette fautive analyse!

M. Jean Desessard. Absolument!

M. Jacques Blanc. Madame la ministre, vous avez décidé d'augmenter le *numerus clausus*. Pourriez-vous nous donner des chiffres précis? Il était à une époque de 3 500. Il semble qu'il soit aujourd'hui entre 7 000 et 8 000.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. 7 400!

M. Jacques Blanc. Il faudrait arriver à 10 000 si l'on veut vraiment peser sur la situation.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. 8 000!

M. Jacques Blanc. M. le rapporteur a indiqué que, pour satisfaire les besoins de santé, il fallait agir sur le mode incitatif. De grâce, madame la ministre, tenez bon sur ce point! Ce n'est pas en obligeant des médecins à s'installer dans des régions dans lesquelles ils ne veulent pas vivre que l'on contribuera au bon fonctionnement d'un service de soins de proximité. Il faut certes inciter les médecins à s'installer dans les zones délaissées, et nous vous soutiendrons sur ce point, mais il ne faut pas les y contraindre: incitation, oui, mais pas de coercition!

Les zones sous-dotées en médecins méritent mieux que des praticiens qui viennent la mort dans l'âme et qui, au fond, n'adhéreront pas à la réalité de la vie locale. Mieux vaut les inviter à venir découvrir ces régions à l'occasion d'un remplacement. J'ai d'ailleurs déposé un amendement allant dans ce sens. Ensuite, ils seront volontaires pour s'y installer, et tout le monde s'y retrouvera.

M. le président. La parole est à M. Bernard Cazeau, sur l'article.

M. Bernard Cazeau. Avec l'article 15, nous abordons le point essentiel de la formation des étudiants en médecine et de leur répartition territoriale.

Cet article entend répondre à une angoisse diffuse sur les zones du territoire de la République.

C'est d'abord l'inquiétude de nos concitoyens, en particulier dans certains secteurs, qui appréhendent de devoir parcourir de nombreux kilomètres en voiture pour pouvoir être soignés convenablement.

C'est aussi celle des élus et des forces vives qui ont peur pour l'attractivité de leur territoire. Ce projet de loi est relatif aux patients, mais aussi aux territoires. Il faut en tenir compte. Chacun sait que, pour les familles, comme pour les entreprises d'ailleurs, le choix d'une installation sur un territoire donné est naturellement conditionné par des critères de bien-être.

À ce sujet, madame la ministre, votre texte comporte des mesures positives, en particulier la coopération, les stages, le guichet unique et potentiellement les maisons de santé pluridisciplinaires.

Cela étant, à mon avis, comme l'ont dit les précédents orateurs, il ne va pas suffisamment loin. On ne règle pas de tels problèmes à distance, et l'on peut craindre que la névrose, voire la psychose, qui s'est emparée de la population n'aille grandissant.

Certaines zones périurbaines ou rurales souffrent d'un déficit en matière de démographie médicale, paradoxalement pour des raisons différentes. En milieu rural, les médecins craignent le surmenage et l'éloignement; en milieu urbain ou périurbain et dans les banlieues parfois difficiles, c'est l'environnement et le style de vie qui n'ont rien d'attrayant.

Dans mon propre département, si la cote d'alerte n'a pas encore été atteinte pour l'instant, certains secteurs sont déjà en manque. D'ici à 2012, plusieurs autres devraient s'y ajouter, et à cette même date, seize nouveaux cantons – on sera passé de trois à seize en quatre ans – n'auront plus que deux à quatre médecins en activité. Autant dire que nous nous trouvons là devant un effet boule-de-neige...

Plusieurs fermetures de cabinet, faute de repreneur, sont révélatrices d'un fait: les jeunes médecins, du moins un grand nombre d'entre eux, ne veulent pas s'installer en zone rurale, pour diverses raisons. À l'issue de leurs études, ils attendent souvent dix ans pour s'établir, et, pendant ce temps, ils assurent des remplacements. Leur moyenne d'âge au moment de leur installation est de trente-huit à quarante ans,...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. C'est vrai!

M. Bernard Cazeau. ... après douze ou treize ans d'études. Il faut le dire!

Outre le fait que ces jeunes médecins sont confrontés à un problème de méconnaissance – un travail pourrait être mené dans ces secteurs –, l'évolution du métier telle qu'elle apparaît en zone rurale n'aide pas à les convaincre.

À cela s'ajoutent les changements de mentalités, la manière de vivre des jeunes praticiens, ou plutôt des jeunes praticiennes, qui deviennent majoritaires. Celles-ci sont très souvent attirées par le temps partiel, car elles veulent avoir du temps libre et pouvoir s'occuper de leur famille.

Tout cela ne fait qu'aggraver la situation et nous amène à nous interroger : quelles solutions envisager ? Obliger un médecin à s'installer quelque part ? Comment pourrait-on alors faire ? La décision aurait-elle lieu à l'issue du concours ou en fonction du classement de sortie ?

M. Jacques Blanc. C'est un choix !

M. François Autain. Il y a des bourses !

M. Bernard Cazeau. C'est autre chose, puisque ce sont alors des incitations ! Je parle d'une mesure coercitive plus générale, qui obligerait les étudiants à s'installer au terme de leurs études, comme certains le préconisent. J'aimerais savoir comment cela se ferait, même si j'estime pour ma part que cette proposition serait dans l'immédiat un peu prématurée.

Créer des maisons de santé ou des centres de santé ? C'est l'évidence ! Se regrouper sur un secteur évidemment élargi, pour ne pas se sentir isolé et pour diminuer le nombre de gardes par médecin, apparaît toujours aujourd'hui comme une solution intéressante, voire attractive.

La maison de santé n'est pourtant pas la panacée ! Le regroupement est une bonne chose en théorie. Mais, s'il n'y a pas assez de médecins, cela ne marchera pas ! Par ailleurs, ce sont encore les collectivités territoriales qui devront financer ces maisons de santé pluridisciplinaires, même si l'on a voté tout à l'heure des aides nationales.

L'article 15, qui comporte, je le répète, des mesures intéressantes, est cependant terriblement insuffisant. La logique voudrait que, lorsque l'on prend une décision, elle puisse avoir des conséquences immédiates. Vous nous dites qu'il faut laisser le temps faire son œuvre. Autant dire que, avec ce texte, nous répondrons trop tard à une catastrophe sanitaire peut-être imminente. Nous sommes dubitatifs...

Enfin, je déplore la suppression, en commission, du caractère obligatoire du « contrat santé solidarité ». Si la proposition n'était certes pas aisée à mettre en œuvre d'emblée, il s'agissait en réalité d'un texte d'appel. D'ailleurs, le rejet de cette disposition est très mal ressenti au sein de la population, à en juger le nombre de courriels que je reçois depuis quelques jours !

M. François Autain. Il ne faut pas de contrainte !

M. le président. Monsieur Cazeau, veuillez conclure ! Vous avez déjà parlé six minutes et demie !

M. Bernard Cazeau. Nous espérons donc que Mme la ministre reviendra sur ce « contrat santé solidarité ». Quant à l'allocation prévue à l'article 15 *bis*, nous y sommes favorables.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Sueur, sur l'article.

M. Jean-Pierre Sueur. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, comme mon collègue Bernard Cazeau, je suis frappé par la différence qui existe entre le problème auquel nous sommes confrontés partout et les dispositions proposées dans le texte.

Dans mon département du Loiret, à Châtillon-sur-Loire, à Outarville, à Courtenay ou encore à Châteaurenard, pour prendre des exemples de cantons très concrets, d'ici à dix ans, il risque non pas de ne plus y avoir suffisamment de médecins, mais de ne plus y avoir de médecins du tout !

Vous avez redit que les collectivités locales pouvaient mener une action très bénéfique. Peut-être, mais nous connaissons aussi des déconvenues. Certaines communes ont tout fait pour attirer des médecins aux frais des contribuables : elles ont créé les conditions financières nécessaires et prospecté dans toute l'Europe de l'Est pour les faire venir. Elles ont connu des échecs et ont fait plusieurs tentatives, mais toujours sans succès, puisqu'il n'y a toujours pas de médecins !

Il est évidemment très difficile de trouver une réponse à cette question. On dit qu'il faut respecter le droit de chacune et de chacun à la médecine, le droit à la santé, sans pour autant recourir à la coercition, qui serait mal perçue.

Je souhaiterais, madame la ministre, vous interroger sur une mesure à laquelle, je le sais, vous avez déjà pensé. De nombreux étudiants éprouvent des difficultés financières à faire leurs études de médecine et aimeraient bien être aidés.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. C'est ce que nous allons faire !

M. Jean-Pierre Sueur. Vous nous proposez que ces étudiants puissent bénéficier d'une aide financière moyennant l'engagement d'exercer pendant un certain temps là où leur présence sera nécessaire.

Je voudrais vous demander s'il n'est pas possible d'aller plus loin, en s'inspirant de ce qui s'est passé longtemps pour les écoles normales d'instituteurs, les IPES : nombre de jeunes ont pu devenir enseignants...

M. Jean Desessard. Bien sûr !

M. Jean-Pierre Sueur. ... grâce à des aides de l'État. Ces étudiants, dont je fais partie, ont passé un contrat. J'ai ainsi dû exercer mon activité pendant dix ans là où l'on a eu besoin de moi.

Madame la ministre, comptez-vous mettre en œuvre un tel dispositif ? Je sais que vous en avez l'ambition. Mais avec quels financements ? Est-il possible que l'État – je dis bien l'État, parce qu'il ne me semble pas juste que cette obligation revienne aux collectivités locales – s'engage pleinement dans une telle voie non coercitive en proposant un contrat à des jeunes à la fois pour faire leurs études et pour exercer là où l'on a besoin d'eux ? Ce serait une façon républicaine d'apporter une réponse à cette question !

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cet article vise à renforcer les leviers d'action pour réduire les inégalités de répartition des professionnels de santé.

Je vous propose de répartir les flux d'internes par spécialités, et non plus par disciplines, médicales ou chirurgicales. Chaque spécialité fera ainsi l'objet d'une prévision quinquennale des postes offerts, y compris, bien entendu, la médecine générale. Mais s'il faut s'attaquer aux flux de sortie, il convient aussi, évidemment, de s'occuper des flux d'entrée.

Cet article 15 vise ainsi, je le répète, à mieux répartir le flux d'étudiants de première année de médecine et celui des internes pour chacune des spécialités, afin de disposer, dans chaque région, du nombre de spécialistes nécessaires pour répondre aux besoins de santé de nos concitoyens.

Je souhaiterais d'ailleurs, sur la question du *numerus clausus*, redonner des chiffres, parce que j'ai entendu des choses étonnantes. Certains ont dit, par exemple, que la diminution drastique du *numerus clausus* en première année de médecine résultait des dispositions prises par le plan Juppé. Évidemment, il n'en est rien !

M. Bernard Cazeau. Si !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Alors que le *numerus clausus* était de 4 700 places en 1987, le gouvernement de gauche – c'était le second septennat de François Mitterrand – l'a fait passer à 3 500 places en 1993 !

M. François Autain. C'est Allègre qui est à l'origine de ça ! (Rires.)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Non, pas lui ! Le *numerus clausus* a donc baissé de 1 200 places, jusqu'à atteindre son plus bas niveau en 1993, avec 3 500 étudiants admis à la fin de la première année de médecine.

M. Dominique Leclerc. Très bien ! On le dit enfin !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ensuite, le mouvement s'est amorcé extrêmement lentement, et la véritable remontée coïncide avec le retour de la majorité actuelle en 2002. Le *numerus clausus* est alors passé à 4 100 places, et il est aujourd'hui de 7 400 places, mon objectif étant de le porter à 8 000. L'ensemble des évaluations montrent que, lorsque nous y serons parvenus, nous aurons atteint notre régime de croisière !

J'ai donc déjà augmenté le *numerus clausus* de 300 places pour le porter à 7 400 étudiants. J'ai, sur cette question, une vision quantitative, mais aussi qualitative : ces 300 places supplémentaires ont été exclusivement affectées dans les inter-régions où la densité médicale est inférieure à la moyenne nationale, au lieu d'augmenter le pourcentage dans toutes les régions, comme on le faisait jusque-là.

Dans le même temps, j'ai voulu – c'est une révolution culturelle ! – que des places soient supprimées dans les zones dont la densité médicale est supérieure à la moyenne nationale. J'ai ainsi diminué le nombre de places attribuées de 67 unités en Île-de-France, de 38 unités dans l'inter-région sud-est et de 28 unités dans l'inter-région sud-ouest. Et toutes ces places ont été réaffectées dans les zones défavorisées.

Ce travail de rééquilibrage de la démographie médicale sera poursuivi dans les années à venir, et je souhaite que ce principe de formation des médecins en fonction des besoins de nos concitoyens soit étendu aux internes, afin que les futurs spécialistes soient, eux aussi, répartis sur le territoire selon les mêmes critères.

Je veux appeler votre attention, mesdames, messieurs les sénateurs, sur le fait que cette démarche extrêmement volontariste est difficile à mener dans la mesure où elle se heurte – je ne vous le cache pas – à un certain nombre de fiefs.

Pour donner leur pleine mesure à ces dispositions, je souhaite toutefois déposer un amendement visant à retirer de ce texte la mention concernant les capacités de formation, retenues comme critère pour déterminer le nombre d'internes à former.

M. Jean Desessard. Oui !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. En effet, appliquer cette disposition reviendrait à reprendre d'une main ce que l'on donnerait de l'autre, puisque l'on comprend bien, évidemment, que les régions sur-dotées sont aussi celles qui disposent des plus grandes capacités de formation.

M. Jean Desessard. Absolument !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Par conséquent, si l'on détermine le nombre d'internes en fonction des capacités de formation, on revient à la case départ.

M. Jean Desessard. Absolument !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Or, ce sont vraiment les besoins de santé de la population qui doivent primer, et non les capacités de formation.

Le texte entend procéder à une simplification législative pour permettre au pouvoir réglementaire de déterminer les contenus de formation, afin de mieux les adapter aux priorités de santé publique.

Le texte vise à instituer un système de validation des acquis de l'expérience qui n'existe pas actuellement pour les médecins. Il rend en outre l'internat en odontologie qualifiant et prévoit – j'insiste sur ce point – que, après trois ans de mise en œuvre des schémas régionaux d'organisation des soins ambulatoires, les mesures incitatives mises en place feront l'objet d'une évaluation partagée entre l'ARS, les représentants des médecins libéraux et ceux des étudiants en médecine.

Le paquet de mesures qui vous est proposé est donc extrêmement puissant et – je le signale pour répondre à Jacques Blanc – incitatif. Il joue sur la formation des médecins par des dispositifs de toutes sortes sur lesquels nous reviendrons au cours de la discussion ; il intervient au moment de leur installation, de façon à l'orienter ; il porte également sur leurs modes d'exercice. Bref, encore une fois, il est très substantiel.

Mais j'ai été extrêmement sensible aux doutes de ceux qui se demandent si tout cela sera suffisant. C'est précisément pour cela qu'une évaluation doit intervenir au bout de trois ans. Si cette dernière montre que les mesures incitatives sont insuffisantes, le directeur de l'ARS pourra proposer aux médecins des zones sur-dotées de contribuer à mieux répondre aux besoins de santé de la population au moyen d'un « contrat santé solidarité ».

M. François Autain. Ce contrat est « bidon » !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je tiens à rendre hommage au rapporteur de l'Assemblée nationale, Jean-Marie Rolland, qui a effectué un travail de déminage et de concertation absolument remarquable. C'est lui l'auteur de ce dispositif, qui repose sur un principe de solidarité intergénérationnelle, puisqu'il fait peser les mêmes contraintes sur les jeunes médecins et sur leurs aînés.

Cette mesure incitative ne sera mise en œuvre que dans les territoires où elle paraît appropriée, au vu d'une évaluation menée au plus près du terrain et après la concertation la plus large possible.

Les jeunes médecins ont donné leur accord à ce dispositif, parce qu'il est équilibré.

La commission des affaires sociales du Sénat a rendu cette mesure facultative. Or je pense véritablement – et je le dis avec beaucoup de solennité à M. le rapporteur – que, si tel devait être le cas, ce ne serait pas suffisant pour organiser une réponse effective en matière de santé dans les zones sous-dotées dans l'hypothèse où le paquet, pourtant extrêmement substantiel, se serait révélé insuffisant.

De plus, le Sénat doit bien évaluer la nature du message qu'il souhaite envoyer à nos concitoyens et aux médecins, notamment les plus jeunes. Il est souhaitable de préserver l'accès aux soins dans les villes comme dans les campagnes.

Je considère que l'équilibre trouvé à l'Assemblée nationale, dans un consensus assez remarquable étant donné le caractère extrêmement délicat de tels sujets, mérite d'être préservé.

Enfin, le présent article reprend le contenu de la proposition de loi de Jacques Domergue visant à créer une première année commune aux études de santé et à faciliter ainsi la réorientation des étudiants.

À cet égard, je voudrais affirmer mon plein accord avec cette mesure importante. Mais cette proposition est encore en discussion au Parlement, et il faut à mon avis laisser plus de temps pour son examen. (*Exclamations sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.*)

M. Guy Fischer. Et voilà !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le Gouvernement a donc déposé, pour des raisons non pas de fond, mais d'opportunité, un amendement visant à supprimer le I de cet article.

M. le président. Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux ; nous les reprendrons à vingt-deux heures.

La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à vingt heures cinq, est reprise à vingt-deux heures, sous la présidence de M. Roland du Luart.*)

PRÉSIDENCE DE M. ROLAND DU LUART

vice-président

M. le président. La séance est reprise.

Nous poursuivons 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.

Dans la discussion des articles, nous en sommes parvenus, au sein de l'article 15, à l'examen des amendements.

L'amendement n° 1230, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Supprimer le I de cet article.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cet amendement vise à supprimer la référence à la proposition de loi portant création d'une première année commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants.

Il ne s'agit nullement d'une opposition de fond du Gouvernement ; j'estime, au contraire, que cette référence est tout à fait pertinente et que ce sujet trouve sa place dans un texte d'organisation de notre système de santé.

Toutefois, dans la mesure où la proposition de loi, présentée par le député Jacques Domergue, est actuellement en cours de discussion, il faudrait laisser au Parlement la possibilité de l'améliorer encore.

C'est pourquoi je vous propose, par cet amendement, une suppression de courtoisie, dirais-je.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement vise à supprimer le I de l'article 15, c'est-à-dire l'introduction dans le projet de loi, sur l'initiative de la commission, de

l'article 1^{er} de la proposition de loi portant création d'une première année commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants.

Je rappelle, et nous l'avons longuement évoqué en commission, que le Sénat a adopté, le 11 février dernier, cette proposition de loi de M. Jacques Domergue, – par ailleurs professeur de chirurgie au CHU de Montpellier – sur les rapports de Jean-Claude Étienne, rapporteur, et Gérard Dériot, rapporteur pour avis.

Ne sachant pas que M Domergue travaillait sur ce sujet à l'Assemblée nationale, la commission avait estimé souhaitable d'harmoniser les deux textes législatifs, puisqu'il s'agit dans les deux cas de réécrire l'article L. 631-1 du code de l'éducation.

À l'époque, nous n'avions pas de raison de ne pas inclure ce texte dans le projet de loi HPST, dans la mesure où nous souhaitions faire preuve d'une certaine correction à l'égard des étudiants et des responsables universitaires concernés.

En effet, l'Assemblée nationale n'ayant toujours pas inscrit à son ordre du jour la proposition de loi, des retards dans sa mise en application étaient à craindre, préjudiciables pour les étudiants et les doyens.

En l'absence de M. Étienne, si M. Dériot nous fait des propositions honnêtes sur ce sujet, nous le suivrons.

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

M. Gérard Dériot, vice-président de la commission des affaires sociales. La commission des affaires sociales a beaucoup et bien travaillé, grâce à son rapporteur et à son président, qui ont permis d'enrichir le texte et de le faire coller au mieux aux réalités et aux nécessités liées à l'application d'une réforme de l'hôpital et d'un certain nombre de dispositions qui s'y rattachent.

S'agissant de la réforme de la première année des études de santé, une proposition de loi que le Sénat a adoptée récemment, ...

M. François Autain. À l'unanimité !

M. Gérard Dériot, vice-président de la commission. ... est, en effet, encore en cours de navette.

Cependant, il était normal, eu égard au sérieux avec lequel le présent projet de loi a été étudié, que la commission des affaires sociales considère logique d'inclure dès maintenant le texte déjà adopté par le Sénat.

Par ailleurs, comme l'a dit Mme la ministre tout à l'heure, il est sans doute plus correct de laisser la proposition de loi poursuivre son parcours parlementaire normal.

Les textes se sont télescopés sans doute pour des raisons de calendrier. Je suggère de revenir au texte initial du projet de loi, ce qui permettra, d'une part, de laisser la discussion de la proposition de loi suivre son cours normal et, d'autre part, de ne pas changer fondamentalement l'article 15 du projet de loi.

Par conséquent, je demande à l'ensemble de nos collègues de voter cet amendement.

M. François Autain. Est-ce le point de vue de la commission ou le vôtre ?

M. Gérard Dériot, vice-président de la commission. C'est un point de vue personnel !

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

M. Alain Milon, rapporteur. J'exprimerai maintenant le point de vue de la commission, qui n'avait pas donné le même avis hier, car elle ne disposait pas des informations qui lui ont été données ce soir. (*Rires sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.*)

Madame la ministre, à la lumière de ce qui vient d'être dit, la commission souhaite vivement que la proposition de loi soit examinée dans le courant du mois de juin par l'Assemblée nationale afin que les applications puissent être faites le plus rapidement possible par respect, en particulier, pour les étudiants. (*Mme la ministre acquiesce.*)

La commission émet un avis favorable sur l'amendement.

M. le président. La parole est à M. Jacques Blanc, pour explication de vote.

M. Jacques Blanc. Ce que vient de nous dire notre collègue Gérard Dériot, qui a porté ce dossier, est capital.

Il est important de montrer à nos collègues de l'Assemblée nationale que nous souhaitons ce travail en commun. Elle avait bien travaillé, et le Sénat a accompli, à son tour, un travail remarquable en apportant certaines rectifications. Dans cette affaire-là, on peut approfondir les choses et donner un signe positif à nos collègues députés.

Dans la mesure où notre éminent collègue Gérard Dériot nous y incite, nous le suivons.

M. Gérard Dériot, vice-président de la commission. Merci !

M. Jean Desessard. Le texte sera achevé le 31 juillet !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Non, en juin !

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

M. François Autain. Face à une telle situation, je ne sais quoi dire...

La commission nous a proposé un texte, personne ne lui demandait rien ! (*Sourires.*) Nous avons, comme d'habitude, écouté avec beaucoup de bienveillance M le rapporteur et M. le président de la commission. Confiants, nous nous sommes rendus à leurs arguments.

L'amendement du Gouvernement a été repoussé par la commission, qui estimait qu'il fallait, au contraire, faire prévaloir notre point de vue et quelque peu secouer – si je peux m'exprimer ainsi – nos collègues députés qui ont tendance à traîner. Je rappelle que cette proposition de loi devait initialement s'appliquer à la rentrée prochaine.

Heureusement que l'application de la réforme a été retardée d'un an grâce à un amendement de l'opposition, sinon nous serions dans une situation difficile !

Vous prétendez que la proposition de loi sera votée en juin. Rien ne dit que l'Assemblée nationale aura le temps de l'examiner sachant qu'elle va être mobilisée pendant tout le mois de juin par le texte que nous discutons aujourd'hui.

C'est là l'une des limites de l'exercice résultant de l'application de la réforme constitutionnelle : avant de s'engager dans la modification d'un texte issu des travaux de l'Assemblée nationale, la commission devrait peut-être se rapprocher soit du ministre, soit de nos collègues députés, pour éviter d'élaborer des textes qu'elle remettra en cause ensuite.

M. Jean Desessard. On ne sait plus quoi faire !

M. François Autain. Dans ces conditions, vous comprendrez que nous, sénateurs de l'opposition, ayons quelquefois du mal à suivre. Notre souplesse est considérable, mais elle a des limites.

Par conséquent, je regrette que le texte de la commission soit remis en cause ; c'était un moyen d'accélérer l'adoption de cette proposition de loi par l'Assemblée nationale. L'affaire était urgente, puisque le texte avait été adopté à l'unanimité par le Sénat et répondait à une demande de l'ensemble de la communauté médicale, notamment les médecins et les doyens.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1230.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 719 rectifié, 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, est ainsi libellé :

I. Rédiger comme suit le début du deuxième alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 632-2 du code de l'éducation :

La loi de financement de la sécurité sociale détermine annuellement le nombre d'internes...

II. Rédiger comme suit le début du quatrième alinéa du même texte :

La loi de financement de la sécurité sociale détermine chaque année le nombre de postes d'internes offerts par discipline...

La parole est à M. Bernard Cazeau.

M. Bernard Cazeau. Plutôt que de prendre un simple arrêté ministériel pour déterminer le nombre d'internes à former par discipline, je propose que le Parlement se saisisse chaque année de cette question lors du débat sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement prévoit que le nombre d'internes sera fixé annuellement par la loi de financement de la sécurité sociale.

Or une telle disposition n'entre pas dans le champ du projet de loi de financement de la sécurité sociale, lequel est strictement contrôlé par le Conseil constitutionnel. Les crédits destinés à la formation des internes ne figurent pas dans cette loi.

En conséquence, la commission émet un avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le Gouvernement émet un avis défavorable pour les mêmes raisons.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 719 rectifié.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 479, 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 II de cet article pour l'article L. 632-2 du code de l'éducation, après le mot :

détermine

insérer les mots :

après avis de l'observatoire national de la démographie des professions de santé

La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. Le projet de loi prévoit que le ministère chargé de la santé déterminera pour une période de cinq ans le nombre d'internes à former par spécialité, en particulier celle de la médecine générale.

Pour notre part, nous doutons de l'efficacité d'une telle mesure pour lutter contre les déserts médicaux, les fameuses zones blanches. Même s'il faut revisiter le *numerus clausus*, nous estimons que celui-ci ne constitue pas la réponse la plus adaptée pour faire face aux difficultés grandissantes que rencontrent nos concitoyens dans l'accès aux soins.

En effet, le problème n'est pas tant le nombre de professionnels de santé « disponibles » que le lieu qu'ils choisissent pour s'installer.

Ainsi que nous l'avons longuement souligné dans nos interventions, nous considérons qu'il faut agir sur les deux leviers principaux que sont le *numerus clausus* et la liberté d'installation.

Pour des raisons politiques, afin de ne pas chagriner les médecins, vous avez fait le choix de ne rien changer et de ne pas bloquer leur installation, ce que nous regrettons, et avez décidé de continuer à favoriser les mesures incitatives, là où, de toute évidence, il aurait fallu prévoir des mesures coercitives ou, en tout cas, plus restrictives.

C'est pourquoi nous avons voulu apporter une précision au texte proposé par la commission des affaires sociales.

Si le ministre chargé de la santé a toute latitude pour prendre les mesures réglementaires qui lui semblent appropriées pour lutter contre la désertification médicale, il faut rendre obligatoire la consultation de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, l'ONDPS, dont les missions consistent à réaliser, notamment à l'échelon régional, les travaux d'observation, d'études et de prospective et à les diffuser, ainsi qu'à rassembler et analyser les connaissances relatives à la démographie des professions de santé.

Il serait donc souhaitable et pertinent de saisir cet organisme pour avis afin de déterminer le nombre de postes d'internes offerts chaque année, car son expertise sur le sujet pourrait être précieuse.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement vise à établir la prévision pluriannuelle du nombre d'internes à former après avis de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

C'est une bonne idée de faire appel à l'expertise de cet organisme, qui pourrait certainement éclairer utilement la programmation sur cinq ans déterminée par le Gouvernement.

C'est pourquoi la commission émet un avis favorable sur cet amendement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement, non pas quant au fond, mais sur la forme. En effet, la fixation des attributions de l'ONDPS relève du domaine réglementaire. Quoi qu'il en soit, cet organisme sera bien évidemment consulté.

M. François Autain. Vous ne voulez pas faire plaisir à M. Fischer, madame la ministre !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Il nous faut effectuer un travail législatif correct, monsieur Autain, qui respecte la hiérarchie des normes. Selon l'expression familière, « cela ne mange pas de pain », mais cela mange du papier !

M. Guy Fischer. C'est vous qui le dites !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 479.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 720 rectifié, présenté par M. Desessard, Mme Voynet, MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Campion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mmes Demontès et 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 le deuxième alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 632-2 du code de l'éducation, après le mot :

territoriale,

insérer les mots :

conformément aux schémas prévus à l'article L. 1434-6 du code de la santé publique et

La parole est à M. Jean Desessard.

M. Jean Desessard. Les schémas régionaux d'organisation des soins, les SROS, qui sont mis en place dans chaque région par les agences régionales de santé, définiront les besoins du territoire en termes d'offres de soins, notamment pour la médecine générale de premier recours et pour chaque spécialité, aussi bien en secteur hospitalier qu'en ambulatoire.

La droite – la majorité présidentielle, devrais-je dire – ...

Mme Isabelle Debré. Oh ! Qu'est-ce que cela veut dire ?

M. Jean Desessard. ... la droite, si vous préférez, a longtemps voulu nous faire croire, notamment depuis les ordonnances Juppé de 1996, que si les Français dépensaient trop pour leur santé, c'était parce qu'il y avait trop de médecins ! C'est d'ailleurs ce qu'a reconnu tout à l'heure notre collègue !

M. Jacques Blanc. Ce n'est pas Juppé ! Ce sont les socialistes !

M. Jean Desessard. Les analyses diffèrent sur la question !

Et l'on s'est imaginé que, avec moins de médecins, les dépenses de santé diminueraient mécaniquement. Or, comme cela a été dit à plusieurs reprises lors des interventions sur l'article, tel n'a pas été le cas, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, l'ONDAM, ayant été dépassé chaque année, ou presque, depuis que nous le votons au Parlement.

M. François Autain. On peut le dire !

M. Jean Desessard. De plus, nous nous retrouvons aujourd'hui dans une situation catastrophique telle que le nombre de médecins formés ne suffit plus à remplacer les départs en retraite. Or le nombre de praticiens en exercice diminuera de 10 % au cours des dix prochaines années.

La fixation du *numerus clausus* par subdivision territoriale doit donc tenir compte des besoins exprimés à l'échelon local en fonction des spécificités géographiques, démographiques, sociales et environnementales de chaque région.

Tel est l'objet de cet amendement.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Notre collègue Jean Desessard propose que le nombre d'internes à former pour une période de cinq ans – ce qui est différent de la fixation du *numerus clausus* – soit déterminé conformément aux schémas régionaux d'organisation des soins.

Toutefois, cette précision nous semble redondante, car le deuxième alinéa du texte proposé par le paragraphe II de l'article 15 prévoit déjà la prise en compte de la situation de la démographie médicale par spécialité et par région et de son évolution.

En conséquence, la droite majoritaire de la commission a émis un avis défavorable. (*Sourires.*)

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Pour en revenir à l'amendement précédent, c'est à l'ONDPS que reviendra le soin de proposer le nombre de médecins à former par spécialité et subdivision territoriale dans le cadre d'une prévision qui ne saurait être bien entendu que quinquennale. À cet effet, il s'appuiera sur les travaux des comités régionaux placés au sein des ARS.

Naturellement, les impacts éventuels des SROS sur l'évolution des besoins des spécialistes de la région seront pris en compte. Pour autant, le SROS doit rester un projet d'aménagement de l'offre existante sur le territoire.

Ces dispositions sont donc de nature à répondre à vos préoccupations, monsieur Desessard. Qui plus est, – pardonnez-moi cette incongruité, monsieur le sénateur – la loi me paraît mieux écrite que votre amendement. (*Mme Borvo Cohen-Seat et M. Jean Desessard s'exclament.*) Ne voyez là aucune moquerie à votre égard, puisque nous avons, au final, la même volonté !

M. Jean Desessard. Où est cette excellente rédaction, madame la ministre ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je vais vous en donner les références !

M. le président. Monsieur Desessard, l'amendement n° 720 rectifié est-il maintenu ?

M. Jean Desessard. Je suis partagé, monsieur le président...

M. le président. Je n'en suis pas étonné ! (*Sourires.*)

M. Jean Desessard. Certains éléments me font dire que je peux avoir un peu confiance dans la parole de Mme la ministre, puisqu'elle m'a donné satisfaction ce matin en me promettant la mise en place d'un plan de développement d'un centre médical à Twenké.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Parole, parole !

M. Guy Fischer. Et la pirogue ? (*Sourires.*)

M. Jean Desessard. Mais d'autres éléments me font hésiter. Ainsi, la semaine dernière, lorsque j'ai présenté un amendement tendant à intégrer les frais des médecins libéraux dans le coût des cliniques privées, il m'a été rétorqué qu'une étude démontrait que c'était déjà le cas.

M. Guy Fischer. Tout à fait !

M. Jean Desessard. Surpris, j'ai donc demandé à en disposer. Vous m'avez assuré, madame la ministre, que vous alliez me la faire parvenir, ...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je vais vous communiquer ces travaux ; tout vient à point !

M. Jean Desessard. ... mais, chaque jour, mon casier reste vide, point d'étude ! (*Sourires.- Exclamations sur les travées de l'UMP.*) Soit elle a été réalisée, et il existe un problème de classement au ministère ; ...

Mme Isabelle Debré. Elle va arriver !

M. Jean Desessard. ... soit elle est en cours d'élaboration, auquel cas il faut vous dépêcher ! (*Nouveaux sourires.*) Ou bien je n'en aurai jamais communication, ce qui serait vraiment dommage !

Quoi qu'il en soit, au bénéfice du doute, je retire mon amendement, pour ce soir ! (*Protestations sur les travées du groupe CRC-SPG. – M. Jacques Blanc applaudit.*) Me voilà rentré dans un processus de compromis ! (*Sourires.*)

M. le président. L'amendement n° 720 rectifié est retiré.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je vous remercie, monsieur Desessard, d'avoir accepté de retirer votre amendement.

L'étude de comparaison des coûts entre l'hospitalisation privée et l'hôpital public réalisée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, l'ATIH, est bien sûr à votre disposition. J'en avais d'ailleurs fait état à l'Assemblée nationale lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Vous en disposerez avant la fin de la discussion de ce projet de loi ; elle est d'ailleurs soigneusement rangée dans la bibliothèque de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Je ne fais là aucune rétention d'information. D'ailleurs, vous ai-je déjà déçue une seule fois, monsieur Desessard ? (*Sourires. – Bravo ! sur les travées de l'UMP.*)

Mme Isabelle Debré. Quelle opération de charme !

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

L'amendement n° 1229, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

À la fin du deuxième alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 632-2 du code de l'éducation, supprimer les mots :

et compte tenu des capacités de formation des différentes subdivisions

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Comme je l'avais indiqué dans mon propos liminaire, le nombre d'internes à former doit être déterminé en fonction des besoins de santé de la population et non pas en fonction des capacités de formation des subdivisions territoriales. Par cet amendement, je souhaite donc supprimer ce critère législatif.

À l'évidence, les capacités de formation sont beaucoup plus élevées dans les régions qui ont déjà des zones sur-denses importantes. Si l'on veut vraiment renforcer la démographie médicale dans les zones qui en ont besoin, il faut agir non pas à partir des capacités de formation, mais bien à partir des besoins de la population.

M. Jean Desessard. Je suis d'accord !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. J'ai cru déceler que cet amendement pourrait recueillir l'assentiment sur toutes les travées.

M. Jean Desessard. Absolument !

M. le président. L'amendement n° 97 rectifié, présenté par MM. Gilles, Pointereau et Leclerc, Mme Goy-Chavent, M. Vasselle, Mlle Joissains et Mme Bruguière, est ainsi libellé :

Compléter le deuxième alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 632-2 du code de l'éducation par les mots :

et des possibilités d'y organiser des stages en exercice libéral

La parole est à M. Dominique Leclerc.

M. Dominique Leclerc. Je souhaite revenir sur des propos qui ont été tenus au cours de la soirée à propos de la question éternelle du nombre d'internes à former.

Avec cet amendement, nous demandons qu'il soit tenu compte, d'une part, des capacités de formation des différentes subdivisions – mais on a déjà répondu sur ce point – et, d'autre part, c'est très important, des possibilités d'y organiser des stages en exercice libéral, afin d'augmenter le potentiel de formation.

En vue de faire connaître l'exercice libéral dans toutes les spécialités aux étudiants en médecine, il est nécessaire de développer les stages en cabinets médicaux de ville, l'hôpital public étant l'unique lieu de formation de ces étudiants. Ces stages constituent des lieux privilégiés d'apprentissage et d'expériences professionnelles, propices à l'exercice ambulatoire, notamment dans les régions sous-médicalisées.

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

M. Alain Milon, rapporteur. L'amendement n° 1229 vise à supprimer un ajout de la commission, qui a pour objet de prévoir que la prévision sur cinq ans du nombre d'internes à former se fera non seulement compte tenu de la situation de la démographie médicale par spécialité et par subdivision territoriale, mais également en tenant compte des capacités de formation de ces différentes subdivisions territoriales.

Il nous paraît important que ces capacités de formation soient prises en compte et, si nécessaire, adaptées en fonction des besoins identifiés, ce qui répond aux besoins de la population. Cela permettra, en effet, d'assurer une meilleure adéquation des moyens de formation aux besoins médicaux.

Par conséquent, la commission souhaite le maintien de son texte sur ce point et elle émet un avis défavorable.

M. François Autain. Elle peut changer d'avis !

M. Alain Milon, rapporteur. L'amendement n° 97 rectifié prévoit que la détermination du nombre d'internes à former sur cinq ans se fait en tenant compte des possibilités d'organisation des stages en exercice libéral.

En souhaitant que soient prises en compte les capacités de formation des différentes subdivisions territoriales, la commission non seulement satisfait cet amendement, mais va au-delà. Elle en demande donc le retrait.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je demande également à M. Dominique Leclerc de bien vouloir retirer l'amendement n° 97 rectifié, et ce pour les mêmes raisons que celles qui ont été développées par M. le rapporteur.

M. le président. Monsieur Leclerc, l'amendement n° 97 rectifié est-il maintenu ?

M. Dominique Leclerc. Non, monsieur le président, je le retire.

M. le président. L'amendement n° 97 rectifié est retiré.

La parole est à M. Serge Lagache, pour explication de vote sur l'amendement n° 1229.

M. Serge Lagache. Cet amendement du Gouvernement traduit effectivement une volonté de remédier au déséquilibre existant.

Toutefois, on a affaire à deux ministères, dont le ministère de l'enseignement supérieur, et il est déjà extrêmement difficile d'obtenir des nominations ou simplement des déplacements d'enseignants d'un secteur à un autre, d'un CHU dans un autre !

Par conséquent, si je souhaite que cet amendement soit adopté, j'attire votre attention sur le fait que les assemblées devront être vigilantes en raison de la difficulté qu'il y aura à appliquer cette disposition.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ce n'est pas faux !

M. Serge Lagache. Enfin, pour trouver des stages valables pour les étudiants dans les zones de faible densité médicale, il faudra faire preuve d'imagination, car ce sera très difficile.

En conclusion, je suis d'accord avec la proposition faite par le Gouvernement, mais il reste à convaincre le ministère de l'enseignement supérieur !

M. le président. La parole est à Mme Nathalie Goulet, pour explication de vote.

Mme Nathalie Goulet. Nous étions un certain nombre à être extrêmement favorables à cet amendement du Gouvernement.

En effet, si, en la matière, on se fie uniquement aux capacités de formation, les grosses universités auront évidemment plus d'internes que les autres, et l'on retrouvera les conséquences de l'« effet Matthieu » repris en droit social : « À celui qui a, il sera beaucoup donné et il vivra dans l'abondance, mais à celui qui n'a rien, il sera tout pris, même ce qu'il possédait. ». Les petites universités auront moins d'internes et, donc, moins de capacités à former.

J'ajoute une remarque à l'attention de notre collègue Jean Desessard. Au début de la discussion de l'article 15, Mme la ministre a expliqué de façon magistrale, s'agissant de la répartition territoriale, la façon dont elle entendait répartir le nombre d'internes en fonction des besoins territoriaux. Par conséquent, je vous renvoie, mon cher collègue, au compte rendu de nos débats que vous lirez demain matin !

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

M. Jean Desessard. C'est une invitation à regarder dans mon casier pour voir si l'étude de comparaison des coûts entre l'hospitalisation privée et l'hôpital public est arrivée, mais aussi à lire les comptes rendus de nos débats! (*Sourires.*) Mais j'aurais préféré que cela figure dans la loi plutôt que dans les explications de Mme la ministre!

Pour ma part, tout comme mon collègue M. Serge Lagache, je soutiendrai l'amendement n° 1229. En effet, je suis tout à fait d'accord avec Mme la ministre, il est souhaitable que la répartition et le nombre des internes devant être formés soient déterminés à partir des besoins de santé de la population, et non en fonction des capacités de formation des subdivisions territoriales. C'est évident!

Cela étant, M. Lagache l'a bien dit, on aurait aimé que Mme la ministre précise que, en liaison avec son collègue de l'enseignement supérieur, le Gouvernement fournira les moyens nécessaires à la formation: amphithéâtres, matériels, locaux, professeurs et stages.

Là se justifie, peut-être, la position de la commission, qui souhaite que le Gouvernement fournisse les moyens de former les étudiants, mais craint en même temps qu'il ne le fasse pas. Personnellement, je suis persuadé qu'il les mettra en place.

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

M. François Autain. Je suis partagé, car je comprends les arguments des uns et des autres.

Je suis d'accord avec Mme la ministre, qui veut adapter le nombre d'internes en fonction des besoins de santé de la population. Mais je le suis aussi avec M. le rapporteur, qui insiste sur l'obtention des moyens nécessaires à la formation des étudiants.

L'idéal serait que les moyens de formation soient adaptés aux besoins de la population. (*M. Jean Desessard rit.*) Effectivement, on aurait ainsi beaucoup moins de problèmes!

Mais je m'interroge: si l'on suit Mme la ministre, on va déterminer le nombre d'internes en fonction des besoins de santé de la population, mais on n'aura pas forcément les moyens de former les étudiants. Ce n'est pas grave, dans la mesure où ce sont les besoins de santé qui sont importants!

J'avoue que votre proposition me satisfait d'autant moins que la régionalisation des formations ne prémunit pas contre le risque de voir les étudiants quitter ultérieurement la région pour aller s'installer ailleurs. Certes, il y a plus de chances, du moins peut-on le penser, qu'ils s'installent là où ils auront été formés, mais rien ne garantit qu'ils ne partiront pas, surtout s'ils ont été mal formés!

Je ne comprends pas très bien le raisonnement consistant à dire qu'il faut donner la priorité aux besoins de santé, et tant pis pour la formation! J'avoue que je ne vous suis pas complètement, madame la ministre.

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

M. Alain Vasselle. Le débat m'amène à poser la question suivante: plutôt que les mots « compte tenu », n'aurait-il pas été souhaitable d'écrire: « en adaptant les capacités de formation des différentes subdivisions »?

M. Jean Desessard. Bravo!

M. Alain Vasselle. Si je comprends bien, M. le rapporteur ne peut introduire une telle précision,...

M. François Autain. C'est du travail de commission!

M. Alain Vasselle. ... sous peine de voir la disposition frappée par l'article 40 de la Constitution!

En effet, augmenter les capacités de formation en fonction des besoins suppose de mobiliser des moyens budgétaires supplémentaires pour y parvenir, ce que le Gouvernement n'a peut-être pas la capacité de faire.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Alors, ce n'est pas la peine de le proposer!

M. Alain Vasselle. Sans doute la rédaction de la commission n'est-elle pas complètement satisfaisante, mais le rapporteur a expliqué l'état d'esprit dans lequel cette proposition a été faite, c'est-à-dire dans le souci d'adapter les capacités de formation aux besoins des territoires en médecins généralistes.

Si nous exauçons le souhait de MM. François Autain et Jean Desessard, l'article 40 aurait été invoqué et la commission des finances aurait retoqué l'amendement!

M. François Autain. Elle ne va quand même pas retoquer le rapporteur! (*Sourires.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1229.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 721 rectifié, présenté par M. Desessard, Mme Voynet, MM. Le Menn et Cazeau, Mmes Alquier et Blondin, M. Botrel, Mme Champion, M. Chastan, Mme Chevé, MM. Daudigny et Daunis, Mmes Demontès et 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 la première phrase du quatrième alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 632-2 du code de l'éducation par les mots:

, après avis du conseil national de pilotage des agences régionales de santé prévu à l'article L. 1433-1 du code de la santé publique, capable de définir ses choix sur la base des besoins de la population

La parole est à M. Jean Desessard.

M. Jean Desessard. Le conseil national de pilotage des ARS doit devenir une courroie de transmission entre les ARS et le Gouvernement. C'est par ce conseil que doit pouvoir remonter l'expression des besoins à l'échelon local, afin que les choix du ministre quant à la fixation du *numerus clausus* soient fondés sur la réalité des besoins de la population évalués par chaque ARS.

C'est pourquoi nous proposons que le conseil national de pilotage des ARS, qui réunit des représentants des organismes nationaux d'assurance maladie, de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et des différents ministères concernés, émette un avis sur la fixation du *numerus clausus* par CHU et par spécialité.

Il est prévu, à l'alinéa suivant de l'article L. 1433-1 du code de la santé publique, que ce Conseil national de pilotage « veille à la cohérence des politiques » qu'auront à mener les ARS, notamment en matière d'offre de soins. Il me semble que la cohérence de la politique en matière de démographie médicale relève des compétences du conseil national de pilotage des ARS.

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

M. Alain Milon, rapporteur. M. Desessard propose que la prévision sur cinq ans du nombre d'internes à former se fasse après avis du conseil national de pilotage des ARS.

Les informations en provenance des ARS permettront d'établir cette prévision, mais il n'entre pas dans les missions du conseil national de pilotage, tel qu'il est créé à l'article 26, d'être consulté à ce titre.

La commission émet donc un avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Bien entendu, le conseil national de pilotage sera informé des décisions du ministre de la santé en ce domaine.

La mission de cet organe est de vérifier la concordance entre les deux donneurs d'ordre des ARS, c'est-à-dire, d'un côté, les organismes nationaux d'assurance maladie et, de l'autre, l'organisation de l'État.

Mais son rôle n'est absolument pas de donner un avis sur ce sujet. Être informé, oui, mais donner un avis préalable à la décision du ministre en charge, certainement non !

Je suis donc défavorable.

M. le président. La parole est à M. Jacques Blanc, pour explication de vote.

M. Jacques Blanc. Il ne doit pas y avoir d'ambiguïté, et l'approbation de cette disposition me paraît superfétatoire. En effet, il est évident que le *numerus clausus* régionalisé devra intégrer à la fois les objectifs nationaux et les objectifs régionaux.

Mais permettez-moi d'insister sur un aspect qui n'a peut-être pas été suffisamment souligné : dans une région, il ne faut pas uniquement prendre en compte le rapport entre le nombre de médecins et celui des habitants.

Par exemple, il faudrait pouvoir augmenter le *numerus clausus* lorsque le nombre de contrats d'engagement est élevé pour que des étudiants s'installent dans les zones sous-médicalisées qui ont besoin de médecins.

J'avais déposé un amendement dont l'objet était de faire en sorte que le directeur de l'ARS, en liaison avec le doyen de la faculté, analyse objectivement la situation à l'échelon régional, en tenant compte à la fois de la densité médicale régionale et des besoins des territoires.

Pardonnez-moi de citer l'exemple d'une région que je connais un peu mieux que les autres, le Languedoc-Roussillon. Le territoire a une densité médicale importante, mais il comprend des zones de montagne, en particulier la Lozère, qui ont besoin de médecins.

J'insiste sur ce point, car il conviendrait de tenir compte de cette réalité pour augmenter le *numerus clausus* lorsque qu'il existe des perspectives de contrats santé solidarité, de contrats d'engagement de service public, d'attributions de bourses ou de versements d'allocations de l'État, pour l'installation de médecins dans les territoires sous-médicalisés qui en ont besoin.

La commission des finances a écarté mon amendement, au regard, me semble-t-il, de l'article 40 de la Constitution. Mais peu importe, car la disposition proposée n'était peut-être pas d'ordre législatif. Reste que c'est la pratique qui doit permettre de déboucher sur une situation qui tienne vraiment compte de la réalité des présences médicales sur l'ensemble du territoire régional.

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

M. Jean Desessard. Monsieur Blanc, autant j'ai bien suivi les propos que vous avez tenus tout à l'heure avant la suspension de la séance, autant je n'ai pas compris grand-chose à ce que vous venez de dire ! (*Sourires.*) Cela étant, vous avez tout de même indiqué que votre amendement avait été rejeté sur la base de l'article 40 de la Constitution !

La question qui se pose est de savoir quels sont les éléments sur lesquels s'appuie le Gouvernement pour fixer le *numerus clausus*. Vous allez certainement me répondre, madame la ministre, que le Gouvernement voit clair !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Oui !

M. Paul Blanc. Pas toujours !

M. Jean Desessard. Or cela fait tout de même vingt ou trente ans que sa vision est pour le moins altérée !

Quels sont donc les indicateurs qui lui permettraient de disposer d'un véritable éclairage, de sorte que le ministre de la santé, qu'il soit de droite ou de gauche, puisse résoudre le problème du manque de médecins ?

Cet amendement vise à tenir compte des éléments d'information fournis par le conseil national de pilotage des ARS. Or, selon vous, madame la ministre, celui-ci ne serait pas en mesure de jouer un tel rôle.

Je vous pose donc cette double question : qui donne ces grandes orientations ? Qui aide à la prise de décision ?

Si nous avons réussi, au cours de ces vingt dernières années, à fixer un *numerus clausus* adéquat, ces questions ne se poseraient pas ! Le ministre et les hauts fonctionnaires du ministère auraient identifié correctement les besoins. Mais tel n'est pas le cas, nous l'avons répété tout l'après-midi ! Nous avons donc besoin d'indicateurs.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Monsieur Desessard, si j'ai bien compris, votre question est la suivante : sur quelle instance et quelle capacité d'expertise s'appuie le ministre qui prend la décision *in fine* ?

M. Jean Desessard. Vous l'avez excellemment résumée !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le ministre en question s'appuie sur les travaux de l'ONDPS, l'Observatoire national de la démographie des professions de santé.

M. François Autain. Nous avons déposé un amendement sur ce sujet !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. En effet, monsieur Autain, et je l'ai rejeté non pas sur le fond, mais sur la forme, car la disposition qu'il visait était de nature réglementaire.

Comme je le disais, le ministre s'appuie sur les travaux de l'ONDPS, qui est une instance d'analyse indépendante, dont la mission est de proposer au ministre de la santé le nombre de médecins à former par spécialité et subdivision territoriale.

Cet observatoire s'appuie, pour ce faire, sur les travaux des comités régionaux, qui travaillent bien entendu avec les professionnels de santé. Ces comités seront placés au sein des ARS.

Comme vous pouvez le constater, monsieur Desessard, l'interface que vous appelez de vos vœux existe bel et bien. Le ministre, quel qu'il soit, dispose des capacités d'expertise

indépendantes lui permettant d'étayer sa décision finale. Quoi qu'il en soit, tout cela relève du champ réglementaire et non du domaine législatif.

Monsieur Desessard, vous remettiez tout à l'heure dans le jeu le conseil national de pilotage. Or vous voyez qu'il est beaucoup plus pertinent de prévoir son information, plutôt que de lui demander un avis qu'il n'a absolument pas la capacité de formuler.

M. François Autain. Mme la ministre a raison !

M. le président. Monsieur Desessard, l'amendement n° 721 rectifié est-il maintenu ?

M. Jean Desessard. Je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 721 rectifié est retiré.

L'amendement n° 722 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 :

Après la première phrase du quatrième alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 632-2 du code de l'éducation, insérer une phrase ainsi rédigée :

Le nombre de postes offerts chaque année par discipline ou spécialité est égal au nombre moyen d'internes à former chaque année et déterminé par l'arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé mentionné au deuxième alinéa du présent article.

La parole est à M. Bernard Cazeau.

M. Bernard Cazeau. Madame la ministre, tout ce dispositif du *numerus clausus* irait très bien, s'il n'y avait un hic !

La technique est connue depuis longtemps : lorsqu'un étudiant mal classé au concours d'internat se voit contraint de choisir un poste de médecin généraliste qu'il ne souhaite pas, il préfère redoubler. Au dernier concours d'internat, plus d'un millier de postes d'internes en médecine générale ont été délaissés ! (*M. François Autain le conteste.*)

C'est la statistique dont je dispose, mon cher collègue. Si vous en avez une meilleure, donnez-la-moi !

L'amendement n° 722 rectifié est un amendement de rigueur, puisqu'il vise à assurer une parfaite adéquation entre le nombre de postes offerts et celui des internes à former, que ce soit en médecine générale ou dans toutes les autres spécialités.

Puisque l'arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé vaudra pour une période de cinq ans, l'adoption de cet amendement permettrait de calculer le nombre d'internes à former chaque année de façon à garantir qu'il soit strictement équivalent au nombre de postes offerts.

C'est une décision de bon sens, si nous voulons que les dispositifs auxquels nous réfléchissons actuellement soient efficaces. En effet, il ne suffit pas de tenir de grands discours sur la nécessité d'orienter les étudiants vers la médecine générale ou d'augmenter le *numerus clausus* !

Si les étudiants trouvent, dans le même temps, les moyens d'échapper à la perspective de devenir médecins généralistes, aucune des mesures que nous étudions aujourd'hui n'aura de chance d'aboutir, que l'on soit favorable, comme vous, à des mesures strictement incitatives et d'aménagement des stages ou, comme nous, à une concertation approfondie avec les professionnels de santé.

L'évolution du *numerus clausus* risque même d'aggraver les difficultés dans certaines régions.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Monsieur Cazeau, nous avons déjà examiné cet amendement en commission. À l'époque, Mme la ministre vous avait longuement expliqué que le nombre de postes ouverts était strictement égal au nombre d'internes à former. Le véritable problème est lié aux postes vacants résultant d'un certain nombre de défections qu'il est impossible de prévoir.

Mme Catherine Procaccia. C'est vrai !

M. Alain Milon, rapporteur. Telle est la raison pour laquelle la commission a émis un avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. M. le rapporteur l'a excellemment rappelé – et M. Cazeau le sait très bien, peut-être même mieux que nous –, le nombre de postes ouverts chaque année est strictement égal au nombre de candidats à l'examen national classant.

Les étudiants ont la possibilité de redoubler leur dernière année de second cycle et de ne pas se présenter au concours. Ainsi, l'année dernière, 11 % des postes – c'est un pourcentage assez considérable – sont restés vacants.

Des aménagements à cette réglementation sont actuellement à l'étude et en cours de concertation avec la conférence des doyens et les représentants des étudiants, pour faire en sorte que les postes de médecine générale ne soient pas systématiquement laissés vacants.

Avec les dispositions prévues à cet article, la détermination du nombre d'internes à former par spécialité fera l'objet d'une prévision sur une période de cinq ans, ce qui permettra une certaine lisibilité, nécessaire dans un tel domaine. Elle sera revue chaque année par le biais d'un arrêté pluriannuel glissant.

De la sorte, il sera possible d'évaluer précisément le nombre de candidats présents aux épreuves classantes nationales. Nous pourrons ainsi réajuster avec précision le dispositif mis en place.

D'un point de vue pratique, il est indispensable de conserver une souplesse minimale dans ce domaine. Un autre paramètre doit en effet être introduit dans cette affaire : il s'agit des étudiants originaires de l'Union européenne qui souhaitent passer ces épreuves et réaliser leur internat en France. Leur nombre ne peut pas être anticipé, y compris pour les redoublants. Sans souplesse, le dispositif ne peut donc absolument pas fonctionner.

Telle est la raison pour laquelle je suis défavorable à cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 722 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 126, présenté par M. Desessard, Mmes Voynet, Blandin et Boumediene-Thiery et M. Muller, est ainsi libellé :

Compléter le quatrième alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 632-2 du code de l'éducation par les mots :

, sur la base d'un examen classant interrégional qui se substitue à l'examen classant national

La parole est à M. Jean Desessard.

M. Jean Desessard. Cet amendement vise à instaurer un examen classant interrégional.

Il s'agit de stabiliser les étudiants en médecine dans la région où ils auront choisi d'effectuer leur troisième cycle d'études médicales, en remplaçant l'examen classant national par un classement à l'échelon interrégional correspondant aux ressorts des différentes facultés de médecine, de telle sorte que les jeunes praticiens puissent choisir leur premier poste d'exercice parmi les postes offerts dans la région où ils ont décidé d'effectuer leur troisième cycle.

Dans sa note intitulée *Études et résultats* de février 2009, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques a montré que, même avec une répartition du *numerus clausus* favorable aux régions actuellement sous-dotées, et dans l'hypothèse où les comportements de mobilité des médecins resteraient inchangés, les disparités régionales ne s'atténueraient pas, mais continueraient au contraire à s'aggraver au cours des vingt prochaines années.

Cet amendement vise donc à prévoir une mesure de bon sens, complémentaire de la répartition du *numerus clausus* par subdivision territoriale prévue par le projet de loi. Il tend à rendre cette répartition réellement effective, puisque les étudiants choisiraient leur poste dans la région où ils auraient étudié.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Sur la forme, mon cher collègue, cet amendement s'articule mal avec le texte de la commission, puisqu'il vise non pas à supprimer, mais à compléter la dernière phrase du quatrième alinéa du texte proposé par le II de l'article, ce qui reviendrait à maintenir les épreuves classantes nationales et à y ajouter un examen classant interrégional. Un tel dispositif serait, vous en conviendrez, lourd, complexe et difficile à mettre en place.

Sur le fond, la commission est défavorable à cet amendement, car le choix des étudiants devrait se faire à partir de ces épreuves classantes interrégionales, en fonction des postes déterminés par discipline ou spécialité, et par centre hospitalier universitaire, ce qui me rappelle une époque ancienne, qui n'a pas donné des résultats remarquables.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. L'avis du Gouvernement est très proche de celui de la commission.

Monsieur Desessard, le système que vous proposez a existé auparavant. Nous le connaissons bien pour en avoir fait le tour, le contour et les détours, mais il n'a pas donné satisfaction.

La mise en place, en 2004, de l'examen national classant a constitué un progrès plébiscité par l'ensemble des acteurs. Il est garant d'une plus grande égalité des chances lors de la

sélection et introduit une plus grande mobilité des étudiants que dans le cadre du système précédent. Celles et ceux qui ont passé les anciennes épreuves savent de quoi je parle !

Cela ne m'a pas empêché, depuis deux ans, d'orienter prioritairement les flux d'internes supplémentaires vers les régions les moins bien dotées en médecins.

Certes, après cinq années de mise en œuvre d'une telle politique, nous disposons d'un certain recul, et je ne peux pas vous dire que le dispositif est pleinement satisfaisant.

C'est pourquoi je suis favorable à la démarche d'évaluation des épreuves classantes nationales, les ECN, que les étudiants, les doyens et le ministère de l'enseignement supérieur souhaitent lancer cette année.

Selon les résultats, des ajustements et des améliorations pourront éventuellement être proposés. L'article 15 doit permettre de former le nombre d'internes correspondant aux besoins de la population, par subdivision territoriale.

Ces ajustements seraient beaucoup plus difficiles à mettre en œuvre à partir d'épreuves classantes interrégionales, qui constituent un frein considérable au pilotage fin de la démographie médicale par le biais de l'ouverture de postes d'internes.

Donc, attention aux fausses bonnes idées qui ont déjà échoué ! Revenir à la notion d'examen interrégional n'est pas la solution. Cependant, je prends acte de la nécessité d'améliorer le dispositif en vigueur.

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

M. Gilbert Barbier. Monsieur Desessard, il faut étudier l'histoire : le dispositif que vous proposez a été pratiqué pendant quelques années, jusqu'à ce que nous nous apercevions qu'il avait eu pour conséquence de créer des « superfacultés » et des « sous-facultés ». Proposer un diplôme national, commun à toutes les facultés de France, permet de garantir l'égalitarisme souhaité par tous. (*M. François Autain s'exclame.*)

Nous avons déjà expérimenté le système que vous voulez mettre en place. Heureusement que nous avons fait marche arrière !

M. le président. Monsieur Desessard, l'amendement n° 126 est-il maintenu ?

M. Jean Desessard. Oui, monsieur le président, je le maintiens.

Sur cette question, la lourdeur du texte illustre bien la complexité de la pensée, comme l'a expliqué M. le rapporteur. (*M. François Autain rit.*)

Pour ma part, je suis favorable à un examen national, avec un classement régional.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ah !

M. Jean Desessard. Vous affirmez, madame la ministre, que vous avez fait le tour, le contour et le détour de la question. En l'occurrence, avec le système que vous proposez, ce sont les étudiants qui feront des tours et des détours pour s'installer dans les bonnes régions, et rien ne garantit qu'ils exerceront dans la région où ils ont étudié !

M. François Autain. Il a raison !

M. Jean Desessard. L'objet de cet amendement est donc de prévoir un examen national avec un classement régional, afin que les étudiants restent dans leur région de formation.

Vous entendez offrir aux étudiants la mobilité, je suis d'accord, mais il ne faudra pas s'étonner si, par la suite, des régions se retrouvent sous-dotées!

M. Alain Vasselle. Et la liberté d'installation!

M. Jean Desessard. C'est bien de cela qu'il s'agit!

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 126.

(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° 26 rectifié, présenté par MM. Darniche et Retailleau, est ainsi libellé :

Après le quatrième alinéa du texte proposé par le II de cet article par l'article L. 632-2 du code de l'éducation, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« L'admission en troisième cycle des études médicales dans la spécialité « médecine générale » est conditionnée par l'exercice d'un stage en médecine générale au cours du deuxième cycle.

Cet amendement n'est pas soutenu.

L'amendement n° 478, 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 le premier alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 632-2 du code de l'éducation, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« L'admission en troisième cycle des études médicales dans la spécialité « médecine générale » est conditionnée par la réalisation d'un stage en médecine générale au cours du deuxième cycle.

La parole est à M. François Autain.

M. François Autain. Le stage de deuxième cycle de médecine générale illustre parfaitement le débat que nous venons d'avoir.

Je comprends un peu mieux pourquoi Mme la ministre tient absolument à ce que le nombre d'internes à former soit déterminé en fonction non pas des moyens de formation, mais des besoins de santé de la population.

Le stage en médecine générale de deuxième cycle est la manifestation d'un système qui n'a jamais bien fonctionné.

Pour rendre attractive la médecine générale, il serait nécessaire de faire connaître un peu mieux cette spécialité aux étudiants, en rendant effective l'obligation d'effectuer le stage, afin qu'ils puissent, au contact de la réalité, juger de la beauté du métier, qui ne mérite pas les critiques dont il est l'objet.

Je souhaite savoir pour quelles raisons ce stage, pourtant obligatoire, n'est pas effectivement réalisé et quel est le pourcentage d'étudiants se destinant à la médecine générale qui ont l'opportunité de l'effectuer.

Peut-on espérer, à terme, que tous les étudiants se destinant à la médecine générale l'accompliront? Ce serait l'idéal!

L'amendement n° 478 est peut-être un peu trop radical. C'est pourquoi je suis prêt à le retirer, si les explications de Mme la ministre me satisfont.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission émet un avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je souhaite apporter à M. Autain les précisions qu'il réclame.

Le stage de deuxième cycle de médecine générale est obligatoire.

M. François Autain. Je le sais!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. C'est pourquoi la précision législative que tend à apporter cet amendement est inutile.

Si, en pratique, les étudiants n'effectuent pas ce stage, c'est parce que les capacités sont insuffisantes, même si elles s'améliorent. Il serait injuste de pénaliser des étudiants alors que les possibilités de stage ne leur sont pas offertes.

Cela étant, nous faisons des progrès. Aujourd'hui, sur 7 650 étudiants, 3 393, c'est-à-dire près de la moitié, effectuent ce stage de deuxième cycle avant leur admission en troisième cycle de médecine générale.

En 2008, à l'issue des épreuves classantes nationales, la médecine générale figurait au deuxième rang des priorités de choix des étudiantes et au cinquième rang pour les étudiants.

Valérie Pécresse, ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, et moi-même prendrons prochainement un arrêté précisant la durée de ce stage, son contenu, son mode de financement.

En 2008, j'ai consacré plus de 60 millions d'euros au financement des stages chez des médecins généralistes, dont 5 millions d'euros pour les stages de deuxième cycle. Cet effort est maintenu en 2009, et je le porterai, d'ici à 2011, à 100 millions d'euros pour l'ensemble du dispositif. J'ai également augmenté l'indemnisation mensuelle versée aux maîtres de stage, dont le montant atteint désormais 600 euros. Le Gouvernement a donc accompli un effort financier considérable.

Par ailleurs, nous sommes en train de rechercher des lieux de stage.

Vous le voyez, monsieur le sénateur, la situation s'améliore et le pourcentage d'étudiants effectuant ce stage augmente. La disposition législative visée par l'amendement existe de fait; c'est le dispositif opérationnel qui nous manque. Je ne voudrais pas que le rappel de ce stage dans la loi pénalise les étudiants.

M. François Autain. Bien sûr!

M. le président. Monsieur Autain, l'amendement n° 478 est-il maintenu?

M. François Autain. Je suis tout à fait d'accord avec Mme la ministre, même si je regrette qu'elle n'ait pas encore les moyens de rendre ce stage effectif.

Si je devais déposer à nouveau cet amendement, je le rectifierais en précisant « à partir de 2011 », comme le Gouvernement l'a fait pour le contrat de solidarité.

Mais je ne suis pas hypocrite, et je retire cet amendement, monsieur le président!

M. le président. L'amendement n° 478 est retiré.

L'amendement n° 723, présenté par MM. S. Larcher, Lise, Patient, Gillot, Tuheiva, Antoinette, 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. Fauconier 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 texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 632-2 du code de l'éducation par un alinéa ainsi rédigé :

« Dans les domaines mentionnés au présent article, des dispositions particulières seront prises par voie réglementaire pour pallier les déficits caractéristiques des régions d'outre-mer, après consultation des agences régionales de santé concernées. »

La parole est à M. Bernard Cazeau.

M. Bernard Cazeau. L'outre-mer souffre aujourd'hui d'une sous-dotation chronique mettant en danger des universités encore jeunes. Le Gouvernement veillera donc, par voie réglementaire, à mettre en place des mesures pour pallier les déficits. Les agences régionales de santé seront en mesure de transmettre aux ministères concernés les besoins de chaque région.

M. Georges Patient a exposé ce problème en détail tout à l'heure au sujet de la Guyane.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Vous souhaitez que des mesures particulières soient prises par voie réglementaire pour pallier les difficultés spécifiques des régions d'outre-mer en matière de démographie médicale.

Sur la forme, cette formulation est essentiellement déclaratoire et sans réelle portée législative. Il n'est donc pas souhaitable de l'adopter.

Sur le fond, à l'évidence, si le cadre général mis en place par le projet de loi qui s'applique pleinement à l'outre-mer reste insuffisant, des mesures spécifiques pourront être adoptées.

Mais laissons d'abord les agences régionales de santé se mettre en place et leur directeur général travailler pour l'amélioration de l'accès aux soins dans ces zones.

Il convient également d'attendre la fin des travaux des états généraux de l'outre-mer, qui permettront peut-être d'identifier les mesures spécifiques utiles qu'il conviendra alors de mettre en œuvre.

Par conséquent, la commission émet un avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cette réforme a précisément pour objectif la déconcentration de l'administration sanitaire, qui relève de la responsabilité de l'État, afin de l'adapter au plus près de la réalité des territoires. Cet outil sera particulièrement utile pour l'outre-mer, car il permettra de tenir compte de ses spécificités.

À cette fin, les agences régionales de santé et l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, par le biais de ses comités régionaux, pourront proposer des mesures qui seront soumises à l'appréciation des ministères de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche.

Je tiens à souligner que je ne suis pas restée inerte face à ce problème et que j'ai augmenté de façon significative le nombre de postes d'internes ouverts en outre-mer dans les années universitaires 2007-2008 et 2008-2009.

J'entends poursuivre cette politique en favorisant l'installation de jeunes professionnels de santé dans la région de leur formation. C'est l'un des volets très importants du « plan santé outre-mer », que nous avons évoqué cet après-midi.

Cet amendement étant donc satisfait par la structure même du projet de loi, j'émet un avis défavorable.

M. le président. Monsieur Cazeau, l'amendement n° 723 est-il maintenu ?

M. Bernard Cazeau. La réponse de Mme la ministre satisfera certainement beaucoup mieux Serge Larcher et nos collègues ultra-marins que la réponse sèche et technocratique de M. le rapporteur.

Je pense donc pouvoir, au nom de son auteur, retirer cet amendement.

M. le président. L'amendement n° 723 est retiré.

L'amendement n° 856 rectifié, présenté par MM. P. Blanc, Laménie et Jarlier, est ainsi libellé :

Compléter le texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 632-2 du code de l'éducation par un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités de stage en exercice libéral. »

La parole est à M. Marc Laménie.

M. Marc Laménie. Afin de mieux faire connaître aux étudiants en médecine l'exercice libéral, aussi bien en médecine générale que dans les spécialités, il est nécessaire de développer les stages en établissements privés et en cabinets médicaux de ville, qui constituent des lieux privilégiés d'apprentissage et de confrontation d'expériences professionnelles, incitatives à un exercice ambulatoire, notamment dans les régions sous-médicalisées.

Tel est l'objet de cet amendement.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement, qui prévoit un décret en Conseil d'État, est satisfait par le texte que nous avons élaboré pour le dernier alinéa de l'article L. 632-2 du code de l'éducation. En effet, le décret en Conseil d'État y figure et détermine la liste des services formateurs.

En outre, la possibilité d'effectuer des stages auprès des praticiens exerçant en ville est déjà prévue à l'article L. 632-5 du code de l'éducation.

C'est la raison pour laquelle la commission demande le retrait de cet amendement.

M. le président. Monsieur Laménie, l'amendement n° 856 rectifié est-il maintenu ?

M. Marc Laménie. Compte tenu des explications du rapporteur, je retire cet amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 856 rectifié est retiré.

L'amendement n° 644 rectifié, présenté par M. Barbier, Mme Escoffier et MM. Mézard, Milhau, de Montesquiou et Vall, est ainsi libellé :

A la fin du second alinéa (5°) du III *bis* de cet article, supprimer les mots :

, précisées par la voie réglementaire

La parole est à M. Gilbert Barbier.

M. Gilbert Barbier. Il s'agit de supprimer une précision qui paraît superflète dans la rédaction actuelle du texte.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Très favorable !

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Très favorable également !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 644 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 625 rectifié, présenté par MM. Barbier et Charasse, Mmes Escoffier et Laborde et MM. Marsin, Mézard, Milhau, de Montesquiou et Vall, est ainsi libellé :

Compléter le III *bis* de cet article par un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Les conditions dans lesquelles les personnes autorisées à exercer la médecine en France peuvent obtenir la qualification de médecin compétent. »

La parole est à M. Gilbert Barbier.

M. Gilbert Barbier. Cet amendement, que j'avais présenté dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, avait été adopté par la Haute Assemblée, mais censuré par le Conseil constitutionnel.

Il vise le problème que connaissent certains spécialistes dans des régions sous-médicalisées.

Il en est ainsi des spécialistes d'organes, tels les urologues, qui peuvent opérer des cancers de la prostate, mais n'ont pas le droit de prescrire de chimiothérapie. Les patients doivent alors recourir à des oncologues, très rares sur le territoire et exerçant essentiellement dans les CHU. Cela implique des déplacements considérables, ce qui pose un véritable problème aux habitants de départements ruraux comme le mien.

Je sais que la Conférence des doyens n'est pas très favorable au rétablissement d'une disposition qui a été appliquée pendant de nombreuses années, permettant au conseil de l'Ordre de reconnaître à tel ou tel praticien, spécialiste par ailleurs, une compétence associée à sa qualification d'origine. Plusieurs disciplines sont concernées, mais la cancérologie est particulièrement touchée dans l'exercice quotidien de la médecine.

Nous avons déjà prévu la possibilité pour un spécialiste de changer de spécialité ou d'acquérir une spécialité complémentaire par une validation des acquis de l'expérience délivrée par une commission comprenant des représentants de l'université et de l'ordre des médecins.

Reste le problème de la compétence. Le rétablissement de cette disposition pourrait rendre service à la population, notamment en cancérologie.

Madame la ministre, vous m'objecterez que cette disposition risque de se heurter à la réglementation de l'Union européenne en matière de validation des diplômes. *(Mme la ministre acquiesce.)*

Cependant, c'est un argument contestable. En effet, la directive 2005/36/CE du 7 septembre 2005 du Parlement européen et du Conseil relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, modifiée par la directive 2006/100/CE du Conseil du 20 novembre 2006 portant adaptation de certaines directives dans le domaine de la libre circulation des personnes, en raison de l'adhésion de la Bulgarie et de la Roumanie, prévoit que les États membres notifient à la Commission les dispositions législatives, réglementaires, administratives qu'ils adoptent en matière de délivrance de titres de formation, dans les domaines couverts par le chapitre III de cette directive.

Ainsi, à l'annexe V de la directive, sous la rubrique intitulée « Titres de formation de médecin spécialiste », la France a notifié la mention : « Attestation de médecin spécialiste qualifié », ajoutant que cette attestation devait être accompagnée du diplôme d'État de docteur en médecine. Sous le titre « Organisme qui délivre le titre de la formation », elle a indiqué le conseil de l'Ordre des médecins.

La directive européenne permet donc de valider cette compétence, que je souhaite voir rétablir.

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

M. Alain Milon, rapporteur. La commission a beaucoup débattu de ce sujet. Entre votre proposition et celle de Mme Morin-Desailly tendant à instaurer une validation des acquis, la commission a choisi cette dernière option qu'elle estime toujours préférable.

Par conséquent, elle sollicite 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. Les compétences étaient des titres délivrés par l'Ordre uniquement aux médecins relevant de l'ancien régime des études médicales, c'est-à-dire avant la réforme des études de médecine de 1982 créant l'internat qualifiant.

Nous nous sommes battus avec la Commission européenne pour que ces qualifications, qu'elle voulait abolir, soient reconnues à l'échelon européen, afin que les professionnels puissent bénéficier du principe de la libre circulation des travailleurs au sein de l'espace communautaire.

La commission des affaires sociales a opté pour la solution élégante proposée par Mme Morin-Desailly, de validation des acquis de l'expérience par l'Ordre et l'université, qui permet d'éviter les contentieux dont notre pays ne sortirait pas vainqueur.

D'un point de vue plus utilitariste, le rétablissement des compétences aurait la conséquence fâcheuse d'inciter les praticiens à exercer exclusivement dans des domaines spécifiques et à les détourner de leur spécialité d'origine acquise à l'issue de leurs études. Nombre de médecins généralistes pourraient abandonner leur pratique initiale.

C'est un scénario « perdant-perdant », qui ne serait conforme ni à nos engagements ni aux procédures de validation des diplômes. Il aurait de plus un effet désastreux sur les effectifs en médecine générale.

Monsieur Barbier, je vous demande, par conséquent, de bien vouloir retirer l'amendement n° 625 rectifié.

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

M. Jean Desessard. Mme la ministre m'ayant fait remarquer que la rédaction de certains de mes amendements n'était pas excellente et M. le rapporteur ayant fait allusion à mon style parfois difficile, je veux signaler que, au 5° du III *bis* de l'article 28, il manque un verbe. Pourrait-on remédier à ce problème lors de la commission mixte paritaire ?

M. le président. Quel est le lien avec l'amendement n° 625 rectifié, mon cher collègue ?

M. Jean Desessard. Il s'agit du même article, monsieur le président !

M. le président. La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote.

M. Bernard Cazeau. Madame la ministre, quelle est la différence entre la compétence et la validation des acquis ? Autrefois, les compétences étaient des validations des acquis ; certains praticiens, ayant acquis une certaine expérience dans telle ou telle spécialité, devenaient compétents.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. La compétence bénéficie uniquement d'une reconnaissance par le conseil de l'Ordre, alors que la validation des acquis de l'expérience par l'Ordre et l'université donne lieu à la délivrance d'un diplôme.

M. le président. Monsieur Barbier, l'amendement n° 625 rectifié est-il maintenu ?

M. Gilbert Barbier. Un malentendu demeure. Comme je l'ai souligné, cet amendement vise à permettre à certains spécialistes de pratiquer des actes qui leur sont interdits à ce jour, faute de posséder la compétence requise. Tel est le cas, notamment, en oncologie. Pour pratiquer un traitement de chimiothérapie, il faut avoir obtenu des diplômes très pointus. Les spécialistes d'organes, le plus souvent des urologues qui soignent des cancers de la prostate, ne peuvent malheureusement pas exercer dans le domaine de la chimiothérapie.

On parle beaucoup de désertification des territoires et de difficultés d'accès à un médecin généraliste. Mais, dans certains départements, il existe aussi un déficit de spécialistes.

Mon propos n'est pas de permettre à ces derniers de s'installer ailleurs en Europe une fois en poche leur diplôme de compétence reconnue par l'Ordre, ni de détourner des médecins généralistes de l'exercice pour lequel ils ont été formés.

Il s'agit d'autoriser des spécialistes à pratiquer dans certains domaines un complément de traitement sur des patients qu'ils ont en charge, de façon à donner à nos populations la possibilité de se faire soigner un peu plus facilement.

En tout état de cause, je retire l'amendement n° 625 rectifié, mais je regrette cette incompréhension, qui ne favorise pas un meilleur service à la population !

M. le président. L'amendement n° 625 rectifié est retiré.

L'amendement n° 724, 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, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Compléter le IV de cet article par quatre alinéas ainsi rédigés :

...° a) Avant le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Au cours du deuxième cycle des études médicales les étudiants suivent un stage dans un établissement hospitalier public non universitaire.

b) Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les étudiants en médecine poursuivant une formation en post-internat réalisent une partie de leur formation dans les établissements hospitaliers non universitaires.

La parole est à M. Bernard Cazeau.

M. Bernard Cazeau. Cet amendement, comme l'amendement n° 478 défendu tout à l'heure par M. Autain, concerne les stages.

La première partie de l'amendement est satisfaite par les annonces de Mme la ministre.

La seconde partie tend à permettre à des étudiants poursuivant une formation en post-internat ayant déjà acquis une spécialité ou à ceux qui réalisent un cursus universitaire d'effectuer un stage au sein d'établissements hospitaliers non universitaires. Ainsi, ces derniers disposeraient de praticiens de qualité et les étudiants en formation sortiraient du schéma classique du stage en CHU.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Cette disposition étant d'ordre réglementaire, la commission émet un avis défavorable.

M. le président. Monsieur Cazeau, l'amendement n° 724 est-il maintenu ?

M. Bernard Cazeau. Monsieur le président, je suis prêt à retirer la première partie de cet amendement, mais je souhaiterais entendre Mme la ministre.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Monsieur le sénateur, le contenu de la formation pratique des étudiants relève du domaine réglementaire, le cadrage national des études étant mis en œuvre par les universités en vertu de leur autonomie pédagogique.

Nous avons considérablement augmenté le *numerus clausus* depuis sept ans, comme vous avez pu le constater, et de nombreux stages de deuxième cycle sont d'ores et déjà réalisés dans des établissements hospitaliers publics non universitaires, afin d'assurer une rotation correcte des stages et pour que ces derniers demeurent formateurs. Telle est la réalité du terrain, ce qui répond à la première partie de votre amendement.

Dans sa seconde partie, votre amendement tend à faire en sorte que les étudiants en médecine poursuivant une formation en post-internat réalisent une partie de leur formation dans les établissements hospitaliers non universitaires. Je vous indique que c'est déjà le cas.

Il existe plusieurs types de postes permettant de réaliser une formation en post-internat, en dehors des fonctions de chef de clinique et d'assistant hospitalo-universitaire, qui sont statutairement réservées aux CHU. L'augmentation du *numerus clausus* impose évidemment d'avoir une vision plus souple des modalités du post-internat pour permettre à un plus grand nombre d'internes d'en bénéficier.

En 2009, j'ai financé, au profit de quinze régions déficitaires, 200 postes d'assistants spécialistes à temps partagé, qui doivent permettre à de jeunes médecins d'approfondir leur formation spécialisée dans des centres hospitaliers en occupant des fonctions de plein exercice, en participant, le cas échéant, à l'encadrement des internes, et de tisser des liens professionnels, qui faciliteront leur installation dans leur région de formation.

Votre amendement est donc largement satisfait, monsieur le sénateur.

M. le président. Monsieur Cazeau, l'amendement n° 724 est-il maintenu ?

M. Bernard Cazeau. Non, monsieur le président, je le retire.

M. le président. L'amendement n° 724 est retiré.

L'amendement n° 712, présenté par MM. Mirassou et Patriat, Mme Schillinger, 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. Rebsamen, Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Dans le deuxième alinéa du 1° du V de cet article, remplacer le mot :

odontologiques

par les mots :

de chirurgie dentaire

et le mot :

odontologie

par les mots :

chirurgie dentaire

La parole est à M. Bernard Cazeau.

M. Bernard Cazeau. Notre collègue Mirassou, chirurgien-dentiste de profession, est l'auteur de cet amendement et du suivant.

Il a proposé cette substitution de termes car l'odontologie est la science qui s'intéresse à l'odonte, c'est-à-dire la dent alors que la capacité professionnelle du chirurgien-dentiste ne se limite pas au traitement de l'odonte et porte sur l'ensemble de la cavité buccale et des tissus avoisinants.

Si vous me le permettez, monsieur le président, je présenterai en même temps l'amendement n° 713.

M. le président. J'appelle donc en discussion l'amendement n° 713, présenté par MM. Mirassou et Patriat, Mme Schillinger, 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. Rebsamen, Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés. Il est ainsi libellé :

Dans la première phrase du troisième alinéa du 1° du V de cet article, remplacer le mot :

odontologie

par les mots :

chirurgie dentaire

et les mots :

dont la liste est fixée par les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé

par les mots :

en orthopédie dento-faciale et en chirurgie orale

Veuillez poursuivre, mon cher collègue.

M. Bernard Cazeau. L'ensemble de la profession est favorable à la mise en place d'un internat qualifiant permettant d'accéder à une nouvelle spécialité de chirurgie dentaire : la spécialité de chirurgie orale, du latin *os*, qui signifie bouche. La création de cette spécialité est notamment justifiée par la suppression de la spécialité de stomatologie des médecins. Il convient donc de créer cette spécialité en chirurgie dentaire afin de continuer d'offrir à nos concitoyens l'accès à ces soins de spécialité.

Cette spécialité s'ajouterait à la spécialité d'orthopédie dento-faciale.

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

M. Alain Milon, rapporteur. S'agissant de l'amendement n° 712, nous reconnaissons l'expertise de notre collègue mais, renseignements pris auprès d'autres experts, il apparaît que la dénomination proposée serait en fait restrictive et irait à l'encontre de l'objectif de créer une filière universitaire plus attractive. La commission demande donc le retrait de cet amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

Quant à l'amendement n° 713, son contenu nous paraît plutôt d'ordre réglementaire. Par conséquent, la commission demande également son retrait ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Non seulement mes deux parents étaient de grands résistants mais ils étaient également tous deux chirurgiens-dentistes. Je connais donc cette querelle byzantine qui oppose odontologie et chirurgie dentaire. Au risque d'offenser leur mémoire, je dois dire que le terme d'odontologie est évidemment celui qui convient, la chirurgie dentaire étant une branche de l'odontologie, qui englobe à la fois le domaine de l'exercice professionnel et celui de la formation et de la recherche.

Pour des motifs de cohérence entre les dispositions inscrites dans le code de l'éducation et le champ universitaire concerné, il convient de ne pas modifier l'appellation des études en odontologie.

Un consensus établi entre les chirurgiens-dentistes libéraux et hospitaliers et les enseignants doit permettre de créer dès 2010 une filière d'internat qualifiant en chirurgie orale. Cette formation sera commune aux médecins et aux dentistes.

Elle aura un champ plus large que celui de la chirurgie dentaire pour prendre en compte des actes présentant des difficultés techniques prévisibles sur des patients souffrant de pathologies lourdes ou complexes, et qui seront réalisés en lien avec les chirurgiens maxillo-faciaux.

La création d'autres filières qualifiantes se fera au fur et à mesure qu'un consensus entre les professionnels aura pu être établi dans d'autres champs disciplinaires. Elle se traduira

– vous le comprendrez, monsieur le sénateur – par des dispositions d'ordre réglementaire, des questions si pointues ne relevant évidemment pas du domaine de la loi.

Pour ces raisons, le Gouvernement émet un avis défavorable sur les deux amendements n^{os} 712 et 713.

M. le président. Monsieur Bernard Cazeau, les amendements n^{os} 712 et 713 sont-ils maintenus ?

M. Bernard Cazeau. Non, monsieur le président, je les retire et je ferai part à mon collègue Mirassou, à l'origine de ces amendements, des explications de Mme la ministre.

M. le président. Les amendements n^{os} 712 et 713 sont retirés.

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

L'amendement n^o 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.

La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. Par cet amendement, mon groupe entend soumettre l'installation des médecins à l'autorisation des agences régionales de santé, notamment dans le cas des zones sur-densifiées et pour certaines spécialités médicales, afin d'éviter que certaines zones ne soient sursaturées, alors que d'autres manquent cruellement de médecins.

Je sais bien sûr quel sort M. le rapporteur et Mme la ministre réservent à cet amendement. Mon groupe entend néanmoins signaler le problème. Il serait regrettable que les questions qui se posent ne soient pas abordées au cours de notre débat en séance publique.

D'après une étude menée par l'INSEE, la France comptait, au 1^{er} janvier 2007, 101 549 généralistes et 106 642 spécialistes, soit un total de 208 191 médecins. Ce chiffre apparemment élevé pourrait inciter à penser que l'offre de soins est très largement suffisante dans notre pays ; il s'agit effectivement de l'offre la plus dense de l'Union européenne. Or, comme nos débats l'ont montré, la réalité est tout autre, certaines zones géographiques étant entièrement désertées, du moins du point de vue médical.

Ce nombre important de professionnels de santé est en effet à minorer car, en réalité, il s'agit, pour un grand nombre d'entre eux, de médecins âgés. Il s'explique par l'importante formation de professionnels qui eut lieu jusque dans les années soixante-dix, avant l'instauration du *numerus clausus*.

Intitulée « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », une étude de février 2009 de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la santé, prévoit

que le nombre de professionnels devrait diminuer de 10 % dans les dix ans à venir. Fondé sur des données connues, ce constat est partagé et clairement établi.

Certes, les gouvernements successifs, y compris le vôtre, madame la ministre, ont entamé une politique souhaitable mais peut-être insuffisante de rehaussement du *numerus clausus* ; nous en avons parlé. Cette politique est insuffisante, d'une part, parce que rien ne garantit que les médecins formés s'installeront dans des zones qui en ont besoin, d'autre part, parce qu'il faut entre huit et dix ans pour former des professionnels de santé.

Face à ces données statistiques, la question suivante se pose : quelles mesures prendre pour endiguer les déserts médicaux ?

Depuis des années, la tendance est aux mesures incitatives. Ce texte va dans ce sens, puisque, après débat en commission, les contrats de solidarité sont devenus non plus obligatoires mais volontaires. Pour les gouvernements successifs, il n'a jamais été question de contraindre les médecins à s'installer dans les zones qui en ont pourtant besoin. Les manifestations des professionnels de santé se sont révélées payantes ; ils ont été entendus.

Que les besoins en santé ne soient pas satisfaits n'est pas l'enjeu du débat. Ce qui compte, c'est de garantir la liberté d'installation des médecins...

Est-ce à croire que ces derniers seraient spécialement sensibles aux mesures incitatives ? Nous en doutons, et ce d'autant plus que, d'après un sondage effectué en 2007 par l'ordre des médecins et l'institut BVA, 63 % des étudiants et 60 % des jeunes médecins n'envisagent pas de s'installer en zone rurale, et ce en raison de la forte disponibilité requise et de l'isolement de ces zones. En outre, pratique médicale et modes de vie ont radicalement changé, si bien que les jeunes générations aspirent à mener une tout autre vie que celle des anciens généralistes comme François Autain. Nous le savons fort bien.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. C'était le bon temps ! (*Sourires.*)

M. François Autain. Nous sommes usés ! (*Nouveaux sourires.*)

M. le président. Cher collègue, je vous invite à conclure.

M. Guy Fischer. Est-ce que j'ai dépassé le temps imparti ?

M. le président. Vous parvenez à son terme.

M. Guy Fischer. Vous êtes dur avec moi, monsieur le président ! Je suis sûr que je n'ai pas épuisé mon temps de parole.

M. le président. Je vous ménage pour demain. (*Nouveaux sourires.*)

M. Guy Fischer. Il ne faut pas : je suis en forme ! (*Mêmes mouvements.*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. On ne se lasse pas de vous entendre, monsieur le sénateur !

M. Guy Fischer. Bref, mes chers collègues, vous comprenez que nous ne sommes pas du tout d'accord avec cette politique. C'est pourquoi nous avons déposé cet amendement.

Je n'en regrette pas moins que vous m'ayez censuré, monsieur le président !

M. le président. Mais non !

L'amendement n^o 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

La parole est à M. Marc Laménie.

M. Marc Laménie. À l'image du SROS hospitalier existant, le SROS ambulatoire deviendra inévitablement opposable. Cette notion devrait donc être supprimée, au profit d'un état des lieux régional de la démographie médicale.

M. le président. 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^{er} janvier 2010, les médecins exerçant à titre libéral ou salarié leurs fonctions qui s'installent dans l'une des zones visées au précédent alinéa, ne peuvent adhérer à la convention nationale visée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

La parole est à M. Hervé Maurey.

M. Hervé Maurey. Je voudrais tout d'abord prier Mme la ministre de bien vouloir m'excuser d'arriver tardivement dans ce débat. J'étais effectivement dans mon département, l'Eure, dont elle a entendu parler, puisqu'il est dernier en matière de démographie médicale.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Absolument !

M. Hervé Maurey. Si je suis revenu « dare-dare », sans tout à fait respecter – je l'avoue – les limitations de vitesse (*Exclamations amusées sur diverses travées.*), ce qui n'est pas bien, c'est que la question de la désertification médicale est essentielle et nous concerne tous, chers collègues, de quelque groupe que nous soyons. Un très grand nombre d'entre nous, sénateurs de la majorité comme sénateurs de l'opposition, venons de départements connaissant des situations très préoccupantes. Malheureusement, madame la ministre, ce qui nous est proposé n'est pas à la hauteur des problèmes constatés, qui se poseront encore davantage au cours des prochaines années.

M. François Autain. C'est vrai !

M. Hervé Maurey. Vous l'avez dit lors de la discussion générale, madame la ministre : la densité médicale est de 198 médecins pour 100 000 habitants dans le département de l'Eure, alors qu'elle s'élève à 831 médecins pour 100 000 habitants dans le département de Paris et dans des départements du sud de la France, soit un écart du simple au quadruple et une moyenne nationale de 340 médecins pour 100 000 habitants, 70 départements sur 95 étant en-dessous de ce seuil.

J'ai cité l'Eure, mais je pourrais également citer la Mayenne, l'Ain, la Haute-Loire, l'Indre, la Meuse, l'Orne, l'Eure-et-Loir, le Cher, la Vendée, la Haute-Saône, l'Oise, l'Aisne, la Lozère, etc. Je vous ferai grâce de la suite de cette longue liste de départements qui connaissent une situation de désertification médicale qui s'aggravera encore.

Je vous rappelle, madame la ministre, que vous avez souhaité que cette loi s'appelle « Hôpital, santé, patients, territoires ». J'ai le regret de vous dire que la dimension du territoire et, par conséquent, celle du patient ne sont pas suffisamment prises en compte, d'autant plus – cela a été dit mais je le redis – que la situation observée aujourd'hui ne fera que s'aggraver au cours des prochaines années. Tout le monde le constate ; tout le monde en est bien conscient. Les départs à la retraite des médecins, le fait que les jeunes diplômés ne souhaitent aller ni en zone rurale ni en banlieue, l'augmentation des besoins médicaux, etc., sont autant de facteurs d'aggravation.

Que nous proposez-vous pour résoudre ces problèmes ? Des mesures incitatives.

M. François Autain. Eh oui !

M. Hervé Maurey. Voilà qui est très bien.

M. François Autain. Mais cela ne marche pas !

M. Hervé Maurey. L'incitation vaut toujours mieux que la contrainte.

Malheureusement, nous le savons très bien, car certains départements, tels celui de la Manche, se sont très tôt engagés dans de telles démarches, les mesures incitatives ne marchent pas.

Ce n'est pas moi qui l'affirme, ce sont des personnes bien plus compétentes et qualifiées que moi. Le sujet a suscité quantité de rapports, notamment celui de notre collègue Juillard, ici présent. On peut également citer les rapports réalisés par les députés Marc Bernier et Christian Paul, respectivement membres de l'UMP et du parti socialiste, ou celui du Haut conseil de l'assurance maladie. Même l'Académie de médecine, en 2007, a dressé un constat similaire !

D'ailleurs, pour mettre tout à fait à l'aise nos collègues qui, comme moi, appartiennent à la majorité, j'ajouterai que le Président de la République, le 18 septembre 2007, déclarait : « En matière de démographie médicale, il faut au minimum s'inspirer des négociations entre l'assurance maladie et les infirmiers ».

Par ailleurs, madame la ministre, le système de bourses que vous proposez ne me semble pas égalitaire, puisque l'obligation de service public s'appliquerait uniquement à ceux qui ont besoin d'une allocation, en excluant donc complètement les étudiants issus des familles aisées. Ce système qui, sur le plan des principes, semble sympathique, se révèle en réalité tout à fait inégalitaire.

M. le président. Veuillez conclure, monsieur Maurey !

M. Hervé Maurey. Monsieur le président, comme je ne me suis pas exprimé sur l'article 15, je me permets d'être un peu long en présentant cet amendement, mais j'en ai presque terminé.

L'amendement n° 183 rectifié s'inscrit donc dans la lignée des propos du Président de la République. S'il était adopté, à partir de 2010 les médecins conserveraient la liberté de s'installer dans les zones où l'on observe une surdensité médicale, naturellement, mais ils ne pourraient plus bénéficier du conventionnement.

M. le président. 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.

La parole est à M. Claude Biwer.

M. Claude Biwer. Je souscris tout à fait aux propos que vient de tenir Hervé Maurey ; tous les habitants des départements reculés connaissent les problèmes qu'il a évoqués.

Mes chers collègues, je me trouvais cet après-midi dans le département dont je suis l'élu et je pensais à ces mesures incitatives qui figurent dans le projet de loi et que nous sommes en train d'évoquer. Comme j'étais pressé d'arriver, j'ai pris précipitamment le TGV et je n'ai pas eu le temps d'alimenter le parc-mètre pour payer le stationnement de ma voiture. Demain, je devrai donc acquitter quatorze euros, ou alors régler un procès-verbal de... onze euros.

La philosophie des mesures que l'on nous propose est à peu près la même : on menace les médecins qui refusent de s'installer dans les zones rurales d'une amende de quelque 2 200 euros!... Une telle pénalité leur coûterait moins cher que le manque à gagner lié à l'installation dans ces territoires, ce qui est tout de même dommage ! Il faudrait donc mettre en place – j'y insiste à mon tour – d'authentiques mesures incitatives.

Madame la ministre, pardonnez la liberté de mes propos, mais vous m'avez prouvé régulièrement par le passé, à travers certains rapports ou dans vos interventions, que vous saviez prendre des mesures courageuses. Or, malheureusement, lorsqu'elles passent dans les assemblées, ces mesures deviennent des « mesurètes », qui n'ont plus aucune signification car elles ne sont plus du tout incitatives. La situation doit changer !

Bien sûr, on reconnaît – les statistiques le montrent – que certains départements connaissent des difficultés. Toutefois, rien n'est fait pour les aider, et quand ils progressent, c'est au même rythme que le reste du pays, sinon moins vite ! Ce n'est pas ainsi, me semble-t-il, que nous parviendrons au rééquilibrage de notre territoire, pour lequel nous nous battons depuis longtemps.

Je le constate également, face au manque de dynamisme local de la médecine, qui n'est pas compensé à l'échelle nationale, des circuits parallèles commencent à se mettre en place.

En tant qu'élu d'un département frontalier, proche de l'Allemagne, du Luxembourg et de la Belgique, j'observe que des filières spécialisées se constituent, pour faire venir de l'Europe de l'est des professionnels de santé – médecins, infirmières ou autres – qui sont très heureux de s'installer en France, y compris en milieu rural.

Bien sûr, on murmure que dans les pays d'où viennent ces professionnels la qualité d'enseignement n'est pas la même et que les diplômés n'ont pas forcément la même valeur qu'en France. Peut-être ! Mais est-ce mieux de n'avoir personne pour se soigner ? La véritable question est là.

C'est pourquoi j'ai déposé cet amendement, qui vise à accélérer la mise en place du dispositif prévu. À ceux qui veulent attendre, je réponds que, si nous voulons saisir cette occasion d'avancer, la loi doit s'appliquer dès qu'elle est votée, et non dans cinq ou six ans !

Le monde rural a besoin d'un nouvel élan. Il a besoin de dynamisme dans tous les domaines, et en particulier dans celui-ci. Mes chers collègues, il vaut mieux parfois être moins bien soigné que pas du tout !

M. le président. 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

La parole est à M. François Autain.

M. François Autain. Cet amendement va dans le même sens que le précédent.

Tout d'abord, je ne crois pas beaucoup à la vertu de cette disposition qui vise à inciter les médecins à s'installer dans les zones sous-médicalisées. Une fois encore, il s'agit d'un leurre jeté en pâture par le Gouvernement, car les mesures incitatives ont fait la preuve de leur inefficacité, me semble-t-il. Au lieu de les multiplier en vain, il serait temps de passer à d'autres dispositifs !

Néanmoins, puisque ce contrat existe, et si tant est qu'il soit applicable, je me suis efforcé d'imaginer comment des médecins pourraient aller exercer leur activité dans des zones sous-densifiées si celles-ci sont situées à des centaines de kilomètres de la région où ils résident... J'avoue ne pas bien voir comment ce dispositif va fonctionner !

De toute façon, avec « l'amélioration » qu'a apportée notre rapporteur, les médecins n'ont plus aucune raison d'aller exercer dans des zones sous-médicalisées, et ces contrats sont définitivement inapplicables !

Cela dit, le texte initial du Gouvernement n'était pas non plus satisfaisant, puisqu'il prévoyait d'attendre l'élaboration du SROS puis de laisser passer encore un délai de trois ans, ce qui signifiait que les contrats de solidarité s'appliqueraient au plus tôt en 2016, soit dans sept ans, puisque nous sommes en 2009.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Bien vu ! (Sourires sur les travées de l'UMP.)

M. François Autain. Autant ne rien faire du tout et attendre 2015 ou 2016 pour adopter de telles dispositions !

À l'évidence, le Gouvernement ne considère pas le problème des zones sous-médicalisées comme une urgence. Pour lui, il y a tout lieu d'attendre, l'essentiel étant de ne pas remettre en cause le sacro-saint principe de la liberté d'installation des médecins généralistes, dont l'un de nos collègues – M. Vasselle, me semble-t-il – pensait même qu'il avait valeur constitutionnelle ! Voilà où nous en sommes ! (*M. Guy Fischer applaudit.*)

Mes chers collègues, il faut redescendre sur terre ! Le principe de la liberté d'installation a été remis en cause dans d'autres pays, notamment en Allemagne dans les années 1990, me semble-t-il. Or je ne sache pas que les Allemands soient plus mal soignés que les Français. Il y aurait plutôt moins de « déserts médicaux » en Allemagne qu'en France !

Je suis consterné de voir que le Gouvernement, face à une situation qui s'aggrave chaque jour, reste passif ou, tout au plus, fait semblant d'agir en adoptant des mesures qui, manifestement, ne sont pas applicables.

Cet amendement, comme le précédent, vise donc à faire en sorte que l'application du contrat, si tant est qu'elle soit possible, intervienne immédiatement après l'élaboration des SROS, et non trois ans plus tard.

M. le président. 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

La parole est à M. Marc Laménie.

M. Marc Laménie. Monsieur le président, je vais présenter en même temps les amendements n° 858 rectifié et 859.

L'amendement n° 858 rectifié a presque le même objet que l'amendement n° 857 rectifié que j'ai défendu tout à l'heure. À l'image du SROS hospitalier existant, le SROS ambulatoire deviendra inévitablement opposable. Cette notion doit donc être supprimée, au profit d'un état des lieux régional de la démographie médicale.

J'en viens à l'amendement n° 859.

Bien que la disposition que nous entendons supprimer permette de donner à l'expérimentation le temps de se mettre en place par le déploiement de mesures incitatives, en cas d'échec elle fait planer le spectre d'une taxe réservée aux seuls généralistes, ce qui n'est pas acceptable.

Par ailleurs, la taxe qui pourrait se mettre en place dès 2012 si ces mesures incitatives ne fonctionnent pas concernerait tous les médecins généralistes exerçant dans les zones surdensées, les nouveaux installés tout autant que les anciens.

La possibilité d'instaurer une telle mesure doit donc être supprimée.

M. le président. 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.

Cet amendement a déjà été défendu.

L'amendement n° 29, présenté par MM. Fichet et Botrel, est ainsi libellé :

Remplacer les 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 un alinéa ainsi rédigé :

« 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, l'implantation des médecins pour les deux premières années d'exercice se fait obligatoirement dans une zone reconnue comme déficitaire par cette évaluation. Un décret en Conseil d'État précisera les modalités d'organisation de cet exercice obligatoire de la médecine en zone déficitaire.

Cet amendement n'est pas soutenu.

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 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 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.

La parole est à M. Hervé Maurey.

M. Hervé Maurey. Mes chers collègues, vous l'aurez compris, je n'ai pas une confiance absolue dans le dispositif qui nous est proposé, c'est le moins que l'on puisse dire.

Toutefois, ces mesures sont pour l'instant les seules qui existent. Elles ont été introduites dans ce projet de loi par les députés, et adoucies, à mon grand regret, par la commission des affaires sociales du Sénat. Je proposerai donc successivement trois amendements qui tendent à leur donner un peu de sens.

Si l'amendement n° 180 rectifié était adopté, le directeur de l'ARS, après avoir constaté qu'un secteur est sous-médicalisé, aurait l'obligation – et non plus seulement la faculté, comme c'est le cas dans la rédaction actuelle du texte – de proposer aux médecins le contrat de solidarité.

M. le président. 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.

La parole est à Mme Isabelle Pasquet.

Mme Isabelle Pasquet. Cet amendement s'inscrit dans la logique que nous suivons depuis le début de ces débats : mieux satisfaire les besoins de santé des populations.

En effet, comme nous l'avons déjà souligné, ne serait-ce qu'à propos de l'alinéa précédent du texte proposé par l'article 15, nous ne pouvons accepter que des zones surdenses coexistent avec d'autres où l'offre de soins est très insuffisante.

L'amendement n° 480 vise donc à combler une lacune du dispositif proposé, dont les mesures sont largement insuffisantes.

Plusieurs rapports ont établi une insuffisance de l'offre de soins. Toutefois, je le fais remarquer, le projet de loi reste malheureusement muet dès lors qu'il s'agit de remédier au problème inverse.

C'est pourquoi, dans les zones où l'offre de soins est déjà plus que satisfaite, nous proposons d'interdire temporairement le conventionnement des médecins de premier recours visés aux articles L. 162-2 et suivants du code de la sécurité sociale.

M. le président. 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.

La parole est à M. Gilbert Barbier.

M. Gilbert Barbier. Monsieur le président, mes chers collègues, je reconnais qu'il peut paraître paradoxal, au sein de la même discussion, de proposer une mesure qui va à l'encontre de ce qui a été dit précédemment. Je propose en effet de supprimer la contribution forfaitaire qui est exigée dans le cas où le contrat santé solidarité ne serait pas respecté.

M. Guy Fischer. Chacun est dans son rôle !

M. Gilbert Barbier. Je ne pense pas qu'il serait bon de pénaliser les médecins qui auraient accepté d'adhérer à ce contrat et qui ne pourraient pas le respecter.

M. le président. Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 179 est présenté par M. Maurey.

L'amendement n° 230 est présenté par M. Beaumont.

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

La parole est à M. Hervé Maurey.

M. Hervé Maurey. Dans le prolongement de l'amendement n° 180 rectifié, cet amendement propose de rétablir le dispositif tel qu'il a été adopté par l'Assemblée nationale. Je le disais tout à l'heure, la commission des affaires sociales du Sénat a modifié le dispositif adopté en ne conservant la sanction pécuniaire que lorsque le médecin ne remplit pas ses obligations. En revanche, le médecin peut tout à fait refuser de signer la convention. Je souhaite donc, par cet amendement, que l'on en revienne à la version votée par l'Assemblée nationale.

M. le président. L'amendement n° 230 n'est pas soutenu.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je le reprends, au nom du gouvernement.

M. le président. Il s'agit donc de l'amendement n° 230 rectifié. Je vous fais remarquer, madame la ministre, qu'il est absolument identique à celui de M. Maurey.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Vous me permettez quand même de le reprendre, monsieur le président ?

M. le président. Tout à fait !

L'amendement n° 784 rectifié *bis*, présenté par MM. Le Menn, Godefroy 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, 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.

La parole est à M. Bernard Cazeau.

M. Bernard Cazeau. J'ai dit dans mon intervention liminaire sur l'article 15 que je souhaitais que l'on rétablisse le caractère obligatoire du contrat santé solidarité tel qu'il a été adopté par l'Assemblée nationale. Cette disposition nous semble en effet...

M. François Autain. ... Un moindre mal!

M. Bernard Cazeau. ... Un moindre mal, si vous voulez. Il s'agit en tout cas d'une disposition beaucoup plus incitative que les autres, d'autant plus qu'elle est assortie d'une amende.

J'ai récemment rencontré, à leur demande, des représentants de l'association nationale des étudiants en médecine et de l'association équivalente des internes qui m'ont déclaré être favorables à ce dispositif, dans les cas où une action rapide et importante serait nécessaire.

Il faut se garder des vœux pieux, et ne proposer que les mesures que l'on sait réalisables. C'est le cas de la présente mesure.

M. le président. L'amendement n° 181, présenté par M. Maurey, est ainsi libellé :

Au quatrième alinéa 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

La parole est à M. Maurey.

M. Hervé Maurey. Je suis assez interloqué par l'optimisme de notre collègue Cazeau. D'aucuns l'expliqueront par son origine professionnelle... (*Sourires.*)

Dans le dispositif qui nous est proposé, on parle d'une amende maximum égale au plafond de la sécurité sociale, c'est-à-dire de 2 859 euros. C'est assez symbolique par rapport au revenu d'un médecin. Je prends le pari, notamment devant mon collègue M. Cazeau, que la plupart des médecins préféreront payer cette somme plutôt que d'être obligés d'aller dans des zones où l'on a besoin d'eux. Je souhaite, par conséquent, que ce montant annuel soit un minimum et non un maximum.

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

M. Alain Milon, rapporteur. Je voudrais d'abord dire que je suis consterné par les propos que j'ai pu entendre, mis à part ceux de Gilbert Barbier. Ils relèvent d'une sorte d'idéologie socialisante, prônant une organisation collectiviste de la société française. (*Bravo! et applaudissements sur les travées de l'UMP. – Protestations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. François Autain. Là, c'est vraiment un discours idéologique!

M. Alain Milon rapporteur. Nous manquons de médecins en France, et votre seule réponse consiste à les obliger à s'installer là où ils ne veulent pas aller, à faire quinze ans d'études pour ensuite trimer pendant vingt-cinq ans. (*Protestations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*) Voilà le message que vous voulez faire passer auprès des médecins! Les vraies solutions sont autres : ce ne sont pas celles que vous proposez, mais peut-être pas non plus celles qui figurent dans ce projet de loi, d'ailleurs.

Il faudrait peut-être revoir le prix de la consultation : il est aberrant que le citoyen paie le montant dérisoire de 23 euros au médecin qui lui sauve la vie, alors même qu'il ne rechigne pas à payer 75 euros pour que l'on débouche son évier!

Voilà la vérité! Reconnaissez la valeur du médecin, acceptez de payer à sa juste valeur l'acte médical, et vous verrez que les choses s'arrangeront! Je suis outré par ce que j'ai entendu. J'ai bien conscience que mes propos en indignent quelques-uns d'entre vous, mes chers collègues, mais je sais que d'autres me soutiennent et pensent comme moi que ce que nous avons entendu est absolument inadmissible.

J'en viens aux amendements.

L'amendement n° 474 de M. Autain vise à soumettre l'installation des professionnels dans des zones sur-dotées, à l'autorisation de l'ARS.

Cela revient à changer le contrat que prend l'État avec un étudiant quand il commence ses études. Si vous voulez nationaliser la médecine, dites-le tout de suite, et faites-le pour tout le monde! Je crois pour ma part qu'il n'est pas acceptable de modifier le contrat passé avec des jeunes qui se sont engagés dans des études aussi longues. L'avis de la commission est donc également défavorable.

L'amendement n° 857 rectifié vise à substituer un état des lieux de la démographie médicale au schéma régional d'organisation sanitaire. Il est, mon cher collègue, contraire à l'esprit du projet de loi et notamment à la définition du SROS votée à l'article 26. J'en demande donc le retrait.

Monsieur Maurey, le déconventionnement des médecins qui s'installent en zone sur-dense pénaliserait leurs clients qui ne seraient plus remboursés. L'avis de la commission est donc défavorable sur votre amendement n° 183 rectifié.

Concernant l'amendement n° 2 rectifié *ter* de M. Biwer, je considère qu'il vaut mieux attendre le résultat des mesures incitatives avant de rendre ce contrat obligatoire. L'avis de la commission est donc défavorable.

L'amendement n° 477 de M. Autain a le même objet que le précédent; l'avis de la commission est donc défavorable.

L'amendement n° 858 rectifié de M. Laménie ne peut recevoir qu'un avis défavorable par coordination avec l'amendement n° 857 rectifié.

L'objet de l'amendement n° 859 étant la suppression du contrat santé solidarité, la commission y est défavorable. Au demeurant, et je sais que cet avis est loin d'être partagé par tous, j'estime que ce contrat doit rester volontaire.

L'adoption de l'amendement n° 180 rectifié ne changerait pas grand-chose au dispositif prévu. La commission s'en remet donc à la sagesse du Sénat.

L'amendement n° 480, qui vise à supprimer pendant trois ans les nouveaux conventionnements dans les zones sur-denses aurait pour effet de pénaliser les patients qui ne seraient pas remboursés. L'avis est donc défavorable.

Concernant l'amendement n° 626 rectifié de M. Barbier, j'estime que la sanction du non-respect du contrat par le médecin est nécessaire. J'en demande donc le retrait, faute de quoi la commission émettra un avis défavorable.

M. Maurey, par l'amendement n° 179, souhaite revenir au texte de loi initial tel qu'il a été voté par l'Assemblée nationale. Ce n'est pas ce que souhaite la commission, mais c'est visiblement ce que souhaite Mme la ministre puisqu'elle a repris

l'amendement de M. Beaumont. Nous sommes donc en désaccord avec le gouvernement, mais nous nous soumettrons évidemment à ce que décidera la majorité.

L'amendement n° 784 rectifié bis du groupe socialiste a le même objet, à ceci près qu'il ajoute une négociation entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les syndicats représentatifs des médecins libéraux. L'avis de la commission est défavorable.

L'amendement n° 181 prévoit le relèvement de la contribution de pénalité. Ce n'est pas le choix de la commission, qui émet un avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je ferai crédit à chacun de sa sincérité dans ce débat. Nous partageons tous le même diagnostic : les problèmes de la démographie médicale sont aigus dans de nombreuses régions de notre pays, et les choses ne vont pas s'arranger.

M. François Autain. C'est vrai !!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Bien que nous ayons le taux de médecins le plus élevé de l'OCDE, nous nous trouvons déjà face à ces problèmes. Nous savons bien que nous mettrons plus de dix ans à revenir à un taux de médecins convenable, puisque l'effort extrêmement volontariste que j'ai fait dans le cadre du *numerus clausus* ne portera ses fruits qu'après ce laps de temps.

À partir d'un diagnostic partagé, nous aboutissons à deux visions totalement différentes. Certains pensent que les mesures incitatives n'ont pas été efficaces. Il s'agit de se demander pourquoi elles n'ont pas fonctionné et pourquoi le paquet de mesures que je vous propose aujourd'hui permettra d'obtenir des résultats.

Premièrement, nous ne sommes pas partis d'un diagnostic territorial fin et partagé. Les mesures incitatives ont été prises en ordre dispersé. Ce que nous vous proposons avec la présente réforme, c'est un diagnostic territorial extrêmement précis. Un degré élevé de précision est en effet indispensable, car on ne peut pas se contenter de constater que la région PACA a plus de médecins que la région Nord-Pas-de-Calais ! Ce n'est pas suffisant, mais c'est à peu près ce que l'on s'est contenté de faire en matière de diagnostic territorial jusqu'à aujourd'hui.

Ce diagnostic territorial doit donc être fin, mais aussi qualitatif. Il faut, par exemple, évaluer le nombre de médecins de plus de 75 ans, connaître précisément la structuration de notre démographie médicale, ses évolutions prévisibles.

Deuxièmement, nous n'avions pas assis notre politique sur une valorisation de la médecine générale. Or, c'est elle qui maille la démographie médicale.

M. Gilbert Barbier. Et les spécialistes !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Bien sûr, monsieur Barbier, je ne dis pas que les spécialistes ne sont pas importants. Mais le maillage de la médecine territoriale de premier recours doit être assis sur la médecine générale, et nous avons besoin d'attirer les jeunes médecins vers cette filière. Or, cela n'avait pas été fait jusqu'ici.

Troisièmement, les mesures incitatives qui existaient et qui émanaient de divers acteurs – les caisses d'assurance maladie, les associations, les collectivités territoriales ou l'État – avaient été prises en ordre dispersé. Il faut dire que la plupart des jeunes médecins ne les connaissaient pas !

Il suffit pour s'en rendre compte d'interroger de jeunes internes. Ils ne connaissent pas le panel des treize aides différentes, obtenues suivant 200 modalités, qui peuvent leur être offertes !

Pour remédier à cela, nous allons faire des agences régionales de santé non seulement le diagnosticien territorial de ces problématiques, mais également le guichet unique des aides ! Nous allons faire en sorte que ces aides qui se déployaient en totale incohérence se déploient désormais de manière rationnelle. La réforme que nous vous proposons rompt donc radicalement avec le schéma préexistant.

C'est la raison pour laquelle il ne faut pas arguer des échecs précédents pour critiquer le nouveau dispositif.

Certains affirment que le système n'ayant pas marché, il faudrait prendre des mesures coercitives. Pour ma part, je suis de ceux qui estiment que de telles mesures seraient inefficaces...

M. François Autain. On n'en sait rien : on ne les a pas essayées !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. ... parce que, dans notre pays, la demande de soins connaît une profonde mutation. Précisément parce que nous sommes confrontés à des problèmes de démographie médicale et parce que les médecins ont la possibilité de choisir tous types d'exercice, je ne suis pas de ceux qui craignent de les voir partir à l'étranger. Quoique ! Les problèmes de démographie médicale sont tels, dans l'espace européen, que la concurrence sera certainement exacerbée. Même sur notre territoire, des zones actuellement sur-denses ou bien dotées risquent, à terme, de se retrouver moins bien dotées.

D'autres modes d'exercice, en particulier l'exercice salarié, tentent les jeunes médecins – surtout les femmes –, car ils permettent de mieux concilier vie familiale et vie professionnelle.

Lorsqu'il s'agira de mailler notre territoire, un effet de concurrence considérable rendra les mesures coercitives totalement contreproductives, au point d'éloigner de ces zones sous-denses les médecins susceptibles de s'y installer.

Le Gouvernement propose des procédures qui, parce qu'elles permettent d'éviter ces deux écueils, se révéleront pleinement efficaces et n'auront aucun effet négatif.

À la lumière de ces explications, je vais à présent donner l'avis du Gouvernement sur l'ensemble de ces amendements.

Dans l'amendement n° 474 sont proposées des mesures coercitives.

M. François Autain. Horreur !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Soumettre l'installation des professionnels à l'autorisation préalable de l'ARS aurait pour seul effet de faire fuir les médecins généralistes des zones sous-denses.

Les amendements n° 857 rectifié et 858 rectifié visent à abolir les schémas régionaux d'organisation des soins au profit d'un état des lieux régional de la démographie médicale.

J'en reviens à mon explication de départ : pourquoi les mesures incitatives ont-elles échoué ? Parce qu'elles n'étaient pas fondées sur un diagnostic territorial fin. Si ces deux amendements étaient adoptés, les principaux outils permettant à ces mesures d'être efficaces seraient supprimés.

Le Gouvernement est donc défavorable à ces deux amendements.

L'amendement n° 183 rectifié est, lui aussi, un amendement coercitif : interdire le conventionnement des médecins installés en zones sur-denses reviendrait à refuser à leurs patients d'être remboursés par la sécurité sociale. C'est évidemment absolument impossible.

L'amendement n° 2 rectifié *ter* et l'amendement n° 477 visent à rendre obligatoire le contrat santé solidarité sans possibilité d'y substituer une contribution financière, et ce dès l'entrée en vigueur des schémas régionaux d'organisation des soins.

Je le répète : je suis favorable à l'instauration des contrats santé solidarité. Mais, monsieur Autain, point n'est besoin de parcourir cent kilomètres pour passer d'une zone sous-dense à une zone sur-dense – Nice est une zone sur-dense, l'arrière-pays niçois, à quelques kilomètres de là, est une zone sous-dense –, d'où l'utilité d'un maillage fin du territoire. Dans le Nord-Pas-de-Calais, certaines zones sont sous-denses, alors que des quartiers de Lille sont des zones sur-denses. La proximité entre zones sur-denses et zones sous-denses, conjuguée au contrat santé solidarité, permettra donc aux médecins de diversifier leur activité : passer une matinée dans un EHPAD, un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, exercer dans un cabinet secondaire, participer à la permanence des soins...

Parallèlement à ce contrat santé solidarité, l'ensemble des mesures que je vous ai présentées, mesdames, messieurs les sénateurs, devront pouvoir être mises en œuvre. J'ai l'intime conviction qu'elles se révéleront efficaces sans tarder.

Si, après tout, monsieur Autain, vous aviez tort ?

M. François Autain. Et si j'avais raison ?

M. Gérard Dériot, *vice-président de la commission des affaires sociales.* Cela, on ne le saura jamais !

M. François Autain. Mais c'est urgent !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* Laissez une chance à ces mesures ! Le Gouvernement mettra en œuvre le contrat santé solidarité d'une manière intelligente. (*Sourires.*)

Veillez m'excuser, monsieur Autain. Mes paroles ont dépassé ma pensée. Je voulais dire que le Gouvernement appliquera le contrat santé solidarité d'une manière opérationnelle.

Je continue de passer en revue les différents amendements.

Le Gouvernement est évidemment défavorable à la suppression du contrat santé solidarité, proposée aux termes des amendements n° 859 et 29. J'ai expliqué pourquoi.

L'amendement n° 180 rectifié vise à ôter le caractère facultatif à la disposition donnant la faculté au directeur général de l'ARS de proposer aux médecins d'adhérer à un contrat santé solidarité. Je ne suis pas d'accord. Le Gouvernement prône, lui, une démarche fondée sur le volontariat : il doit être possible de s'exonérer par une redevance modérée du contrat santé solidarité. C'est en cela que la mesure qu'il propose est incitative.

S'agissant de l'interdiction de conventionnement en zones sur-dotées, à laquelle vise l'amendement n° 480, j'ai déjà indiqué quelle était la position du Gouvernement.

Le Gouvernement est également défavorable à l'amendement n° 626 rectifié, qui tend à supprimer la pénalité pour non-respect du contrat santé solidarité. S'il n'y a pas de pénalité, il n'y a pas de contrat !

En revanche, je suis extrêmement attachée à ce que soit rétablie l'obligation de signer le contrat santé solidarité. C'est pourquoi j'ai souhaité reprendre l'amendement n° 230 de M. Beaumont et ne pas m'en tenir à donner un avis favorable à l'amendement n° 179. Je tiens à souligner une nouvelle fois la qualité du travail fait par le rapporteur de l'Assemblée nationale, M. Jean-Marie Rolland.

M. Hervé Maurey. C'est pourtant coercitif !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* Ce contrat pourra être proposé par le directeur général de l'ARS dans le cas où les mesures incitatives d'organisation se révéleraient insuffisantes pour améliorer l'accès aux soins.

Le dispositif repose sur le principe d'une solidarité intergénérationnelle, à mes yeux primordial. J'ai entendu nombre de médecins au sujet de ce contrat santé solidarité. Ils se déclaraient toujours favorables à l'instauration de mesures coercitives, mais à condition qu'elles soient réservées à ceux qui s'installent. Je ne suis pas d'accord. Je ne veux pas prendre de mesures anti-jeunes en ce domaine. Les mesures qui seront prises devront reposer sur la solidarité intergénérationnelle : si des contraintes – certes modérées et acceptables – doivent peser sur les médecins, elles devront peser également sur les jeunes médecins et sur leurs aînés. C'est, d'ailleurs, au nom de ce principe que les jeunes médecins ont donné leur accord à l'instauration du contrat santé solidarité.

Ce dispositif ne sera bien entendu mis en œuvre que dans les territoires où, après large concertation, il apparaîtra nécessaire de rééquilibrer l'offre de soins. Il s'annonce efficace : il vise, en effet, à faire contribuer très concrètement les médecins des zones sur-dotées aux besoins des zones sous-dotées.

Supprimer le caractère obligatoire de cette mesure lui ôterait tout son sens.

M. François Autain. Elle n'en a déjà pas beaucoup !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* Elle ne permettrait plus d'atteindre l'objectif que nous nous sommes fixé. Je veux, pour ma part, améliorer l'accès aux soins, dans les villes comme dans les campagnes.

Le Gouvernement est enfin défavorable à l'amendement n° 784 rectifié *bis*, qui vise à rétablir le caractère obligatoire du contrat santé solidarité, et à l'amendement n° 181, qui a pour objet de remplacer le montant maximum de la pénalité par un montant minimal. En effet, la modification que vous proposez, monsieur Maurey, tendrait à renforcer encore le caractère obligatoire du contrat. Dans un État de droit, les citoyens doivent connaître non seulement les peines minimales, mais aussi les peines maximales qu'ils encourent. Il est important que la sanction reste proportionnée.

Le débat qui s'est déroulé dans cet hémicycle ce soir montre bien que les partisans de deux conceptions différentes s'affrontent. Ce que veut le Gouvernement, c'est avoir une position équilibrée et, surtout, efficace.

M. François Autain. Elle n'est pas équilibrée !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre.* Je ne crois pas au laisser-aller, je ne crois pas au bien-fondé de l'absence de toute mesure volontariste, et, devant les difficultés qui nous attendent, je ne crois pas qu'il soit judicieux de nous en remettre à la bonne volonté de chacun. Je ne crois pas davantage aux bienfaits des mesures coercitives. Les mesures que le Gouvernement propose dans cet article, qui sont équilibrées, permettront finalement aux uns d'aller vers les autres.

M. le président. Mes chers collègues, à cette heure, compte tenu du nombre des amendements en discussion et de l'importance du sujet débattu, je pense qu'il est préférable de suspendre la séance et de remettre à demain les explications de vote.

M. François Autain. Nous avons encore beaucoup de choses à dire. *(M. Jean Desessard fait un signe d'assentiment.)*

M. le président. La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

7

TEXTE SOUMIS AU SÉNAT EN APPLICATION DE L'ARTICLE 88-4 DE LA CONSTITUTION

M. le président. J'ai 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 :

- Projet d'accord révisé sur la coopération entre Eurojust et Europol - Approbation par le Conseil ; ce texte sera imprimé et distribué sous le n° E-4490.

8

ORDRE DU JOUR

M. le président. Voici quel sera l'ordre du jour de la prochaine séance publique, précédemment fixée à aujourd'hui, vendredi 29 mai 2009, à neuf heures trente, quinze heures et éventuellement le soir :

- Suite du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (n° 290, 2008-2009).

Rapport de M. Alain Milon, fait au nom de la commission des affaires sociales (n° 380, 2008-2009).

Texte de la commission (n° 381, 2008-2009).

Personne ne demande la parole?...

La séance est levée.

(La séance est levée le vendredi 29 mai 2009, à zéro heure vingt-cinq.)

*La Directrice
du service du compte rendu intégral,*

MONIQUE MUYARD

ORGANISME EXTRAPARLEMENTAIRE

En application de l'article 9 du Règlement, M. le Président du Sénat a été informé que lors de sa réunion du 27 mai 2009, la commission des Affaires culturelles a désigné M. Louis DUVERNOIS, pour siéger au sein du Conseil d'administration de la société en charge de l'audiovisuel extérieur de la France.

QUESTION(S) ORALE(S)

REMISE(S) À LA PRÉSIDENTE DU SÉNAT

Difficultés rencontrées par les mairies pour la délivrance des passeports biométriques

n° 576 - Le 4 juin 2009 - **M. Christian CAMBON** attire l'attention de **Mme la ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales** sur les difficultés que les mairies rencontrent pour la délivrance des passeports biométriques. En effet, la généralisation du nouveau passeport, équipé d'une puce électronique et contenant les empreintes digitales de son titulaire, se révèle plus difficile que prévue. Certes, depuis octobre 2008, 30 000 passeports de ce type auraient déjà été délivrés pour un total de 83 840 demandes. Toutefois, des temps d'attente importants sont signalés et nombre de services d'état civil des mairies se heurtent à de nombreux épisodes de déconnexion du serveur de l'Agence nationale des titres sécurisés (ANTS), portant à près d'une demi-heure le traitement d'un seul dossier. Le directeur de l'ANTS indiquait récemment, dans un article de presse, que ces problèmes devaient être liés à une mauvaise prise en main des outils informatiques. Or, les personnels ont été pour la plupart parfaitement formés et les administrés ne comprennent pas ces tracas administratifs qui leur font craindre de ne pouvoir obtenir leurs passeports à temps pour partir en vacances à l'étranger. Il serait infiniment dommageable qu'un dispositif destiné à simplifier et accélérer la procédure d'obtention d'un passeport sécurisé soit remis en cause pour des raisons purement techniques. En conséquence, il lui demande quelles mesures elle compte prendre pour améliorer cette procédure et permettre ainsi aux services d'état civil de répondre sereinement aux administrés.

ANNEXES AU PROCES VERBAL

de la séance

du jeudi 28 mai 2009

SCRUTIN n° 171

sur l'amendement n° 977, présenté par MM. François Autain, Guy Fischer, Mme Annie David et les membres du groupe communiste républicain citoyen et des sénateurs du parti de gauche et sur l'amendement n° 1168, présenté par le Gouvernement, à l'article 28 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	341
Suffrages exprimés	341
Pour	153
Contre	188

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GRUPE COMMUNISTE, RÉPUBLICAIN, CITOYEN ET DES SÉNATEURS DU PARTI DE GAUCHE (24) :

Pour : 24

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (17) :

Pour : 15

Contre : 2 MM. Gilbert Barbier, Aymeri de Montesquiou

GRUPE SOCIALISTE (115) :

Pour : 114

N'a pas pris part au vote : 1 M. Bernard Frimat - qui présidait la séance

GRUPE UNION CENTRISTE (29) :

Contre : 29

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 : 7

Ont voté pour :

Nicolas Alfonsi	Bernard Angels	Éliane Assassi
Jacqueline Alquier	Jean-Etienne	David Assouline
Michèle André	Antoinette	Bertrand Auban
Serge Andreoni	Alain Anziani	François Autain

Robert Badinter	Anne-Marie Escoffier	Louis Mermaz
Jean-Michel Baylet	Alain Fauconnier	Jacques Mézard
Marie-France Beaufile	Jean-Luc Fichet	Jean-Pierre Michel
Jean-Pierre Bel	Guy Fischer	Jean Milhau
Claude Bérít-Débat	François Fortassin	Gérard Miquel
Jacques Berthou	Thierry Foucaud	Jean-Jacques Mirassou
Jean Besson	Jean-Claude Frécon	Jacques Muller
Michel Billout	Charles Gautier	Robert Navarro
Marie-Christine	Samia Ghali	Isabelle Pasquet
Blandin	Jacques Gillot	Jean-Marc Pastor
Maryvonne Blondin	Jean-Pierre Godefroy	Georges Patient
Yannick Bodin	Brigitte Gonthier-	François Patriat
Nicole Bonnefoy	Maurin	Daniel Percheron
Nicole Borvo Cohen-	Jean-Noël Guérini	Jean-Claude Peyronnet
Seat	Didier Guillaume	Bernard Piras
Yannick Botrel	Claude Haut	Jean-Pierre Placade
Didier Boulaud	Edmond Hervé	Roland Povinelli
Alima Boumediene-	Odette Herviaux	Gisèle Printz
Thiery	Gélita Hoarau	Marcel Rainaud
Martial Bourquin	Robert Hue	Jack Ralite
Bernadette Bourzai	Annie Jarraud-	Daniel Raoul
Michel Boutant	Vergnolle	Paul Raoul
Nicole Bricq	Claude Jeannerot	François Rebsamen
Jean-Pierre Caffet	Bariza Khiari	Daniel Reiner
Claire-Lise Campion	Virginie Klès	Ivan Renar
Jean-Louis Carrère	Yves Krattinger	Thierry Repentin
Françoise Cartron	Philippe Labeyrie	Roland Ries
Bernard Cazeau	Françoise Laborde	Michèle San Vicente-
Monique Cerisier-ben	Serge Lagache	Baudrin
Guiga	Serge Larcher	Patricia Schillinger
Michel Charasse	Françoise Laurent	Mireille Schurch
Yves Chastan	Perrigot	Michel Sergent
Jacqueline Chevé	Gérard Le Cam	René-Pierre Signé
Jean-Pierre	Jacky Le Menn	Jean-Pierre Sueur
Chevènement	Raymonde Le Texier	Simon Soutour
Yvon Collin	Alain Le Vern	Catherine Tasca
Gérard Collomb	André Lejeune	Odette Terrade
Pierre-Yves Collombat	Claudine Lepage	Michel Teston
Roland Courteau	Claude Lise	René Teulade
Jean-Claude Danglot	Jean-Jacques Lozach	Jean-Marc Todeschini
Yves Daudigny	Roger Madec	Robert Tropeano
Yves Dauge	Philippe Madrelle	Richard Tuheiava
Marc Daunis	Jacques Mahéas	Raymond Vall
Annie David	François Marc	André Vantomme
Jean-Pierre Demerliat	Daniel Marsin	François Vendasi
Michelle Demessine	Jean-Pierre Masseret	Bernard Vera
Christiane Demontès	Marc Massion	Jean-François Voguet
Jean Desessard	Josiane Mathon-Poinat	Dominique Voynet
Évelyne Didier	Pierre Mauroy	Richard Yung
Claude Domeizel	Rachel Mazuir	
Josette Durrieu	Jean-Luc Mélenchon	

Ont voté contre :

Gérard Bailly	Laurent Bétéille
Gilbert Barbier	Joël Billard
René Beaumont	Claude Biwer
Michel Bécot	Jean Bizet
Claude Belot	Jacques Blanc
Pierre Bernard-	Paul Blanc
Reymond	Pierre Bordier

Didier Borotra	Christophe-André Frassa	Roland du Luart
Joël Bourdin	Yann Gaillard	Michel Magras
Brigitte Bout	René Garrec	Lucienne Malovsky
Jean Boyer	Joëlle Garriaud-Maylam	Philippe Marini
Dominique Braye	Christian Gaudin	Pierre Martin
Marie-Thérèse Bruguière	Jean-Claude Gaudin	Jean Louis Masson
Elie Brun	Gisèle Gautier	Hervé Maurey
François-Noël Buffet	Jacques Gautier	Jean-François Mayet
Christian Cambon	Patrice Gélard	Colette Mélot
Jean-Pierre Cantegrit	Bruno Gilles	Jean-Claude Merceron
Jean-Claude Carle	Adrien Giraud	Michel Mercier
Auguste Cazalet	Colette Giudicelli	Lucette Michaux-Chevry
Gérard César	Nathalie Goulet	Alain Milon
Alain Chatillon	Jacqueline Gourault	Aymeri de Montesquiou
Jean-Pierre Chauveau	Alain Gournac	Albéric de Montgolfier
Marcel-Pierre Cléach	Adrien Gouteyron	Catherine Morin-Desailly
Cointat	Sylvie Goy-Chavent	Philippe Nachbar
Gérard Cornu	Francis Grignon	Louis Nègre
Raymond Couderc	Charles Guené	Jacqueline Panis
Jean-Patrick Courtois	Michel Guerry	Monique Papon
Philippe Dallier	Hubert Haenel	Charles Pasqua
Philippe Darniche	Françoise Henneron	Philippe Paul
Serge Dassault	Pierre Hérisson	Anne-Marie Payet
Isabelle Debré	Marie-Thérèse Hermange	Jackie Pierre
Robert del Picchia	Michel Houel	François Pillet
Christian Demuyneck	Alain Houpert	Xavier Pintat
Marcel Deneux	Jean-François Humbert	Louis Pinton
Gérard Dériot	Christiane Hummel	Rémy Pointereau
Marie-Hélène Des Esgaulx	Benoît Huré	Christian Poncelet
Béatrice Descamps	Jean-Jacques Hyst	Ladislav Poniatowski
Sylvie Desmarescaux	Soibahadine Ibrahim Ramadani	Hugues Portelli
Denis Detcheverry	Pierre Jarlier	Yves Pozzo di Borgo
Yves Détraigne	Jean-Jacques Jégou	Catherine Procaccia
Muguette Dini	Sophie Joissains	Jean-Pierre Raffarin
Éric Doligé	Jean-Marc Juilhard	Henri de Raincourt
Philippe Dominati	Christiane Kammermann	Bruno Retailleau
Michel Doublet	Fabienne Keller	Charles Revet
Daniel Dubois	Joseph Kergeris	Philippe Richert
Alain Dufaut	Alain Lambert	Josselin de Rohan
André Dulait	Marc Laménie	Roger Romani
Catherine Dumas	Élisabeth Lamure	Janine Rozier
Ambroise Dupont	André Lardeux	Bernard Saugéy
Bernadette Dupont	Robert Laufoaulu	Bruno Sido
Jean-Léonce Dupont	Daniel Laurent	Esther Sittler
Louis Duvernois	Jean-René Lecercf	Daniel Soulage
Jean-Paul Emorine	Dominique Leclerc	Michel Thiollière
Jean-Claude Etienne	Antoine Lefèvre	André Trillard
Pierre Fauchon	Jacques Legendre	Catherine Troendle
Jean Faure	Dominique de Legge	François Trucy
Françoise Férat	Jean-François Le Grand	Alex Türk
André Ferrand	Jean-Pierre Leleux	Jean-Marie Vanlerenberghe
Louis-Constant Fleming	Philippe Leroy	Alain Vasselle
Gaston Flosse	Gérard Longuet	René Vestri
Alain Fouché	Simon Loueckhote	Jean-Pierre Vial
Jean-Pierre Fourcade		Jean-Paul Virapoullé
Bernard Fournier		François Zocchetto
Jean-Paul Fournier		
Jean François-Poncet		

N'ont pas pris part au vote :

MM. Gérard Larcher - président du Sénat, Bernard Frimat - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus

SCRUTIN n° 172

sur l'article 28 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	341
Suffrages exprimés	339
Pour	188
Contre	151

Le Sénat a adopté

ANALYSE DU SCRUTIN**GROUPE COMMUNISTE, RÉPUBLICAIN, CITOYEN ET DES SÉNATEURS DU PARTI DE GAUCHE (24) :**

Contre : 24

GROUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (17) :

Pour : 2 MM. Gilbert Barbier, Aymeri de Montesquiou

Contre : 13

Abstention : 2 MM. Michel Charasse, Daniel Marsin

GROUPE SOCIALISTE (115) :

Contre : 114

N'a pas pris part au vote : 1 M. Bernard Frimat - qui présidait la séance

GROUPE UNION CENTRISTE (29) :

Pour : 29

GROUPE 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 : 7

Ont voté pour :

Nicolas About	Jean-Claude Carle	Ambroise Dupont
Philippe Adnot	Auguste Cazalet	Bernadette Dupont
Jean-Paul Alduy	Gérard César	Jean-Léonce Dupont
Jean-Paul Amoudry	Alain Chatillon	Louis Duvernois
Pierre André	Jean-Pierre Chauveau	Jean-Paul Emorine
Jean Arthuis	Marcel-Pierre Cléach	Jean-Claude Etienne
Denis Badré	Christian Cointat	Pierre Fauchon
Gérard Bailly	Gérard Cornu	Jean Faure
Gilbert Barbier	Raymond Couderc	Françoise Férat
René Beaumont	Jean-Patrick Courtois	André Ferrand
Michel Bécot	Philippe Dallier	Louis-Constant Fleming
Claude Belot	Philippe Darniche	Gaston Flosse
Pierre Bernard-Reymond	Serge Dassault	Alain Fouché
Laurent Bétéille	Isabelle Debré	Jean-Pierre Fourcade
Joël Billard	Robert del Picchia	Bernard Fournier
Claude Biver	Christian Demuyneck	Jean-Paul Fournier
Jean Bizet	Marcel Deneux	Jean François-Poncet
Jacques Blanc	Gérard Dériot	Christophe-André Frassa
Paul Blanc	Marie-Hélène Des Esgaulx	Yann Gaillard
Pierre Bordier	Béatrice Descamps	René Garrec
Didier Borotra	Sylvie Desmarescaux	Joëlle Garriaud-Maylam
Joël Bourdin	Denis Detcheverry	Christian Gaudin
Brigitte Bout	Yves Détraigne	Jean-Claude Gaudin
Jean Boyer	Muguette Dini	Gisèle Gautier
Dominique Braye	Éric Doligé	Jacques Gautier
Marie-Thérèse Bruguière	Philippe Dominati	Patrice Gélard
Elie Brun	Michel Doublet	Bruno Gilles
François-Noël Buffet	Daniel Dubois	Adrien Giraud
Christian Cambon	Alain Dufaut	Colette Giudicelli
Jean-Pierre Cantegrit	André Dulait	
	Catherine Dumas	

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 Hyest
Soibahadine Ibrahim
Ramadani
Pierre Jarlier
Jean-Jacques Jégou
Sophie Joissains
Jean-Marc Juilhard
Christiane
Kammermann
Fabienne Keller
Joseph Kergeris
Alain Lambert
Marc Laménie
Élisabeth Lamure
André Lardeux
Robert Laufoaulu
Daniel Laurent

Jean-René Lecerc
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 Louis Masson
Hervé Maurey
Jean-François Mayet
Colette Mélot
Jean-Claude Merceron
Michel Mercier
Lucette Michaux-
Chevry
Alain Milon
Aymeri de
Montesquiou
Albéric de Montgolfier
Catherine Morin-
Desailly
Philippe Nachbar
Louis Nègre
Jacqueline Panis
Monique Papon
Charles Pasqua
Philippe Paul

Ont voté contre :

Nicolas Alfonsi
Jacqueline Alquier
Michèle André
Serge Andreoni
Bernard Angels
Jean-Etienne
Antoinette
Alain Anziani
Éliane Assassi
David Assouline
Bertrand Auban
François Autain
Robert Badinter
Jean-Michel Baylet
Marie-France Beaufils
Jean-Pierre Bel
Claude Bérît-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-
Thierry
Martial Bourquin
Bernadette Bourzai
Michel Boutant
Nicole Bricq
Jean-Pierre Caffet
Claire-Lise Champion
Jean-Louis Carrère
Françoise Cartron
Bernard Cazeau

Monique Cerisier-ben
Guiga
Yves Chastan
Jacqueline Chevé
Jean-Pierre
Chevènement
Yvon Collin
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
Claude Domeizel
Josette Durrieu
Anne-Marie Escoffier
Alain Fauconnier
Jean-Luc Fichet
Guy Fischer
François Fortassin
Thierry Foucaud
Jean-Claude Frécon
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

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 Revert
Philippe Richert
Josselin de Rohan
Roger Romani
Janine Rozier
Bernard Saugé
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

Robert Hue
Annie Jarraud-
Vergnolle
Claude Jeannerot
Bariza Khiri
Virginie Klès
Yves Krattinger
Philippe Labeyrie
Françoise Laborde
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
Josiane Mathon-Poinat
Pierre Mauroy
Rachel Mazuir
Jean-Luc Mélenchon
Louis Mermaz
Jacques Mézard
Jean-Pierre Michel
Jean Milhau
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
Jean-Pierre Plancade
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 Tascia

Odette Terrade
Michel Teston
René Teulade
Jean-Marc Todeschini
Robert Tropeano
Richard Tuheiaava
Raymond Vall
André Vantomme
François Vendasi
Bernard Vera
Jean-François Voguet
Dominique Voynet
Richard Yung

Abstentions :

Michel Charasse, Daniel Marsin.

N'ont pas pris part au vote :

MM. Gérard Larcher - président du Sénat, Bernard Frimat - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus

SCRUTIN n° 173

sur l'amendement n° 463, présenté par MM. François Autain, Guy Fischer, Mme Annie David et les membres du groupe communiste républicain citoyen et des sénateurs du parti de gauche, à l'article 14 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	340
Suffrages exprimés	340
Pour	138
Contre	202

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GRUPE COMMUNISTE, RÉPUBLICAIN, CITOYEN ET DES SÉNATEURS DU PARTI DE GAUCHE (24) :

Pour : 24

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (17) :

Contre : 17

GRUPE SOCIALISTE (115) :

Pour : 114

N'a pas pris part au vote : 1 M. Bernard Frimat - qui présidait la séance

GRUPE UNION CENTRISTE (29) :

Contre : 29

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 :

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 Beauvils
 Jean-Pierre Bel
 Claude Bérin-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 Champion
 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
 Claude Domeizel
 Josette Durrieu
 Alain Fauconnier
 Jean-Luc Fichet
 Guy Fischer
 Thierry Foucaud
 Jean-Claude Frécon
 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 Khari
 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
 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

Jean Faure
 Françoise Férat
 André Ferrand
 Louis-Constant Fleming
 Gaston Flosse
 François Fortassin
 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 Gélard
 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 Hyest

Soibahadine Ibrahim Ramadani
 Pierre Jarlier
 Jean-Jacques Jégou
 Sophie Joissains
 Jean-Marc Juilhard
 Christiane Kammermann
 Fabienne Keller
 Joseph Kergueris
 Françoise Laborde
 Alain Lambert
 Marc Laménie
 Élisabeth Lamure
 André Lardeux
 Robert Laufoaulu
 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
 Daniel Marsin
 Pierre Martin
 Hervé Maurey
 Jean-François Mayet
 Colette Mélot
 Jean-Claude Merceron
 Michel Mercier
 Jacques Mézard
 Lucette Michaux-Chevry
 Jean Milhau
 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
 Jean-Pierre Plancade
 Rémy Pointereau
 Christian Poncelet
 Ladislas 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 Saugé
 Bruno Sido
 Esther Sittler
 Daniel Soulage
 Michel Thiollière
 André Trillard
 Catherine Troendle
 Robert Tropeano
 François Trucy
 Alex Türk
 Raymond Vall
 Jean-Marie Vanlerenberghe
 Alain Vasselle
 François Vendasi
 René Vestri
 Jean-Pierre Vial
 Jean-Paul Virapoullé
 François Zocchetto

Ont voté contre :

Nicolas About
 Philippe Adnot
 Jean-Paul Alduy
 Nicolas Alfonsi
 Jean-Paul Amoudry
 Pierre André
 Jean Arthuis
 Denis Badré
 Gérard Bailly
 Gilbert Barbier
 Jean-Michel Baylet
 René Beaumont
 Michel Bécot
 Claude Belot
 Pierre Bernard-Raymond
 Laurent Bétéille
 Joël Billard
 Claude Biwer
 Jean Bizet
 Jacques Blanc
 Paul Blanc
 Pierre Bordier
 Didier Borotra
 Joël Bourdin
 Brigitte Bout

Jean Boyer
 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
 Jean-Pierre Chevènement
 Marcel-Pierre Cléach
 Christian Cointat
 Yvon Collin
 Gérard Cornu
 Raymond Couderc
 Jean-Patrick Courtois
 Philippe Dallier
 Philippe Darniche
 Serge Dassault
 Isabelle Debré

Robert del Picchia
 Christian Demuyck
 Marcel Deneux
 Gérard Dériot
 Marie-Hélène Des Esgaulx
 Béatrice Descamps
 Sylvie Desmarescaux
 Denis Detcheverry
 Yves Détraigne
 Muguette Dini
 Éric Doliégé
 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

N'a pas pris part au vote :

Jean Louis Masson.

N'ont pas pris part au vote :

MM. Gérard Larcher - président du Sénat, Bernard Frimat - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus

SCRUTIN n° 174

sur le sous-amendement n° 1350 rectifié présenté par M. Nicolas About à l'amendement n° 144 rectifié quater présenté par M. Dominique Leclerc et plusieurs de ses collègues, au nom de la commission des affaires sociales, à l'article 14 bis 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	316
Suffrages exprimés	312
Pour	10
Contre	302

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GROUPE COMMUNISTE, RÉPUBLICAIN, CITOYEN ET DES SÉNATEURS DU PARTI DE GAUCHE (24) :

Contre : 24

GROUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (17) :

Pour : 7

Contre : 6 MM. Gilbert Barbier, Michel Charasse, Jean-Pierre Chevènement, Yvon Collin, Mme Anne-Marie Escoffier, M. Aymeri de Montesquiou

Abstention : 4 MM. Nicolas Alfonsi, Daniel Marsin, Jean Milhau, François Vendasi

GROUPE SOCIALISTE (115) :

Contre : 114

N'a pas pris part au vote : 1 M. Bernard Frimat - qui présidait la séance

GROUPE UNION CENTRISTE (29) :

Pour : 2 MM. Nicolas About, Adrien Giraud

Contre : 9 MM. Claude Biwer, Yves Détraigne, Mme Françoise Férat, Nathalie Goulet, Jacqueline Gourault, M. Michel Mercier, Mme Catherine Morin-Desailly, Anne-Marie Payet, M. Jean-Marie Vanlerenberghe

N'ont pas pris part au vote : 18

GROUPE DE L'UNION POUR UN MOUVEMENT POPULAIRE (151) :

Pour : 1 Mme Catherine Procaccia

Contre : 149

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) :

N'ont pas pris part au vote : 7

Ont voté pour :

Nicolas About
Jean-Michel Baylet
François Fortassin
Adrien Giraud

Françoise Laborde
Jacques Mézard
Jean-Pierre Plancade
Catherine Procaccia

Robert Tropeano
Raymond Vall

Ont voté contre :

Jean-Paul Alduy
Jacqueline Alquier
Michèle André
Pierre André
Serge Andreoni
Bernard Angels
Jean-Etienne Antoinette
Alain Anziani
Éliane Assassi
David Assouline
Bertrand Auban
François Autain
Robert Badinter
Gérard Bailly
Gilbert Barbier
Marie-France Beauflis
René Beaumont
Michel Bécot
Jean-Pierre Bel
Claude Belot
Claude Bérît-Débat

Pierre Bernard-Reymond
Jacques Berthou
Jean Besson
Laurent Béteille
Joël Billard
Michel Billout
Claude Biwer
Jean Bizet
Jacques Blanc
Paul Blanc
Marie-Christine Blandin
Maryvonne Blondin
Yannick Bodin
Nicole Bonnefoy
Pierre Bordier
Nicole Borvo Cohen-Seat
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 Carlé
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 Chevê
Jean-Pierre Chevènement
Marcel-Pierre Cléach
Christian Cointat
Yvon Collin
Gérard Collomb
Pierre-Yves Collombat
Gérard Cornu
Raymond Courderc
Roland Courteau
Jean-Patrick Courtois
Philippe Dallier
Jean-Claude Danglot
Serge Dassault
Yves Daudigny
Yves Dauge
Marc Daunis
Annie David
Isabelle Debré
Robert del Picchia
Jean-Pierre Demerliat
Michelle Demessine
Christiane Demontès
Christian Demuynck
Gérard Dériot
Marie-Hélène Des Esgaulx
Béatrice Descamps
Jean Desessard
Denis Detcheverry
Yves Détraigne
Évelyne Didier
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
Guy Fischer
Louis-Constant Fleming
Thierry Foucaud
Alain Fouché
Jean-Pierre Fourcade
Bernard Fournier
Jean-Paul Fournier
Jean François-Poncet
Christophe-André Frassa
Jean-Claude Frécon
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
Brigitte Gonthier-Maurin
Nathalie Goulet
Jacqueline Gourault
Alain Gournac
Adrien Gouteyron
Sylvie Goy-Chavent
Francis Grignon
Charles Guené
Jean-Noël Guérini
Michel Guerry
Didier Guillaume
Hubert Haenel
Claude Haut
Françoise Henneron
Pierre Hérissou
Marie-Thérèse Hermange
Edmond Hervé
Odette Herviaux
Gélita Hoarau
Michel Houel
Alain Houpert
Robert Hue
Jean-François Humbert
Christiane Hummel
Benoît Huré
Jean-Jacques Hyst
Soibahadine Ibrahim Ramadani
Pierre Jarlier
Annie Jarraud-Vergnolle
Claude Jeannerot
Sophie Joissains
Jean-Marc Juilhard
Christiane Kammermann
Fabienne Keller
Bariza Khiari
Virginie Klès
Yves Krattinger
Philippe Labeyrie
Serge Lagache
Alain Lambert
Marc Laménie
Élisabeth Lamure
Serge Larcher
André Lardeux
Robert Lafoaou
Daniel Laurent
Françoise Laurent Perrigot
Gérard Le Cam
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
Josiane Mathon-Poinat
Pierre Mauroy
Jean-François Mayet
Rachel Mazuir
Jean-Luc Mélenchon
Colette Mélot
Michel Mercier
Louis Mermaz
Lucette Michaux-Chevry
Jean-Pierre Michel
Alain Milon
Gérard Miquel
Jean-Jacques Mirassou
Aymeri de Montesquiou
Albéric de Montgolfier
Catherine Morin-Desailly
Jacques Muller
Philippe Nachbar
Robert Navarro
Louis Nègre
Jacqueline Panis
Monique Papon
Charles Pasqua
Isabelle Pasquet
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
Gisèle Printz
Jean-Pierre Raffarin
Marcel Rainaud
Henri de Raincourt
Jack Ralite
Daniel Raoul
Paul Raoult
François Rebsamen
Daniel Reiner
Ivan Renar
Thierry Repentin
Charles Revet
Philippe Richert
Roland Ries
Josselin de Rohan
Roger Romani
Janine Rozier
Michèle San Vicente-Baudrin
Bernard Saugy
Patricia Schillinger
Mireille Schurch
Michel Sergent
Bruno Sido
René-Pierre Signé
Esther Sittler
Jean-Pierre Sueur
Simon Soutour
Catherine Tasca
Odette Terrade

Michel Teston
René Teulade
Michel Thiollière
Jean-Marc Todeschini
André Trillard
Catherine Troendle
François Trucy

Richard Tuhejava
Jean-Marie
Vanlerenberghe
André Vantomme
Alain Vasselle
Bernard Vera
René Vestri

Jean-Pierre Vial
Jean-Paul Virapoullé
Jean-François Voguet
Dominique Voynet
Richard Yung

Bruno Retailleau
Daniel Soulage

Alex Türk
François Zocchetto

N'ont pas pris part au vote :

MM. Gérard Larcher - président du Sénat, Bernard Frimat - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance avaient été de :

Nombre de votants	315
Nombre des suffrages exprimés	311
Majorité absolue des suffrages exprimés ..	156
Pour l'adoption	10
Contre	301

Mais après vérification, ces nombres ont été rectifiés conformément à la liste ci-dessus

Abstentions :

Nicolas Alfonsi, Daniel Marsin, Jean Milhau, François Vendasi.

N'ont pas pris part au vote :

Philippe Adnot
Jean-Paul Amoudry
Jean Arthuis
Denis Badré
Didier Borotra
Jean Boyer
Philippe Darniche

Marcel Deneux
Sylvie Desmarescaux
Muguette Dini
Daniel Dubois
Jean-Léonce Dupont
Pierre Fauchon
Gaston Flosse

Christian Gaudin
Jean-Jacques Jégou
Joseph Kergeris
Jean Louis Masson
Hervé Maurey
Jean-Claude Merceron
Yves Pozzo di Borgo

ABONNEMENTS

NUMÉROS d'édition	TITRES	TARIF abonnement France (*)
		Euros
	DÉBATS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE	
03	Compte rendu 1 an	171,30
33	Questions 1 an	118,90
83	Table compte rendu 1 an	29,40
	DÉBATS DU SÉNAT	
05	Compte rendu 1 an	153,30
35	Questions 1 an	86,10
85	Table compte rendu 1 an	26,00
95	Table questions 1 an	18,10
	DOCUMENTS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE	
07	Série ordinaire 1 an	894,50
	DOCUMENTS DU SÉNAT	
09	Un an	865,90

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 €