

# SÉNAT

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

2<sup>e</sup> SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2014-2015

COMPTE RENDU INTÉGRAL

Séance du lundi 28 septembre 2015

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



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



# SOMMAIRE

## PRÉSIDENTICE DE M. HERVÉ MARSEILLE

### Secrétaires :

Mmes Frédérique Espagnac, Catherine Tasca.

1. Procès-verbal (p. 8671)
2. Fin de la mission temporaire d'un sénateur (p. 8671)
3. Engagement de la procédure accélérée pour l'examen d'une proposition de loi et d'une proposition de loi organique (p. 8671)
4. Dépôt d'un document (p. 8671)
5. Candidature à une commission spéciale (p. 8671)
6. Candidature à une délégation sénatoriale (p. 8671)
7. Décisions du Conseil constitutionnel sur deux questions prioritaires de constitutionnalité (p. 8672)
8. Communications du Conseil constitutionnel (p. 8672)
9. Modernisation de notre système de santé – Suite de la discussion en procédure accélérée d'un projet de loi dans le texte de la commission (p. 8672)

Article 21 *bis* (suppression maintenue)  
(précédemment réservé) (p. 8672)

Amendement n° 1219 rectifié du Gouvernement. – Adoption de l'amendement rétablissant l'article.

Article additionnel après l'article 21 *bis* (précédemment réservé) (p. 8678)

Amendement n° 838 rectifié de Mme Michelle Meunier. – Retrait.

Article 28 (p. 8679)

M. Claude Malhuret

Amendement n° 58 rectifié de M. François Commeinhes. – Rejet.

Amendement n° 1109 de Mme Aline Archimbaud. – Rejet.

Amendements identiques n° 766 de Mme Laurence Cohen et 1079 de Mme Aline Archimbaud. – Rejet des deux amendements.

Amendement n° 768 de Mme Laurence Cohen. – Adoption.

Amendements identiques n° 110 rectifié de M. François Commeinhes, 169 rectifié *septies* de M. Alain Vasselle, 360 rectifié *quater* de M. Philippe Mouiller, 377 rectifié *bis* de Mme Anne-Catherine Loisier, 541 de Mme Claire-

Lise Champion, 765 de Mme Laurence Cohen et 1091 de Mme Aline Archimbaud. – Rejet des amendements n° 360 rectifié *quater*, 541, 765 et 1091, les amendements n° 110 rectifié, 169 rectifié *septies* et 377 rectifié *bis* n'étant pas soutenus.

Amendement n° 150 rectifié de M. Bruno Gilles. – Retrait.

Amendement n° 201 rectifié de M. Gilbert Barbier. – Adoption.

Amendement n° 1080 de Mme Aline Archimbaud. – Rejet.

Amendement n° 767 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 1081 de Mme Aline Archimbaud. – Rejet.

Amendement n° 1141 de M. Cyril Pellevat. – Non soutenu.

Amendement n° 528 de Mme Dominique Gillot. – Adoption.

Amendement n° 769 de Mme Laurence Cohen. – Retrait.

Amendement n° 202 rectifié de M. Gilbert Barbier. – Retrait.

Amendement n° 764 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 28 (p. 8693)

Amendement n° 431 de M. Claude Malhuret. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 500 rectifié de M. Hervé Marseille. – Non soutenu.

Amendement n° 770 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 59 rectifié de M. François Commeinhes. – Retrait.

Amendement n° 60 rectifié de M. François Commeinhes. – Retrait.

Amendement n° 506 rectifié *bis* de M. Georges Patient. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 1084 de Mme Aline Archimbaud. – Rejet.

Amendement n° 1083 de Mme Aline Archimbaud. – Retrait.

Articles 28 *bis* A et 28 *bis* – Adoption. (p. 8700)

**10. Nomination d'un membre d'une commission spéciale**  
(p. 8701)

**11. Nomination d'un membre d'une délégation sénatoriale**  
(p. 8701)

*Suspension et reprise de la séance* (p. 8701)

**PRÉSIDENTE DE M. JEAN-PIERRE CAFFET**

**12. Accord fiscal concernant Saint-Barthélemy** – Adoption définitive d'un projet de loi dans le texte de la commission (p. 8701)

Discussion générale :

M. Harlem Désir, secrétaire d'État auprès du ministre des affaires étrangères et du développement international, chargé des affaires européennes

M. Éric Doligé, rapporteur de la commission des finances

M. Éric Bocquet

M. Jean-Claude Requier

M. Daniel Raoul

M. André Gattolin

M. Michel Magras

Clôture de la discussion générale.

Adoption définitive de l'article unique du projet de loi dans le texte de la commission.

**13. Ressources propres de l'Union européenne** – Adoption d'un projet de loi dans le texte de la commission (p. 8706)

Discussion générale :

M. Harlem Désir, secrétaire d'État auprès du ministre des affaires étrangères et du développement international, chargé des affaires européennes

M. François Marc, rapporteur de la commission des finances

M. Jean-Claude Requier

M. Yves Pozzo di Borgo

M. Jean Bizet

M. André Gattolin

M. Éric Bocquet

M. Richard Yung

Mme Fabienne Keller

M. Harlem Désir, secrétaire d'État

Clôture de la discussion générale.

Adoption de l'article unique du projet de loi dans le texte de la commission.

*Suspension et reprise de la séance* (p. 8720)

**14. Modernisation de notre système de santé** – Suite de la discussion en procédure accélérée d'un projet de loi dans le texte de la commission (p. 8720)

Article additionnel après l'article 28 *bis* (p. 8720)

Amendements identiques n°s 111 rectifié de M. François Comminhes, 171 rectifié *sexies* de M. Alain Vasselle, 348 rectifié de Mme Anne-Catherine Loïsier, 365 rectifié *quater* de M. Philippe Mouiller, 771 de Mme Laurence Cohen et 1092 de Mme Aline Archimbaud. – Rejet des amendements n°s 111 rectifié, 365 rectifié *quater*, 771 et 1092, les amendements n°s 171 rectifié *sexies* et 348 rectifié n'étant pas soutenus.

Article 29 – Adoption. (p. 8722)

Articles additionnels après l'article 29 (p. 8722)

Amendement n° 655 rectifié de M. Jean-François Husson. – Retrait.

Amendement n° 272 rectifié *quinquies* de Mme Chantal Deseyne. – Retrait.

Amendements identiques n°s 261 rectifié de M. Rémy Pointereau et 896 rectifié de M. Michel Amiel. – Retrait des deux amendements.

Amendement n° 224 rectifié *bis* de M. Bruno Gilles. – Retrait.

Amendement n° 383 de Mme Françoise Gatel. – Non soutenu.

Amendements identiques n°s 123 rectifié *bis* de M. Cédric Perrin, 345 rectifié de Mme Anne-Catherine Loïsier et 628 rectifié de Mme Maryvonne Blondin. – Retrait des amendements n°s 123 rectifié *bis* et 628 rectifié, l'amendement 345 rectifié n'étant pas soutenu.

Amendements identiques n°s 122 rectifié *bis* de M. Cédric Perrin, 344 rectifié de Mme Anne-Catherine Loïsier, 507 rectifié de Mme Dominique Gillot, 627 rectifié *bis* de Mme Maryvonne Blondin et 902 rectifié de Mme Hermeline Malherbe. – Retrait des amendements n°s 507 rectifié, 627 rectifié *bis* et 902 rectifié; rejet de l'amendement n° 122 rectifié *bis*, l'amendement n° 344 rectifié n'étant pas soutenu.

Amendement n° 772 de M. Paul Vergès. – Rejet.

Amendement n° 773 de M. Paul Vergès. – Rejet.

Article 30 (p. 8730)

Amendement n° 544 de Mme Catherine Génisson. – Rejet par scrutin public.

Amendement n° 1151 rectifié de M. Gilbert Barbier. – Rejet.

Amendement n° 871 rectifié de M. Michel Amiel. – Rejet.

Amendements identiques n°s 542 de Mme Claire-Lise Champion et 1093 de Mme Aline Archimbaud. – Rejet des deux amendements.

Amendement n° 1209 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 508 rectifié de Mme Dominique Gillot. – Devenu sans objet.

Amendement n° 262 rectifié *bis* de M. Rémy Pointereau. – Retrait.

Amendement n° 203 rectifié de M. Gilbert Barbier. – Retrait.

M. Jean-Baptiste Lemoine

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

Articles additionnels après l'article 30 (p. 8735)

Amendements identiques n°s 264 rectifié de M. Rémy Pointereau et 619 de M. Yves Daudigny. – Retrait des deux amendements.

Amendement n° 374 rectifié *bis* de Mme Chantal Deseyne. – Retrait.

Amendement n° 1078 rectifié de Mme Aline Archimbaud. – Retrait.

Article 30 *bis* A (*supprimé*) (p. 8738)

Amendement n° 774 de Mme Laurence Cohen. – Retrait.

L'article demeure supprimé.

Article 30 *bis* (*suppression maintenue*) (p. 8740)

Article 30 *ter* (p. 8740)

Amendement n° 1225 du Gouvernement. – Adoption.

Amendement n° 376 de Mme Françoise Gatel. – Non soutenu.

Adoption de l'article modifié.

Article 30 *quater* (p. 8742)

Amendement n° 157 rectifié de M. Gilbert Barbier. – Retrait.

Amendements identiques n°s 651 de Mme Catherine Génisson et 1163 rectifié de M. Philippe Bonnetcarrière. – Adoption de l'amendement n° 651, l'amendement n° 1163 rectifié n'étant pas soutenu.

Amendement n° 61 rectifié de M. François Commeinhes. – Retrait.

Amendement n° 775 de Mme Laurence Cohen. – Retrait.

Amendement n° 1230 du Gouvernement. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article additionnel après l'article 30 *quater* (p. 8746)

Amendements identiques n°s 652 de Mme Catherine Génisson et 1162 rectifié de M. Philippe Bonnetcarrière. – Adoption de l'amendement n° 652 insérant un article additionnel, l'amendement n° 1162 n'étant pas soutenu.

Article 30 *quinquies* (p. 8747)

Amendement n° 887 rectifié de M. Michel Amiel. – Retrait.

Amendement n° 343 rectifié de Mme Anne-Catherine Loïsier. – Non soutenu.

Amendement n° 124 rectifié *bis* de M. Cédric Perrin. – Retrait.

Adoption de l'article.

Article 30 *sexies* – Adoption. (p. 8749)

Articles additionnels après l'article 30 *sexies* (p. 8749)

Amendements identiques n°s 112 rectifié de M. François Commeinhes, 172 rectifié *octies* de M. Alain Vasselle, 281 rectifié de M. Gilbert Barbier, 361 rectifié *quater* de M. Philippe Mouiller, 494 rectifié de M. Hervé Marseille et 1094 de Mme Aline Archimbaud. – Retrait des amendements n°s 112 rectifié, 172 rectifié *octies*, 281 rectifié, 361 rectifié *quater* et 1094, l'amendement n° 494 rectifié n'étant pas soutenu.

Amendement n° 904 rectifié de M. Jacques Mézard. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 905 rectifié de M. Jacques Mézard. – Retrait.

Amendement n° 501 rectifié de M. Hervé Marseille. – Non soutenu.

Amendement n° 1152 rectifié de M. Gilbert Barbier. – Retrait.

Amendement n° 476 rectifié de Mme Stéphanie Riocreux. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 781 de Mme Laurence Cohen. – Retrait.

Amendement n° 568 de M. Pierre Médevielle. – Retrait.

Demande de priorité (p. 8756)

Parmi les amendements portant article additionnel après l'article 32 *ter*, demande de priorité des amendements en discussion commune n°s 341 rectifié *bis* à 684 rectifié *bis* après l'amendement n° 245 rectifié *ter*, et de l'amendement n° 1188 rectifié *bis* avant l'amendement 341 rectifié *bis*. – M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales; Mme Marisol Touraine, ministre. – La priorité est ordonnée.

*Suspension et reprise de la séance* (p. 8756)

Article 31 (p. 8756)

Amendement n° 776 de Mme Laurence Cohen. – Retrait.

Amendements identiques n°s 477 rectifié de Mme Catherine Génisson et 888 rectifié de M. Michel Amiel. – Adoption de l'amendement n° 477 rectifié, l'amendement n° 888 rectifié n'étant pas soutenu.

Amendements identiques n° 8 rectifié de Mme Françoise Laborde et 842 rectifié de Mme Fabienne Keller. – Devenus sans objet.

Amendement n° 6 rectifié *bis* de Mme Françoise Laborde. – Devenu sans objet.

Amendement n° 9 rectifié de Mme Françoise Laborde. – Devenu sans objet.

Amendement n° 10 rectifié de Mme Françoise Laborde. – Rejet.

Amendement n° 843 rectifié de Mme Fabienne Keller. – Adoption.

Amendement n° 204 rectifié de M. Gilbert Barbier. – Rejet.

Amendement n° 529 de Mme Catherine Génisson. – Adoption.

Amendement n° 205 rectifié de M. Gilbert Barbier. – Adoption.

Amendement n° 372 rectifié *bis* de M. Daniel Chasseing. – Retrait.

Adoption de l'article modifié.

Article additionnel après l'article 31 (p. 8763)

Amendement n° 1077 de Mme Aline Archimbaud. – Retrait.

Article 31 *bis* (p. 8764)

M. Dominique Watrin

M. Daniel Chasseing

M. Gilbert Barbier

Adoption de l'article.

Article additionnel après l'article 31 *bis* (p. 8765)

Amendement n° 163 rectifié de M. Gilbert Barbier. – Rejet.

Article 32 (*suppression maintenue*) (p. 8765)

Amendement n° 559 rectifié *bis* de M. Alain Houpert. – Rejet.

L'article demeure supprimé.

Articles additionnels après l'article 32 (p. 8768)

Amendement n° 778 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 1110 de Mme Aline Archimbaud. – Rejet.

Articles 32 *bis* et 32 *ter* – Adoption. (p. 8771)

Articles additionnels après l'article 32 *ter* (p. 8771)

Amendement n° 368 rectifié *bis* de M. Olivier Cigolotti. – Retrait.

Amendement n° 1187 rectifié *bis* du Gouvernement et sous-amendement n° 1224 de M. Gérard Cornu. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel, le sous-amendement n'étant pas soutenu.

Amendement n° 245 rectifié *ter* de M. Olivier Cigolotti. – Retrait.

Amendement n° 1188 rectifié *bis* du Gouvernement ; sous-amendements n° 1222 de M. Gérard Cornu, 1223 de M. Gérard Cornu, 1235 rectifié de M. Olivier Cigolotti, 1236 rectifié de M. Olivier Cigolotti et 1220 de M. Gérard Cornu. – Adoption des sous-amendements n° 1235 rectifié et 1236 rectifié, les sous-amendements n° 1222, 1223 et 1220 n'étant pas soutenus ; adoption de l'amendement modifié insérant un article additionnel.

Amendements identiques n° 341 rectifié *bis* de M. Gérard Cornu et 685 rectifié *ter* de M. Olivier Cigolotti. – Devenus sans objet.

Amendements identiques n° 450 rectifié *ter* de Mme Dominique Estrosi Sassone et 1142 rectifié *bis* de Mme Jacky Deromedi. – Rejet des deux amendements.

Amendement n° 247 rectifié *bis* de M. Olivier Cigolotti. – Devenu sans objet.

Amendement n° 255 rectifié *ter* de M. Gérard Cornu. – Devenu sans objet.

Amendement n° 684 rectifié *bis* de M. Olivier Cigolotti. – Rejet.

Amendements identiques n° 338 rectifié *bis* de M. Gérard Cornu et 355 rectifié *ter* de M. Olivier Cigolotti. – Retrait des deux amendements.

Amendement n° 339 rectifié *bis* de M. Gérard Cornu. – Retrait.

Amendement n° 256 rectifié *ter* de M. Gérard Cornu. – Retrait.

Amendement n° 101 rectifié *ter* de M. Olivier Cigolotti. – Retrait.

Amendement n° 103 rectifié *quater* de M. Alain Vasselle. – Retrait.

Amendement n° 312 rectifié *bis* de M. Jean-Louis Tourenne. – Retrait.

Amendement n° 1173 rectifié *bis* de M. Olivier Cadic. – Rejet.

Amendement n° 1160 rectifié *bis* de M. Philippe Bonnetcarrière. – Retrait.

Amendement n° 357 rectifié *bis* de M. Olivier Cigolotti. – Retrait.

Article 32 *quater* (*nouveau*) (p. 8783)

Amendement n° 1190 de la commission. – Adoption de l'amendement rédigeant l'article.

## Article 33 (p. 8783)

Amendement n° 672 rectifié *bis* de M. Pierre Médevielle. – Retrait.

Amendement n° 266 rectifié de M. Rémy Pointereau. – Retrait.

Adoption de l'article.

Article 33 *bis* (*supprimé*) (p. 8784)

Amendements identiques n°s 11 rectifié *bis* de Mme Françoise Laborde et 478 de Mme Catherine Génisson. – Rejet des deux amendements.

L'article demeure supprimé.

## Article 34 (p. 8785)

Mme Annie David

Mme Catherine Génisson

Adoption de l'article.

## Articles additionnels après l'article 34 (p. 8787)

Amendement n° 798 rectifié de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 797 rectifié de Mme Laurence Cohen. – Retrait.

Amendement n° 799 rectifié *bis* de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 800 rectifié de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 618 de M. Yves Daudigny. – Retrait.

Amendement n° 1197 du Gouvernement. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Article 34 *bis* A (p. 8790)

Amendement n° 206 rectifié de M. Gilbert Barbier. – Rejet.

Adoption de l'article.

Article 34 *bis* – Adoption. (p. 8792)

Article additionnel après l'article 34 *bis* (p. 8792)

Amendement n° 1249 de la commission. – Retrait.

Article 34 *ter* A (*nouveau*) – Adoption. (p. 8792)

Article 34 *ter* (p. 8793)

Amendement n° 779 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Adoption de l'article.

Article 34 *quater* (p. 8793)

Amendement n° 780 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Adoption de l'article.

Renvoi de la suite de la discussion.

**15. Ordre du jour** (p. 8794)

# COMPTE RENDU INTÉGRAL

## PRÉSIDENTE DE M. HERVÉ MARSEILLE

vice-président

Secrétaires :

Mme Frédérique Espagnac,  
Mme Catherine Tasca.

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

*(La séance est ouverte à dix heures.)*

1

## PROCÈS-VERBAL

**M. le président.** Le compte rendu intégral de la séance du vendredi 18 septembre 2015 a été publié sur le site internet du Sénat.

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

Le procès-verbal est adopté.

2

## FIN DE LA MISSION TEMPORAIRE D'UN SÉNATEUR

**M. le président.** Par lettre en date du 21 septembre 2015, M. le Premier ministre a annoncé la fin, à compter du 30 septembre 2015, de la mission temporaire sur un plus large accès des bibliothèques aux citoyens et le renforcement de leur rôle au sein des collectivités confiée à Mme Sylvie Robert, sénatrice d'Ille-et-Vilaine, auprès de Mme Fleur Pellerin, ministre de la culture et de la communication, dans le cadre des dispositions de l'article L.O. 297 du code électoral.

Acte est donné de cette communication.

3

## ENGAGEMENT DE LA PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE POUR L'EXAMEN D'UNE PROPOSITION DE LOI ET D'UNE PROPOSITION DE LOI ORGANIQUE

**M. le président.** En application de l'article 45, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a engagé la procédure accélérée pour l'examen de la proposition de loi et de la proposition de loi organique portant dématérialisation du Journal officiel de la République française, déposées sur le bureau du Sénat le 30 juin 2015.

4

## DÉPÔT D'UN DOCUMENT

**M. le président.** M. le président du Sénat a reçu de M. le Premier ministre l'avenant n° 4 à la convention du 27 juillet 2010 entre l'État, l'Agence nationale de la recherche et la Caisse des dépôts et consignations relative au programme d'investissements d'avenir, volet « Recherche hospitalo-universitaire ».

Acte est donné du dépôt de ce document.

Il a été transmis à la commission des finances, à la commission des affaires sociales et à la commission de la culture, de l'éducation et de la communication.

5

## CANDIDATURE À UNE COMMISSION SPÉCIALE

**M. le président.** J'informe le Sénat que le groupe Les Républicains a fait connaître à la présidence le nom du candidat qu'il propose pour siéger à la commission spéciale chargée d'examiner la proposition de loi renforçant la lutte contre le système prostitutionnel, en remplacement de M. Jean-Patrick Courtois, démissionnaire d'office de son mandat de sénateur.

Cette candidature a été publiée et la nomination aura lieu conformément à l'article 8 du règlement.

6

## CANDIDATURE À UNE DÉLÉGATION SÉNATORIALE

**M. le président.** J'informe le Sénat que le groupe Les Républicains a fait connaître à la présidence le nom du candidat qu'il propose pour siéger à la délégation sénatoriale à l'outre-mer, en remplacement de M. Jean-Jacques Hyest, démissionnaire.

Cette candidature va être publiée et la nomination aura lieu conformément à l'article 8 du règlement.

7

### DÉCISIONS DU CONSEIL CONSTITUTIONNEL SUR DEUX QUESTIONS PRIORITAIRES DE CONSTITUTIONNALITÉ

**M. le président.** Le Conseil constitutionnel a communiqué au Sénat :

- par courrier en date du 22 septembre 2015, une décision du Conseil relative à une question prioritaire de constitutionnalité portant sur l'incrimination de la mise en relation de clients avec des conducteurs non professionnels (n° 2015-484 QPC)

- par courrier en date du 25 septembre 2015, une décision du Conseil relative à une question prioritaire de constitutionnalité portant sur l'acte d'engagement des personnes détenues participant aux activités professionnelles dans les établissements pénitentiaires (n° 2015-485 QPC).

Acte est donné de ces communications.

8

### COMMUNICATIONS DU CONSEIL CONSTITUTIONNEL

**M. le président.** Le Conseil constitutionnel a informé le Sénat, le 23 septembre 2015, qu'en application de l'article 61-1 de la Constitution, la Cour de cassation a adressé au Conseil constitutionnel une décision de renvoi d'une question prioritaire de constitutionnalité portant sur l'article 786, alinéa 3, du code de procédure pénale (Réhabilitation des condamnés) (2015-501 QPC).

Le Conseil constitutionnel a informé le Sénat, le 24 septembre 2015, qu'en application de l'article 61-1 de la Constitution, le Conseil d'État a adressé au Conseil constitutionnel une décision de renvoi d'une question prioritaire de constitutionnalité portant sur le 1° de l'article L. 2135-13 du code du travail (Financement des organisations syndicales de salariés et des organisations professionnelles d'employeurs) (2015-502 QPC).

Le Conseil constitutionnel a informé le Sénat, le 25 septembre 2015, que, en application de l'article 61-1 de la Constitution, le Conseil d'État a adressé au Conseil constitutionnel :

- une décision de renvoi d'une question prioritaire de constitutionnalité portant sur l'article L. 54 A du livre des procédures fiscales (Droit de contrôle de l'administration) (2015-503 QPC) ;

- une décision de renvoi d'une question prioritaire de constitutionnalité portant sur l'article 9 de la loi du 16 juillet 1987 (Allocation de reconnaissance) (2015-504 QPC) ;

- une décision de renvoi d'une question prioritaire de constitutionnalité portant sur l'article 9 de la loi du 16 juillet 1987 (Allocation de reconnaissance) (2015-505 QPC).

Le texte de ces décisions de renvoi est disponible à la direction de la Séance.

Acte est donné de ces communications.

9

### MODERNISATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

#### Suite de la discussion en procédure accélérée d'un projet de loi dans le 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 engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé (projet n° 406, texte de la commission n° 654, rapport n° 653 [tomes I et II], avis n° 627 et 628).

Nous poursuivons la discussion du texte de la commission.

#### TITRE II (SUITE)

#### FACILITER AU QUOTIDIEN LES PARCOURS DE SANTÉ

##### Chapitre IV (suite)

#### MIEUX INFORMER, MIEUX ACCOMPAGNER LES USAGERS DANS LEUR PARCOURS DE SANTÉ

**M. le président.** Dans la discussion des articles, nous allons tout d'abord examiner, au sein du chapitre IV du titre II, l'article 21 *bis* et un amendement portant article additionnel après l'article 21 *bis*, précédemment réservés.

#### Article 21 *bis* (suppression maintenue) (précédemment réservé)

**M. le président.** L'amendement n° 1219 rectifié, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

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

1° L'article L. 114-1-1 est ainsi modifié :

a) Au dernier alinéa, après le mot : « plan », sont insérés les mots : « personnalisé de compensation du handicap » ;

b) Sont ajoutés neuf alinéas ainsi rédigés :

« Le plan personnalisé de compensation du handicap comprend, d'une part, l'orientation définie selon les dispositions de l'alinéa précédent et, le cas échéant, d'autre part, un plan d'accompagnement global.

« Un plan d'accompagnement global est élaboré sur proposition de l'équipe pluridisciplinaire avec l'accord préalable de la personne concernée ou de son représentant légal :

« a) en cas d'indisponibilité ou d'inadaptation des réponses connues,

« b) en cas de complexité de la réponse à apporter, ou de risque ou de constat de rupture du parcours de la personne.

« Un plan d'accompagnement global est également proposé par l'équipe pluridisciplinaire quand la personne concernée ou son représentant légal en fait la demande.



« Un plan d'accompagnement global peut également être proposé par l'équipe pluridisciplinaire dans la perspective d'améliorer la qualité de l'accompagnement selon les priorités définies par délibération de la commission exécutive mentionnée à l'article L. 146-4 et revues annuellement. L'accord préalable de la personne concernée ou de son représentant légal est également requis.

« Le plan d'accompagnement global, établi avec l'accord de la personne handicapée ou de ses parents lorsqu'elle est mineure ou de son représentant légal, sans préjudice des voies de recours dont elle dispose, identifie nominativement les établissements, les services mentionnés à l'article L. 312-1 ou les dispositifs prévus à l'article L. 312-7-1 correspondant aux besoins de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte, et précise la nature et la fréquence de l'ensemble des interventions requises dans un objectif d'inclusion : éducatives et de scolarisation, thérapeutiques, d'insertion professionnelle ou sociale, d'aide aux aidants. Il comporte l'engagement des acteurs chargés de sa mise en œuvre opérationnelle. Il désigne parmi ces derniers un coordonnateur de parcours.

« Le plan d'accompagnement global est élaboré dans les conditions prévues à l'article L. 146-8. Un décret fixe les informations nécessaires à l'élaboration des plans d'accompagnement globaux, que les agences régionales de santé, les services de l'État et les collectivités territoriales recueillent en vue de les transmettre à la maison départementale des personnes handicapées.

« Le plan d'accompagnement global est actualisé chaque fois que nécessaire et au moins une fois par an, dans les conditions et selon les modalités prévues par le présent article et l'article L. 146-9. » ;

2° L'article L. 146-8 est ainsi modifié :

a) Au second alinéa, après le mot : « concernées », sont insérés les mots : « ou leurs représentants légaux » ;

b) Sont ajoutés quatre alinéas ainsi rédigés :

« L'équipe pluridisciplinaire propose le plan personnalisé de compensation du handicap comprenant, le cas échéant, un plan d'accompagnement global à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, afin de lui permettre de prendre les décisions mentionnées à l'article L. 241-6.

« En vue d'élaborer ou de modifier un plan d'accompagnement global, l'équipe pluridisciplinaire, sur convocation du directeur de la maison départementale des personnes handicapées, peut réunir en groupe opérationnel de synthèse les professionnels et les institutions ou services susceptibles d'intervenir dans la mise en œuvre du plan.

« La personne concernée, ou son représentant légal, fait partie du groupe opérationnel de synthèse et a la possibilité d'en demander la réunion. Ils peuvent être assistés par une personne de leur choix.

« Si la mise en œuvre du plan d'accompagnement global le requiert, et notamment lorsque l'équipe pluridisciplinaire ne peut pas proposer une solution en mesure de répondre aux besoins de la personne, la maison départementale des personnes handicapées demande à

l'agence régionale de santé, aux collectivités territoriales, aux autres autorités compétentes de l'État ou aux organismes de protection sociale membres de la commission exécutive mentionnée à l'article L. 146-4 d'y apporter leur concours sous toute forme relevant de leur compétence. » ;

3° L'article L. 146-9 est ainsi modifié :

a) Après le mot : « plan », il est inséré le mot : « personnalisé » et la référence : « L. 114-1 » est remplacée par la référence : « L. 114-1-1 » ;

b) Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Les décisions relatives au plan d'accompagnement global ne sont valables qu'après accord exprès de la personne handicapée ou de son représentant légal.

« Toute notification de décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées mentionne la possibilité pour les personnes concernées ou leurs représentants légaux de solliciter un plan d'accompagnement global en application de l'article L. 114-1-1. » ;

4° L'article L. 241-6 est ainsi modifié :

a) Le I est ainsi modifié :

– Au 2°, les mots : « ou les services » sont remplacés par les mots : « , les services mentionnés à l'article L. 312-1 ou les dispositifs au sens de l'article L. 312-7-1 » ;

– Après le 2°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 2° bis Lorsqu'elle a défini un plan d'accompagnement global, désigner nominativement les établissements, services de toute nature ou dispositifs qui se sont engagés à accompagner sans délai la personne ; »

b) Le deuxième alinéa du III est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« La décision de la commission prise au titre du 2° du I s'impose à tout établissement ou service dans la limite de la spécialité au titre de laquelle il a été autorisé. Dans le cas des décisions mentionnées au 2° bis du I, l'autorité ayant délivré l'autorisation peut autoriser son titulaire à y déroger.

« Toute décision de refus d'admission par l'autorité habilitée à la prononcer est adressée à la maison départementale des personnes handicapées, à la personne handicapée ou son représentant légal ainsi qu'à l'autorité qui a délivré l'autorisation. Elle comporte les motifs de refus au regard des dispositions de l'alinéa précédent. »

II. – Le présent article est applicable à la date décidée par la commission exécutive mentionnée à l'article L. 146-4 du code de l'action sociale et des familles constatant que la maison départementale des personnes handicapées dispose des informations mentionnées au dixième alinéa de l'article L. 114-1-1 du même code et, en tout état de cause, au plus tard le 31 décembre 2017.

La parole est à Mme la secrétaire d'État.

**Mme Ségolène Neuville**, *secrétaire d'État auprès de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion*. Monsieur le président, mesdames, messieurs les

sénateurs, cet amendement est le fruit d'un long travail, engagé voilà plusieurs mois avec l'ensemble des acteurs du handicap en France à la suite de la remise à Marisol Touraine et à moi-même du rapport de Denis Piveteau intitulé « *Zéro sans solution* » : *Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches*.

Il s'agit de donner la possibilité aux maisons départementales des personnes handicapées, les MDPH, de proposer des solutions complémentaires quand l'orientation choisie pose des difficultés – par exemple, pour le cas où une personne se voit notifier une décision d'orientation vers une maison d'accueil spécialisée sans qu'il y ait de place dans une maison de ce type adaptée à ses besoins. L'idée est de permettre aux MDPH de proposer une combinaison de solutions pour remplacer la solution idéale.

Cela passerait par la mise en place de ce que l'on a appelé, dans le présent amendement, « un plan d'accompagnement global ». Celui-ci serait défini à la demande soit de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, soit de la personne handicapée ou de sa famille. Il serait réalisé avec l'aide de tous les acteurs du handicap présents sur le territoire, c'est-à-dire les gestionnaires d'établissement, les familles, les MDPH bien sûr, mais aussi les services de l'État. Il ne pourrait être validé qu'avec l'accord exprès de la personne handicapée ou de sa famille. Tel est le sens de cet amendement.

Cette évolution législative est très attendue par l'ensemble des fédérations concernées par le handicap en France. Elle serait effective à partir de la fin de l'année 2017, sachant qu'une expérimentation débutera dès cet automne dans dix-huit départements qui se sont portés volontaires : ces territoires pourront d'ores et déjà mettre en place un plan d'accompagnement global pour toutes les personnes qui sont sans solution ou en situation de rupture.

D'aucuns nous objecteront que cette mesure donnera du travail supplémentaire aux maisons départementales des personnes handicapées, que l'on sait déjà très chargées et dont certaines ne peuvent traiter les dossiers qu'après un important délai.

**M. Jean-Baptiste Lemoyne.** C'est vrai !

**Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État.** À ceux-ci, je réponds que la mesure entrera en vigueur alors qu'un important effort de simplification du travail administratif des MDPH a été engagé.

Ainsi, mesdames, messieurs les sénateurs, nous avons déjà récemment fait passer de deux ans à cinq ans la durée maximale de versement de l'allocation aux adultes handicapés, l'AAH.

De même, un décret, qui est en cours d'examen par le Conseil d'État et qui paraîtra sous peu, allongera de trois à six mois la durée de validité du certificat médical.

Nous avons également engagé un travail sur les cartes de stationnement. La simplification de la fabrication et de la délivrance de ces documents était, vous le savez, une demande forte des MDPH. L'État a travaillé sur un logiciel qui permettra à celles-ci de fabriquer les cartes de stationnement de façon beaucoup plus simple et beaucoup plus rapide. Ce logiciel sera disponible à partir du mois de novembre 2015, pour que les MDPH puissent se l'approprier.

Je pense aussi au travail qui a été mené en vue de la dématérialisation des échanges entre les MDPH et les caisses d'allocations familiales, pour une application effective à compter du mois de décembre 2015.

Beaucoup d'autres chantiers de simplification du travail administratif des MDPH sont en cours, afin de permettre aux personnels de ces structures d'avoir davantage de temps à consacrer à l'accompagnement des personnes handicapées et donc à l'élaboration et à la mise en œuvre des plans d'accompagnement globaux.

Évidemment, ces plans ne concerneront pas toutes les personnes handicapées d'un département ! Ils seront vraiment ciblés sur les personnes n'ayant pas de solution ou en situation de rupture, c'est-à-dire sorties d'un établissement qui, pour une raison ou pour une autre, ne leur convenait pas – bref, mesdames, messieurs, les sénateurs, toutes les personnes que vous recevez ou dont vous recevez les familles, souvent démunies et en situation de détresse, dans vos permanences.

Il faut que l'on trouve des solutions pour ces personnes ! C'est le sens de l'amendement que je vous propose aujourd'hui d'adopter.

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

**M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales, corapporteur.** Cet amendement, que nous avons reçu la semaine dernière, après en avoir longuement discuté avec le Gouvernement, concerne un sujet extrêmement important.

Les corapporteurs n'ont pas recueilli de la part des associations beaucoup d'observations négatives ni d'avis particulièrement défavorables sur les orientations qu'il définit, à l'exception de certaines d'entre elles représentant, pour la plupart, les personnes autistes.

Toutefois, cet amendement n'ayant pu être examiné par la commission des affaires sociales, je suis obligé de m'en remettre à la sagesse du Sénat, même si, à titre personnel, j'y suis extrêmement favorable.

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

**M. Yves Daudigny.** Monsieur le président, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, j'interviens au nom de ma collègue Claire-Lise Champion, qui ne peut être présente parmi nous ce matin et dont je vais essayer de traduire la pensée.

Cet amendement est le résultat d'une concertation fructueuse avec les associations représentant les personnes handicapées. Il vise à répondre à des situations que Denis Piveteau, dans son rapport publié voilà quelques mois, a désignées comme « à risque » ou « critiques ». Il s'agit de trouver une solution pour assurer une réponse accompagnée aux personnes handicapées et à leurs proches et pour éviter les ruptures de parcours.

La question des places d'hébergement pour les enfants et adolescents handicapés mentaux est sensible. Le Gouvernement s'est mobilisé, et, avec le troisième plan « autisme », doté de 205 millions d'euros, 3 400 places d'accueil supplémentaires devraient être créées d'ici à 2017.

Toutefois, lorsqu'une MDPH définit une orientation pour une personne handicapée, elle ne fait qu'une proposition. S'il n'y a pas de place, la personne handicapée reste sans solution.

Cette absence de réponse n'est pas tolérable. Pour la personne handicapée et son entourage, elle est d'une violence qui, parfois, pousse à des éloignements géographiques hors de nos frontières, voire à des décisions dramatiques. S'il n'y a pas de place, une seconde orientation doit être possible, et elle doit l'être en concertation avec les familles.

C'est ce que vous nous proposez, madame la secrétaire d'État, à travers cet amendement, qui vise à créer une obligation de moyens pour les MDPH, lesquelles devront proposer un plan d'accompagnement global, défini en accord avec la personne concernée ou sa famille, ainsi qu'un droit à convoquer les établissements, services et financeurs.

Par ailleurs, il faut le souligner, les refus d'admission devront être motivés.

Ces mesures vont dans le sens d'une plus grande transparence et du respect des personnes handicapées et de leur famille et consolident l'édifice de leurs droits. Nous voterons, bien sûr, cet amendement.

Mes chers collègues, je terminerai mon propos en vous lisant un extrait d'un courrier adressé à Mme la secrétaire d'État par huit présidentes et présidents de différentes associations représentant les personnes handicapées : « Madame la ministre, nous tenons à saluer la grande qualité de l'écoute et de la concertation menée par votre cabinet. Les échanges que nous avons eus avec votre cabinet durant tout l'été nous ont ainsi permis de parvenir à l'élaboration d'un dispositif intéressant et respectueux des droits des personnes en situation de handicap et de leur famille ».

**M. le président.** La parole est à M. Philippe Mouiller, pour explication de vote.

**M. Philippe Mouiller.** Monsieur le président, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, je soutiens moi aussi cet amendement, et je veux, en complément du courrier que vient de lire Yves Daudigny, témoigner du soutien que lui apportent également un certain nombre d'associations nationales représentant les personnes handicapées, avec lesquelles j'ai eu des échanges durant le week-end.

Si cet amendement fait fort logiquement naître des inquiétudes chez quelques associations, il convient de préciser que le dispositif garantit les droits de la personne handicapée, notamment, comme vous l'avez très bien dit, madame la secrétaire d'État, parce que le plan d'accompagnement global peut être mis en place à la demande de la personne handicapée et parce qu'il est établi sans préjudice des voies de recours dont celle-ci dispose.

De plus, la personne handicapée ou son représentant légal font partie du groupe chargé de l'élaboration du plan, et les décisions relatives à ce dernier nécessitent leur accord exprès. Tout cela me semble constituer des garanties.

Au reste, ainsi que vous l'avez très clairement expliqué, il faut garder en tête qu'il s'agit d'une étape, l'objectif général demeurant bien entendu l'amélioration du nombre de places proposées dans les établissements, qui constitue un enjeu important.

Comme vous l'avez également évoqué, les MDPH sont aujourd'hui en pleine mutation. Les lourdeurs administratives rendent leur fonctionnement parfois difficile, et il convient aussi d'avancer s'agissant des simplifications demandées non seulement par l'ensemble des structures, mais également par les départements et les usagers. C'est un signe

important à leur adresser. Aussi, nous serons également vigilants sur les améliorations administratives que vous pourrez apporter au fonctionnement des MDPH.

**M. le président.** La parole est à M. Gérard Roche, pour explication de vote.

**M. Gérard Roche.** Je suivrai l'avis personnel du président de la commission et voterai l'amendement.

Un très gros travail a été mené pour aboutir à ce dispositif. Il s'agit d'un « plus », qui permettra d'apporter d'autres solutions aux handicapés.

Pour autant, l'arbre ne doit pas cacher la forêt : nous ne disposons pas de suffisamment de places pour accueillir les personnes handicapées dans les établissements, qu'ils soient sous tutelle de l'État ou des conseils généraux.

Dès lors, il ne faudrait pas que ce dispositif, sous prétexte de nous permettre de travailler ensemble à de nouvelles solutions ou de nouvelles offres, nous éloigne du problème fondamental, à savoir la création de places pour recevoir les personnes affectées d'un handicap.

L'accompagnement, c'est très bien, mais le problème de fond n'est pas là. La véritable question est de savoir comment construire de nouvelles places compte tenu de leur coût non seulement de construction, mais aussi de fonctionnement.

S'agissant de l'accueil des personnes handicapées, beaucoup des établissements sous tutelle des conseils généraux – ancien président de conseil général, je peux en parler en connaissance de cause – sont aujourd'hui vétustes. Ils ont plus de trente ou quarante ans et ne sont pas adaptés à l'évolution de la prise en charge du handicap. Or je ne voudrais que, par cet amendement, l'on oublie le problème fondamental de la création de places pour l'accueil des personnes handicapées.

**M. le président.** La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

**Mme Laurence Cohen.** L'article 21 *bis* a suscité de vives réactions de la part d'un certain nombre d'associations de personnes handicapées, des handicapés eux-mêmes et de leurs familles.

Tous dénoncent une mesure qui permettrait aux MDPH d'orienter ces personnes handicapées en fonction non plus uniquement de leurs besoins, mais des ressources mobilisables. Comme cela vient d'être dit, le problème crucial est celui du manque d'établissements à même de recevoir ces personnes.

Au-delà du fait que les acteurs concernés qui nous ont alertés estiment qu'aucune réelle concertation n'a eu lieu sur le sujet, nous devons évaluer les conséquences d'une telle mesure.

En effet, ces associations attirent notre attention sur leur crainte de voir primer, au final, la décision unique de la MDPH – notamment pour les personnes autistes ou polyhandicapées –, même si le Gouvernement a bien précisé dans son amendement, comme l'a rappelé Mme la secrétaire d'État, que la décision sera prise après avis de la personne handicapée ou de sa famille.

Les associations craignent qu'il n'y ait plus d'orientation fondée uniquement sur les besoins de la personne, dans la mesure où la MDPH pourra choisir d'élaborer ce « plan d'accompagnement global » dès lors qu'elle anticipera une difficulté, avant même d'avoir décidé d'une première orientation fondée sur les besoins de la personne.

Ces associations considèrent à raison que, dans la mesure où la MDPH pourra décider d'élaborer un plan d'accompagnement global « en cas d'indisponibilité ou d'inadaptation des réponses connues, en cas de complexité de la réponse à apporter, ou de risque ou de constat de rupture du parcours de la personne », le choix de la personne handicapée aura peu de poids.

Dans un contexte de restrictions budgétaires, le risque est grand de raisonner d'abord en termes d'économies en matière de dépenses sociales et de santé, y compris s'agissant des dépenses en faveur des personnes handicapées.

Il est plus que jamais nécessaire de créer des places supplémentaires dans les structures médico-sociales. J'ai été confrontée, en tant qu'orthophoniste, à ce manque criant de places qui aboutit à des situations de blocage. Ces vingt dernières années, la situation s'est encore dégradée du fait de la fermeture de nombre d'établissements. Il s'agit donc d'un investissement urgent et indispensable à mener pour permettre à toutes et tous d'être pris en charge dans le respect et la dignité.

Cet amendement n'étant pas vraiment au point et ne correspondant pas aux besoins des personnes en situation de handicap, nous voterons contre.

**M. le président.** La parole est à Mme Catherine Génisson, pour explication de vote.

**Mme Catherine Génisson.** Je ne reprendrai pas l'argumentaire de mon collègue Yves Daudigny, mais je tiens à vous remercier à mon tour, madame la secrétaire d'État, de l'esprit de concertation qui a présidé à l'écriture de cet amendement.

Il s'agit ici non pas d'une proposition de substitution, mais bien d'une proposition complémentaire, qui ne doit pas occulter la question des places disponibles, soulevée par notre collègue Gérard Roche.

Ce sujet est particulièrement prégnant dans le Pas-de-Calais, où la situation est peut-être plus préoccupante qu'ailleurs. C'est la raison pour laquelle je me félicite que ce département serve de terrain d'expérimentation à la mise en place de cette disposition.

Je vous sais également gré, madame la secrétaire d'État, d'avoir souligné que les MDPH, dont la charge de travail est très lourde, verront leur mode de fonctionnement allégé par les mesures que vous avez présentées.

Je crois vraiment très important de pouvoir suivre, à un titre plus personnalisé, plus individualisé, la situation de personnes n'ayant pas trouvé de solution.

Toutefois, comme le disait notre collègue Gérard Roche, l'arbre ne doit pas cacher la forêt. Ce nouveau dispositif ne doit pas nous empêcher de travailler très activement sur la question du nombre de places disponibles pour l'accueil des personnes handicapées. Dans le Pas-de-Calais, beaucoup d'entre elles partent en Belgique et rencontrent des conditions d'accueil extrêmement variables selon les établissements dans lesquels elles se trouvent.

Toujours est-il, madame la secrétaire d'État, que je vous remercie d'avoir présenté cet amendement, que notre groupe votera.

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

**M. Gilbert Barbier.** Je voudrais tout d'abord souligner un problème de forme : les discussions autour de ce projet de loi de modernisation de notre système de santé durent depuis des mois, et ce n'est qu'au cours d'une semaine d'interruption de nos travaux que le Gouvernement trouve le temps de déposer cet amendement extrêmement important.

Alors que les familles de personnes handicapées nous interpellent régulièrement sur l'absence de solution à laquelle elles sont confrontées, nous n'avons même pas eu la possibilité d'examiner ce dispositif en commission des affaires sociales. Je trouve tout de même cela dommage.

**Mme Laurence Cohen.** Tout à fait !

**M. Gilbert Barbier.** Bien entendu, cet amendement a l'avantage de permettre aux MDPH de trouver des solutions à ce qui paraît sans solution. Je ne sais toutefois pas comment elles vont s'y prendre, et je crains que les solutions de rafistolage qu'elles vont trouver ne donnent pas satisfaction à beaucoup de familles.

J'ignore si la concertation a eu lieu avec toutes les associations, mais je peux vous dire qu'un certain nombre d'entre elles nous ont interpellés ce week-end sur ce problème.

Selon moi, la loi a non pas à procéder à des adaptations à une situation de pénurie, de manque de places, mais à définir des principes – en l'espèce, trouver une solution adaptée à chaque handicap.

Or nous ne mettons malheureusement en place que des solutions de rattrapage qui ne seront pas forcément satisfaisantes pour certaines pathologies, notamment l'autisme. Il s'agit d'une difficulté majeure, et je regrette que ce problème n'ait pu être abordé d'une manière différente.

L'adoption de cet amendement améliorerait peut-être un peu les choses dans certains cas, mais elle serait loin de résoudre le problème du manque de places dans les établissements spécialisés dans l'accueil des personnes handicapées.

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

**M. Dominique Watrin.** Mme la secrétaire d'État a mis en avant un travail partenarial ayant débouché sur la rédaction de cet amendement qui, d'après elle, permettrait aux MDPH de rechercher des solutions autres que la solution idéale, faute de place en établissement médico-social. Tout le monde a souligné que le problème fondamental était bien là.

Si cette solution peut apparaître comme un moindre mal, une multitude d'associations, notamment celles qui sont plus concernées par le polyhandicap ou l'autisme, se sont néanmoins prononcées contre cet amendement ou ont exprimé de très fortes réserves à son encontre.

Elles mettent en avant le fait qu'il s'agit de la réécriture d'un article rejeté par l'Assemblée nationale. On peut dès lors supposer qu'un tel dispositif avait déjà suscité des inquiétudes parmi nos collègues députés.

Ces associations craignent que le manque de places en établissements médico-sociaux évoqué par plusieurs de nos collègues n'entraîne l'absence de véritable solution alternative, comme le soulignait à l'instant Gilbert Barbier.

Faute de place en service d'éducation spécialisée et de soins à domicile, ou SESSAD, proposer à un enfant un suivi en consultation médico-psychologique ne revient pas au même : cela revient à passer d'une prise en charge de huit à dix heures par semaine à un suivi d'une heure par semaine.

Entendons les inquiétudes des associations, qui craignent surtout que la rédaction de cet amendement gouvernemental ne revienne à empêcher le recours indemnitaire des familles en cas de non-prise en charge correcte, au profit d'un accompagnement global sans substance.

Ces associations ont demandé qu'un certain nombre de garanties formelles figurent dans l'amendement pour éviter ce travers. Regrettant qu'elles n'aient pas été entendues, je suivrai ma collègue Laurence Cohen et voterai contre cet amendement.

**M. le président.** La parole est à Mme Marie-Christine Blandin, pour explication de vote.

**Mme Marie-Christine Blandin.** Le groupe écologiste soutiendra cet amendement du Gouvernement.

**Mme Nicole Bricq.** Très bien !

**Mme Marie-Christine Blandin.** Nous considérons qu'il s'agit d'une prise en compte humaine de la complexité, de la diversité des situations de handicap qui permettra d'éviter certaines situations de blocage, d'impasse et de rupture.

Nous entendons les préoccupations de nos collègues qui craignent que ce dispositif n'obère le problème central du manque de places. Bien entendu, nous nous battons sur tous les fronts.

Par ailleurs, je voudrais signaler que l'appui fourni à certains centres d'accueil est en baisse : il est diminué dans certains départements après des alternances, comme dans le département du Nord, au point de corrompre la qualité d'encadrement. Cela concerne bien sûr les moyens des collectivités territoriales, tels les départements – c'est un autre sujet –, mais aussi les choix politiques qui sont faits et sur lesquels nous devons rester vigilants.

Nonobstant ces considérations environnementales autour du problème des moyens, le groupe écologiste soutient sans réserve cet amendement.

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

**Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État.** Je voudrais répondre sur certains des points soulevés, en particulier sur la question du nombre de places en établissements et en services.

En France, le nombre de places disponibles – établissements et services confondus – pour les enfants et adultes handicapés s'élève à 490 000 ; nous en créons chaque année 4 000 de plus. Malgré cela, nous comptons toujours 6 000 personnes hébergées en Belgique.

Voilà qui doit nous amener à nous interroger – en tant qu'épidémiologiste de métier, telle a été en tout cas ma réaction : je me suis en effet demandé pourquoi, alors que nous créons des milliers de places, le nombre de personnes accueillies en Belgique restait le même. Je pense que Denis Piveteau est parti du même constat pour élaborer son rapport.

La création de places est bien évidemment essentielle, et nous continuons dans cette voie par le maintien du budget médico-social sur le handicap et l'instauration du plan « autisme », à hauteur de 205 millions d'euros.

Toutefois, à côté du manque de places, les rigidités de notre système sont aussi en cause. Si notre système était plus souple, nous pourrions trouver des solutions pour un certain nombre de personnes en situation dite critique. Telle est la réalité et tel est le sens de cet amendement.

S'agissant de la Belgique, je mène actuellement un travail important. Il a commencé avec le vote par le Parlement, voilà près de deux ans, de l'accord franco-wallon, lequel autorise les inspections conjointes par des services belges et des services français de la qualité des établissements situés en Belgique.

Mais mon ambition ne s'arrête là. Si la qualité des établissements est un élément important pour les Français hébergés en Belgique, il convient également – et je l'ai dit à plusieurs reprises – de stopper le flux. Je veux faire en sorte que pas une personne handicapée, pas un enfant handicapé n'ait plus à se rendre dans un établissement belge si tel n'est pas son souhait ou celui de sa famille.

Nous avons donc entamé un travail avec l'assurance maladie, destiné à tarir ce flux. Cela fait plusieurs semaines que nous y travaillons, et il devrait aboutir très prochainement. Il s'agit simplement d'alerter, quand une personne doit être orientée vers l'un de ces établissements. L'argent censé financer l'établissement en Belgique doit servir à ouvrir une place dans un établissement proche du domicile de la personne.

Oui, la question des places est essentielle, et nous y répondons. Mais on ne résout pas tous les problèmes simplement en ouvrant des places. Un certain nombre de mesures doivent permettre d'améliorer notre système. Tout cela a été très bien explicité et résumé, voilà plus d'un an, dans le rapport « *Zéro sans solution* » : *Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches*, qui a été suivi de plusieurs mois de concertation avec l'ensemble des associations.

J'insiste sur ce point : les associations représentant les personnes autistes, et en particulier les associations de parents d'enfants autistes, ont travaillé avec nous du début jusqu'à la fin de la concertation, soit du mois de mars jusqu'à la mi-septembre. La dernière réunion de concertation a en effet eu lieu voilà quelques jours, et c'est d'ailleurs la raison pour laquelle cet amendement a été déposé un peu tardivement, ce dont je vous prie de bien vouloir m'excuser.

Ces associations de parents d'enfants autistes, qui ont participé à toutes les réunions, ont grandement amélioré le texte, avec l'accord de tous. C'est grâce à ces associations qu'a été introduit l'accord exprès de la famille ou de la personne handicapée pour la validation du plan d'accompagnement global. Si je comprends qu'elles puissent encore avoir des doutes, je leur demande aujourd'hui de nous faire confiance, car elles ont été écoutées du début à la fin de la concertation. À la suite de la recommandation figurant dans le rapport de Denis Piveteau, nous avons initié la rédaction de cet amendement, à laquelle l'immense majorité des associations concernées par le handicap – pas uniquement les gestionnaires, mais aussi les représentants des parents et des familles – a participé. Il s'agit donc maintenant d'un moment important.

De surcroît, une expérimentation est prévue dans certains territoires, le texte n'entrant en vigueur que dans deux ans. Toutes les conditions me semblent donc réunies pour réussir. (*Très bien ! et applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain.*)

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1219 rectifié.

(*L'amendement est adopté.*)

**M. le président.** En conséquence, l'article 21 *bis* est rétabli dans cette rédaction.

**Article additionnel après l'article 21 bis  
(précédemment réservé)**

**M. le président.** L'amendement n° 838 rectifié, présenté par Mmes Meunier, Monier, Jourda et Génisson, MM. Courteau, Sueur et Carrère et Mmes Khiari et D. Gillot, est ainsi libellé :

Après l'article 21 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À l'article L. 1132-1 du code du travail, après les mots : « sa grossesse », sont insérés les mots : « ou de son engagement dans un parcours d'assistance médicale à la procréation ».

La parole est à Mme Michelle Meunier.

**Mme Michelle Meunier.** Par cet amendement, je souhaite évoquer un autre sujet, à savoir le code du travail et la grossesse.

Depuis 1982, environ 300 000 enfants sont nés en France via les techniques d'assistance médicale à la procréation, ou AMP, 23 000 naissances par an étant enregistrées au cours des dernières années. Il ne s'agit donc pas d'un phénomène marginal.

Toutefois, si ces techniques sont couramment utilisées dans notre pays, les femmes engagées dans un processus d'AMP n'en vivent pas moins un véritable « parcours de la combattante » : la salariée se retrouve souvent à jongler avec ses horaires de travail et ceux qui sont imposés par l'institution médicale.

Cette situation peut évidemment créer des conflits dans l'entreprise ou constituer un frein à une embauche ou à une promotion. Il est donc nécessaire de protéger les femmes engagées dans ces procédures. Pourtant, rien n'est actuellement prévu.

Cette absence de prise en compte dans le code du travail contraste avec la protection déjà prévue à l'article L. 1244-5 du code de la santé publique en cas de don d'ovocytes.

L'article L. 1132-1 du code du travail protège les femmes enceintes dans le cadre de leur activité professionnelle. Il prévoit en effet qu'une femme ne peut être écartée d'une procédure de recrutement, de l'accès à un stage ou à une période de formation en entreprise. Elle ne peut être sanctionnée, licenciée ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire en raison de sa grossesse.

L'amendement n° 838 rectifié vise donc à offrir une protection semblable aux femmes engagées dans un parcours d'assistance médicale à la procréation, tel que défini par l'article L. 2141-2 du code de la santé publique. Il s'agit de compléter l'article L.1132-1 du code du travail en ajoutant après les mots : « sa grossesse » les mots : « ou de son engagement dans un parcours ».

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

**M. Alain Milon, corapporteur.** L'article L.1132-1 du code du travail interdit toute mesure discriminatoire ou de sanction envers une personne en raison d'un certain nombre de caractéristiques ou de situations, notamment le sexe, le handicap, l'adresse, l'état de grossesse.

L'amendement n° 838 rectifié vise à ajouter à cette liste l'engagement dans une procédure d'assistance médicale à la procréation.

Son lien avec le texte ne nous semble pas évident, car il s'agit avant tout d'une question de droit du travail. De plus, il peut être difficile de déterminer précisément à partir de quel moment et jusqu'à quel moment une personne est engagée dans un parcours d'assistance médicale à la procréation, sachant que ce parcours est parfois extrêmement long. Il n'est pas non plus précisé dans le dispositif de l'amendement s'il s'agit de protéger uniquement les femmes ou également les conjoints, les concubins ou les partenaires liés par un PACS, qui accompagneraient celles-ci dans un processus d'AMP. Je rappelle que l'objet ne vise que les femmes.

Toutefois, la commission a émis un avis favorable sur cet amendement.

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

**Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État.** Je souhaite revenir sur l'argumentation développée à l'instant par M. le corapporteur.

Aucun de nous ici ne méconnaît les difficultés des femmes effectivement engagées dans un parcours d'AMP. Ce dernier, chacun le sait, est long, difficile, et n'aboutit pas toujours. Un tel parcours a de multiples conséquences sur la vie de la personne, aussi bien professionnelles – des absences répétées, notamment – que personnelles.

Néanmoins, il existe déjà un critère englobant le cas de figure dont il est question dans cet amendement : le critère de l'état de santé.

De surcroît, si d'aventure un critère de discrimination était ajouté dans le code du travail, il le serait sans consultation préalable des partenaires sociaux, ce qui peut être préjudiciable.

Pour ma part, je considère cet amendement comme satisfait par la loi, l'état de santé étant déjà pris en compte dans le code du travail. Le fait que vous ayez déposé cet amendement me paraît une bonne chose, madame Meunier, dans la mesure où il convient d'être extrêmement attentif à cette question. Si les arguments développés par M. le président de la commission et moi-même vous ont convaincue, je vous demande, madame la sénatrice, de bien vouloir retirer votre amendement. À défaut, le Gouvernement se verrait contraint d'émettre un avis défavorable.

**M. le président.** La parole est à Mme Catherine Procaccia, pour explication de vote.

**Mme Catherine Procaccia.** Pour ma part, je ne voterai pas cet amendement, justement parce qu'il entraîne une modification du code du travail, comme Mme la secrétaire d'État vient de l'expliquer. La semaine dernière, j'ai eu la même attitude pour un autre amendement. On ne modifie pas le code du travail dans le cadre d'une loi relative à la santé sans avoir négocié avec les partenaires sociaux.

En outre, je vous rappelle que, dans un protocole datant de plusieurs années, le Sénat s'est engagé à consulter les partenaires sociaux sur toute modification de ce code. Par ailleurs, les entreprises, fragilisées, se plaignent à l'heure actuelle des modifications incessantes du code du travail par des textes spécifiques, mais pas seulement.

J'ajoute que, s'agissant du processus de recrutement, je doute de l'efficacité de cette mesure. En effet, je vois mal une femme cherchant un emploi dire clairement au moment de ses entretiens d'embauche qu'elle suit un parcours médical, quel qu'il soit. L'AMP relève de l'intimité, car elle

découle d'un certain nombre de problèmes. Je ne crois pas que beaucoup de femmes puissent dévoiler leur intimité et leurs problèmes de santé lors d'un processus de recrutement.

**M. le président.** La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

**Mme Laurence Cohen.** Je me réjouis de constater, sur l'ensemble des travées, une telle volonté de travailler avec les partenaires sociaux et d'entendre leurs revendications. C'est tout à fait positif ! Cela nous permettra d'œuvrer ensemble à l'amélioration du code du travail, dans l'intérêt des salariés. Il s'agit d'une bonne nouvelle !

Nous avons déjà eu une discussion sur l'AMP à l'occasion de l'examen de ce projet de loi, notre groupe ayant déposé un amendement du même genre sur un autre article.

Il me paraît très important de pouvoir discuter des difficultés des femmes engagées dans un tel parcours. À ce sujet, je partage ce qui a été dit : il s'agit d'un véritable parcours de la combattante, qui doit être pris en compte.

Le fait qu'une telle discussion ait lieu à deux reprises dans l'hémicycle dans le cadre de l'examen du projet de loi de modernisation de notre système de santé me semble une bonne chose.

Si le véhicule adéquat pour une telle mesure est le code du travail, j'espère qu'on pourra, en se rappelant ces deux discussions, le faire évoluer afin de mieux protéger les femmes s'agissant de l'embauche ou de la carrière elle-même.

Un tel sujet doit être pris en compte et ne pas rester tabou. Certaines demandes d'absence ne sont pas prises en compte par les textes actuels. Une intervention législative est donc nécessaire. Si cela ne se fait pas dans le cadre de ce texte, il conviendra de modifier le code du travail. Quoi qu'il en soit, sachons nous en rappeler.

**M. le président.** La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

**M. Alain Milon, corapporteur.** Je souhaite apporter deux précisions.

Tout d'abord, madame Procaccia, s'agissant du code du travail, le Sénat s'est effectivement engagé à intervenir auprès des partenaires sociaux, mais dans le cadre des propositions de loi, et pas obligatoirement dans le cadre d'amendements présentés sur un projet de loi, comme c'est le cas aujourd'hui.

Pour revenir sur ce que disaient Mme Cohen et Mme la secrétaire d'État, les corapporteurs avaient considéré cet amendement comme satisfait par le code du travail. Toutefois, la commission des affaires sociales a finalement émis un avis favorable.

**M. le président.** L'amendement n° 838 rectifié est-il maintenu, madame Meunier ?

**Mme Michelle Meunier.** Pour être en cohérence avec ce qui s'est passé la semaine dernière, je vais retirer cet amendement. Je remercie auparavant tous ceux qui ont participé à la discussion sur ce sujet.

Cela dit, il s'agit bien d'un texte de santé. Or cette mesure relève du domaine de la santé, et plus particulièrement de l'état de grossesse des femmes.

Vous pouvez compter sur notre vigilance et notre attention, madame la secrétaire d'État, pour réintroduire cette notion dans le code du travail ou un autre texte.

**M. le président.** L'amendement n° 838 rectifié est retiré.

Nous reprenons maintenant le cours normal de la discussion des articles.

### TITRE III

#### INNOVER POUR GARANTIR LA PÉRENNITÉ DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

##### Chapitre I<sup>er</sup>

##### INNOVER EN MATIÈRE DE FORMATION DES PROFESSIONNELS

#### Article 28 (Non modifié)

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le titre II du livre préliminaire de la quatrième partie est ainsi modifié :
- ③ a) L'intitulé est ainsi rédigé : « Développement professionnel continu des professionnels de santé » ;
- ④ b) Le chapitre unique est ainsi rédigé :
- ⑤ « *CHAPITRE UNIQUE*
- ⑥ « *Art. L. 4021-1.* – Le développement professionnel continu a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Il constitue une obligation pour les professionnels de santé. Chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de développement professionnel continu comportant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques. L'engagement dans une démarche d'accréditation vaut engagement dans une démarche de développement professionnel continu.
- ⑦ « *Art. L. 4021-2.* – Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, et de la défense pour les professionnels du service de santé des armées, définit les orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu. Ces orientations comportent :
- ⑧ « 1° Des orientations définies par profession ou par spécialité sur la base des propositions des conseils nationaux professionnels ou, en l'absence de conseils nationaux professionnels, des représentants de la profession ou de la spécialité ;
- ⑨ « 2° Des orientations s'inscrivant dans le cadre de la politique nationale de santé ;
- ⑩ « 3° Des orientations issues du dialogue conventionnel relevant des articles L. 162-1-13, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-16-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale.
- ⑪ « *Art. L. 4021-3.* – Pour chaque profession ou spécialité, les conseils nationaux professionnels proposent un parcours pluriannuel de développement professionnel continu qui permet à chaque professionnel de satisfaire à son obligation. Ce parcours comporte, notamment, des actions s'inscrivant dans le cadre des priorités définies à l'article L. 4021-2. Chaque professionnel choisit les actions auxquelles il s'inscrit. Pour les professionnels salariés, ce choix s'effectue en lien avec l'employeur.

- 12 « L'ensemble des actions réalisées par les professionnels au titre de leur obligation de développement professionnel continu sont retracées dans un document dont le contenu et les modalités d'utilisation sont définis par le conseil national professionnel compétent au titre de leur métier ou de leur spécialité.
- 13 « Les conseils nationaux professionnels retiennent, notamment sur la base des méthodes élaborées par la Haute Autorité de santé, celles qui leur paraissent les plus adaptées pour la mise en œuvre du développement professionnel continu.
- 14 « Les conseils nationaux professionnels regroupent, pour chaque profession de santé ou, le cas échéant, pour chaque spécialité, les sociétés savantes et les organismes professionnels. Leurs missions ainsi que les principes généraux relatifs à leur composition et à leur fonctionnement sont fixés par décret. Ils font l'objet d'une convention conclue entre les différents conseils ou l'organisme fédérateur créé à leur initiative et l'État.
- 15 « En l'absence de conseils nationaux professionnels, les représentants de la profession ou de la spécialité sont sollicités pour exercer les missions définies au présent article.
- 16 « *Art. L. 4021-4.* – L'université participe, par son expertise pédagogique dans le domaine de la formation initiale et continue des professionnels de santé, à la dimension scientifique du développement professionnel continu.
- 17 « *Art. L. 4021-5.* – Le développement professionnel continu se réalise dans le respect des règles d'organisation et de prise en charge propres aux différents secteurs d'activité des professionnels de santé, notamment par les employeurs ou par les organismes mentionnés aux articles L. 6331-1 et L. 6332-9 du code du travail ainsi qu'à l'article 16 de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Le contrôle du respect par les professionnels de santé de leur obligation de développement professionnel continu est réalisé par les instances ordinales, les employeurs et les autorités compétentes, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.
- 18 « *Art. L. 4021-6.* – L'Agence nationale du développement professionnel continu assure le pilotage du dispositif de développement professionnel continu pour l'ensemble des professionnels de santé, quels que soient leurs statuts ou conditions d'exercice.
- 19 « Un décret en Conseil d'État fixe les missions et les instances de l'Agence nationale du développement professionnel continu.
- 20 « *Art. L. 4021-7.* – Un décret en Conseil d'État définit les modalités selon lesquelles :
- 21 « 1° Les organismes ou les structures peuvent présenter des actions ou programmes s'inscrivant dans le cadre des orientations définies à l'article L. 4021-2 ;
- 22 « 2° Les actions ou programmes mentionnés au 1° du présent article font l'objet d'une évaluation avant d'être mis à la disposition des professionnels de santé ;
- 23 « 3° Des sanctions à caractère financier ou administratif peuvent être prises en cas de manquements constatés dans la mise en œuvre des actions et programmes.
- 24 « *Art. L. 4021-8.* – Sont prescrites, au profit de l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu, puis de l'Agence nationale du développement professionnel continu, toutes créances dues au titre des actions de développement professionnel continu dès lors qu'elles n'ont pas fait l'objet d'une demande de paiement dans un délai de deux ans à compter du jour où les droits ont été acquis.
- 25 « Le délai de prescription prévu au premier alinéa est applicable aux créances dues avant la date d'entrée en vigueur du présent article, à compter de cette même date, sans que la durée totale du délai de prescription puisse excéder la durée antérieurement en vigueur. » ;
- 26 *c et d) (Supprimés)*
- 27 2° À la fin du premier alinéa de l'article L. 4124-6-1, les mots : « telle que définie par l'article L. 4133-1 pour les médecins, L. 4143-1 pour les chirurgiens-dentistes et L. 4153-1 pour les sages-femmes » sont remplacés par les mots : « dans le cadre du développement professionnel continu défini aux articles L. 4021-1 à L. 4021-8 » ;
- 28 3° Les articles L. 4133-1 à L. 4133-4, L. 4143-1 à L. 4143-4, L. 4153-1 à L. 4153-4, L. 4236-1 à L. 4236-4, L. 4242-1 et L. 4382-1 sont abrogés ;
- 29 4° À la fin du premier alinéa de l'article L. 4234-6-1, les mots : « les conditions de l'article L. 4236-1 » sont remplacés par les mots : « le cadre du développement professionnel continu défini aux articles L. 4021-1 à L. 4021-8 » ;
- 30 5° À la fin de l'article L. 6155-1, les mots : « les conditions fixées aux articles L. 4133-1, L. 4143-1 et L. 4236-1 » sont remplacés par les mots : « le cadre du développement professionnel continu défini aux articles L. 4021-1 à L. 4021-8 ».
- 31 II à IV (*nouveaux*). – (*Supprimés*)
- 32 V. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- 33 1° Après le 13° de l'article L. 162-5, il est inséré un 13° *bis* ainsi rédigé :
- 34 « 13° *bis* Les propositions d'orientations pluriannuelles prioritaires en matière de développement professionnel continu, relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique ; »
- 35 2° Après le 7° de l'article L. 162-9, il est inséré un 7° *bis* ainsi rédigé :
- 36 « 7° *bis* Les propositions d'orientations pluriannuelles prioritaires en matière de développement professionnel continu, relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique ; »
- 37 3° Après le 1° de l'article L. 162-12-2, il est inséré un 1° *bis* ainsi rédigé :
- 38 « 1° *bis* Les orientations pluriannuelles prioritaires en matière de développement professionnel continu, relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique ; »
- 39 4° Après le 1° de l'article L. 162-12-9, il est inséré un 1° *bis* ainsi rédigé :
- 40 « 1° *bis* Les orientations pluriannuelles prioritaires en matière de développement professionnel continu, relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique ; »



- 41 5° Après le 2° de l'article L. 162-14, il est inséré un 2° *bis* ainsi rédigé :
- 42 « 2° *bis* Les orientations pluriannuelles prioritaires en matière de développement professionnel continu, relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique ; »
- 43 6° Au deuxième alinéa du II de l'article L. 162-14-1, après la seconde occurrence du mot : « santé, », sont insérés les mots : « la proposition d'orientations pluriannuelles relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique et » ;
- 44 7° Après le 2° de l'article L. 162-16-1, il est inséré un 2° *bis* ainsi rédigé :
- 45 « 2° *bis* Les orientations pluriannuelles prioritaires en matière de développement professionnel continu, relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique ; »
- 46 8° Après le 6° de l'article L. 162-32-1, il est inséré un 6° *bis* ainsi rédigé :
- 47 « 6° *bis* Les orientations pluriannuelles prioritaires en matière de développement professionnel continu, relevant de l'article L. 4021-2 du code de la santé publique ; ».
- 48 VI. – Le présent titre entre en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2016, à l'exception de l'article L. 4021-8 du code de la santé publique.
- 49 VII. – La convention constitutive du groupement d'intérêt public « organisme gestionnaire du développement professionnel continu » est modifiée et approuvée par l'État au plus tard au 1<sup>er</sup> janvier 2016, notamment pour tenir compte des changements de dénomination, des missions et des instances prévus à l'article L. 4021-6 du code de la santé publique.

**M. le président.** La parole est à M. Claude Malhuret, sur l'article.

**M. Claude Malhuret.** Monsieur le président, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, je souhaite aborder cet article sous un angle particulier, que nous retrouverons dans les articles suivants, qui sont consacrés notamment à la recherche biomédicale, aux conflits d'intérêts, aux agences sanitaires et aux actions de groupe.

Cet angle particulier, c'est l'une des principales plaies du système de santé publique, en France comme ailleurs, mais en France plus qu'ailleurs, à savoir la mainmise sur l'exercice médical, la formation médicale continue, la recherche clinique, les agences de santé et les élus eux-mêmes, du « *big pharma* », c'est-à-dire de l'industrie pharmaceutique mondiale, qui, avec ses 800 milliards de chiffre d'affaires, avec ses milliers de consultants, de lobbyistes et d'experts grassement rémunérés, détourne chaque jour un peu plus à son profit la santé publique.

J'ai connu l'époque où un médecin compétent maîtrisait les cent cinquante molécules réellement efficaces. Aujourd'hui, le nombre de produits a été multiplié par cent. Il s'agit non pas de cent fois plus de molécules nouvelles – celles que l'industrie a découvertes depuis trente ans se comptent sur les doigts d'une main –, mais des milliers de *me too*, des copies des précédentes fabriquées dans le seul but de pouvoir vendre plus cher des médicaments tombés dans le domaine public, donc génériques.

J'ai connu l'époque où l'industrie pharmaceutique a permis à la médecine de réaliser des progrès stupéfiants en produisant les médicaments qui ont fait le succès et la gloire de l'allopathie : antalgiques, antibiotiques, anti-inflammatoires, anesthésiques et tant d'autres.

Cette époque est révolue. L'industrie pharmaceutique s'est transformée en une activité purement financière, où le produit n'est plus qu'un prétexte.

Dans la plupart des domaines, industriels notamment, les conséquences sont exaspérantes et indignent nos concitoyens. Mais c'est notre santé qui est ici en jeu et, dans ce domaine, les conséquences sont bien plus graves : elles peuvent être catastrophiques !

Les conséquences, ce sont, par exemple, les milliards d'euros de remboursement de médicaments inutiles qui plombent le budget de la sécurité sociale, les dizaines de milliers de victimes des scandales médicaux qui se multiplient, la banalisation des conflits d'intérêts, de la corruption, du lobbying institutionnel du *big pharma*. Et cette liste est loin d'être exhaustive.

Je détaillerai ces conséquences au fur et à mesure de l'examen des articles, puisque je ne dispose à ce stade que de deux minutes trente, en commençant par un amendement destiné à soutenir l'une des principales victimes du *big pharma* : le développement professionnel continu, ou DPC, qui est le sujet de l'article 28.

**Mme Nicole Bricq.** Très bien dit !

**M. le président.** L'amendement n° 58 rectifié, présenté par MM. Commines, Charon et Calvet, Mme Deromedi, M. Malhuret, Mme Mélot et M. Houel, est ainsi libellé :

Alinéa 6

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Le développement professionnel continu est complémentaire mais distinct de la formation professionnelle continue autant par ses objectifs que son financement.

La parole est à Mme Jacky Deromedi.

**Mme Jacky Deromedi.** Le développement professionnel continu est une obligation individuelle mise à la charge du professionnel médical et paramédical. Centré sur le soin, le DPC est dispensé selon une méthodologie conforme aux recommandations de la HAS, la Haute Autorité de santé, et ses orientations répondent aux priorités de santé définies par le Gouvernement.

Pour garantir le respect son principe même, le DPC doit être nettement distingué de la formation professionnelle continue, laquelle englobe un champ d'action plus vaste.

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

**Mme Elisabeth Doineau, corapporteur de la commission des affaires sociales.** Nous abordons un objet bien particulier : il s'agit du développement professionnel continu. L'article 28 s'inscrit dans la continuité d'un rapport établi par l'IGAS, l'Inspection générale des affaires sociales, en avril 2014, sur l'évaluation de ce DPC, qui faisait état de certaines lacunes.

Votre amendement, cher collègue, a pour objet de dissocier le développement professionnel continu de la formation professionnelle continue. Or, depuis la loi HPST de 2009, le DPC regroupe la formation médicale continue, l'évaluation des pratiques professionnelles et la formation professionnelle conventionnelle.

Il semble donc difficile de revenir sur ce regroupement sans remettre en cause la qualité des formations offertes aux professionnels de santé, lesquelles relèvent désormais de la HAS. La limitation du champ du DPC comptait certes parmi les scénarios envisagés par l'IGAS dans son rapport de 2014, mais le Gouvernement a choisi de ne pas retenir cette proposition. Mme la secrétaire d'État pourra d'ailleurs peut-être préciser les raisons de ce choix.

La commission demande donc l'avis du Gouvernement.

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

**Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État.** Vous l'avez dit, madame la rapporteur, il existe déjà dans la loi une distinction entre développement professionnel continu et formation professionnelle continue : le DPC associe principalement la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques ; il recouvre en réalité la formation centrée sur la pratique clinique. Ainsi, et par exemple, une formation en anglais ou en informatique relève non pas du DPC, mais de la formation continue. C'est là la différence principale entre ces deux dispositifs.

La définition que vous trouvez dans la loi a fait consensus dans l'ensemble des syndicats de médecins. Si nous devions la modifier, il faudrait discuter à nouveau avec l'ensemble des professionnels concernés. Pourquoi remettre en cause la large concertation qui a eu lieu, alors que la différence entre le développement professionnel continu et la formation continue est déjà inscrite dans la loi ?

Je considère que les dispositions qui font l'objet de votre amendement sont satisfaites ; le Gouvernement est donc défavorable à l'amendement.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 58 rectifié.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 1109, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 8

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Des orientations relatives à la formation du corps médical à la prise en charge de la santé mentale ;

La parole est à Mme Marie-Christine Blandin.

**Mme Marie-Christine Blandin.** Cet amendement tend à intégrer la prise en charge de la santé mentale dans les objectifs de la formation professionnelle continue des médecins.

Le médecin généraliste reste en effet souvent le premier recours face à un problème de santé mentale.

Une récente recherche-action intitulée *Place de la santé mentale en médecine générale*, réalisée en 2011 par le centre hospitalier de La Chartreuse, situé à Dijon, et le Centre collaborateur français de l'OMS, situé à Lille, montre les difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de la santé mentale : 77 % de leurs patients ayant besoin d'une prise en charge spécialisée sont dans le déni de leurs troubles, et 76 % craignent la stigmatisation de la maladie. Les médecins généralistes sont très peu formés à affronter ce genre de difficultés.

Par ailleurs, 62 % des médecins déclarent manquer d'informations sur le bon fonctionnement de la prise en charge spécialisée, et 71 % déplorent des problèmes de communication ou de liaison.

Afin de répondre à la spécificité de la prise en charge de la santé mentale, les médecins généralistes sont donc en demande d'informations, de formation, de personnes relais.

Cet amendement vise en conséquence à intégrer aux objectifs de leur DPC la question de la prise en charge de la santé mentale, afin de mieux les préparer à ces difficultés.

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

**Mme Élisabeth Doineau, corapporteur.** Le DPC doit obéir à des orientations pluriannuelles prioritaires, définies, d'une part, par profession ou par spécialité, s'inscrivant, d'autre part, dans le cadre de la politique nationale de santé, et issues enfin du dialogue conventionnel.

L'alinéa 8, que vous proposez d'amender en intégrant la santé mentale dans les objectifs du DPC – à ce compte, nous pourrions y ajouter, à l'infini, autant de spécialités qu'en comprend la médecine –, précise déjà que le DPC doit s'inscrire dans le cadre de la stratégie nationale de santé. Dès lors, il nous semble que les dispositions de cet amendement sont satisfaites.

Le thème de la santé mentale est certes particulièrement important ; nous demandons cependant le retrait de cet amendement, tout en sollicitant l'avis du Gouvernement.

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

**Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État.** Je voudrais profiter de cette discussion pour rappeler, de manière générale, la façon dont est organisée la formation des professionnels de santé, en particulier des médecins.

Vous avez raison : il est clair que les médecins, dans leur grande majorité, ne sont pas suffisamment formés en matière de santé mentale. Ce déficit existe aussi s'agissant d'autres thématiques, notamment celle du handicap – nous aurons l'occasion d'y revenir à l'occasion d'un autre amendement. Le besoin de formation est donc réel ; la ministre de la santé en a d'ailleurs fait l'une de ses priorités.

Or, si l'on s'intéresse à ce problème, il faut intégrer également la formation initiale à notre réflexion. Pourquoi nous limiter à la formation continue ? La santé mentale doit être partie intégrante de la formation des jeunes médecins, externes ou internes : je pense aux futurs généralistes, mais aussi aux autres – après tout, les questions de santé mentale concernent toutes les spécialités. Il faut donc à l'évidence faire de cette question une priorité.

Mais, s'agissant aussi bien de la formation initiale que de la formation continue, un arrêté pluriannuel définit les orientations prioritaires de chaque type de formation. Cet arrêté est pris par le ministère de la santé, en concertation avec l'ensemble des parties concernées. Ce que vous demandez d'inscrire dans la loi fait donc en réalité déjà l'objet d'un travail de concertation, préalable à la publication d'arrêtés qui, j'y insiste, portent tant sur la formation initiale que sur la formation continue.

Les arrêtés n'épuiseront d'ailleurs pas le sujet : les futurs médecins en formation doivent également pouvoir accéder à davantage de stages ouverts sur des terrains et dans des services où la problématique de la santé mentale occupe

une certaine place. Il y a là un enjeu important, sur lequel le ministre de la santé travaille de concert avec l'ensemble des acteurs concernés.

Pour toutes ces raisons, l'avis du Gouvernement est défavorable.

**M. le président.** La parole est à M. Gérard Roche, pour explication de vote.

**M. Gérard Roche.** Je suivrai bien entendu la commission. Cet amendement a cependant le mérite de mettre l'accent sur un problème très particulier, celui de l'état actuel de la psychiatrie en France.

Nous manquons cruellement de médecins psychiatres, notamment en ville ; quant aux services hospitaliers, nous savons combien ils sont démunis et combien sont grandes leurs difficultés, en particulier dans les spécialités comme la pédopsychiatrie. Pour une consultation en urgence de pédopsychiatrie s'agissant d'un enfant souffrant de graves troubles du comportement, l'« urgence » doit attendre deux mois au minimum pour un établissement dépendant d'un conseil général et parfois dix-huit mois quand c'est une famille qui demande le rendez-vous !

La faute n'en incombe pas aux médecins, mais au manque de médecins. Si l'on est charitable, on dira que la psychiatrie a des difficultés ; si l'on est réaliste, on dira qu'elle est sinistrée !

Devant cette réalité, les médecins généralistes sont en première ligne. Ce sont eux qui doivent affronter les difficultés aiguës des familles : les problèmes psychiatriques, les troubles du comportement, les arrêts de traitement imprévus, qui provoquent des situations terribles.

Pour avoir moi-même été médecin généraliste, je peux témoigner du nombre d'occasions où j'ai dû faire de la psychiatrie sans avoir reçu de formation spécifique : j'ai appris sur le tas, de façon empirique. Mais, dans les conditions que j'ai rappelées, la formation en psychiatrie des médecins généralistes devient une nécessité, sur laquelle cet amendement a le mérite d'insister.

**M. le président.** La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

**Mme Laurence Cohen.** Je suis un peu étonnée du tour pris par la discussion. Je rappelle que les membres du groupe communiste, républicain et citoyen ont été les seuls à voter contre l'article 13 : nous considérions qu'avec deux articles consacrés à la psychiatrie sur les centaines que comptait le projet de loi tel qu'il avait été adopté par l'Assemblée nationale, le texte qui nous était proposé n'était pas à la hauteur de la situation de la psychiatrie et des besoins actuels, qui sont immenses.

J'entends aujourd'hui notre collègue déplorer ce manque, et réclamer que les généralistes soient formés en psychiatrie. Mais chacun son métier ! Le problème qui nous est posé peut être réglé si et seulement si sont remplies trois conditions : il faut davantage de psychiatres – cela exige peut-être de remettre en question le *numerus clausus* –, une formation adéquate pour ces psychiatres et une loi non indigente sur la santé mentale ! *(Exclamations au banc des commissions.)*

Il ne faut pas faire dire à l'amendement davantage qu'il ne dit. Nous l'avons interprété comme invitant simplement à réfléchir aux modalités de la formation continue, voilà tout.

En tout cas, notre déficit de spécialistes en santé mentale ne peut pas être comblé par des généralistes : ceux-ci n'ont pas vocation à devenir de « super-psychiatres », « super-psychologues » ou « super-spécialistes » de tel ou tel domaine.

On ne peut pas suivre ce raisonnement : si l'amendement doit être interprété de cette façon, alors il s'agit d'une aberration !

**M. le président.** Madame Blandin, l'amendement n° 1109 est-il maintenu ?

**Mme Marie-Christine Blandin.** Je le maintiens. J'entends qu'il existe de très nombreuses spécialités, que la formation continue ne peut pas former à tout. Mais non ! La santé mentale n'est pas une spécialité comme les autres. D'une part, le généraliste peut prendre des décisions qui affectent la vie de toute la famille. D'autre part, il signe des ordonnances autorisant le recours à certains produits pharmaceutiques, ceux qu'a évoqués M. Malhuret – n'oublions pas que la France est sinistrée par son hyperconsommation d'antidépresseurs, souvent prescrits à mauvais escient, pour se couvrir, faute d'un savoir plus affiné.

**M. le président.** La parole est à Mme Catherine Génisson, pour explication de vote.

**Mme Catherine Génisson.** Nous suivons le Gouvernement, mais nous sommes très sensibles aux préoccupations que Mme Blandin a exprimées.

Chacun le sait, les personnes qui nécessitent une prise en charge psychiatrique ne s'adressent pas nécessairement en premier lieu à un psychiatre. Il faut donc dissocier la question de la formation des psychiatres de celle de la formation en la matière des médecins généralistes, qui est un enjeu fondamental.

Comme cela avait été évoqué lors de l'examen des dispositions relatives aux communautés professionnelles territoriales de santé – malheureusement, le dispositif que nous souhaitions n'a pas été retenu par la majorité sénatoriale –, les psychiatres doivent être aux côtés des médecins traitants, que ce soit individuellement ou dans le cadre de structures comme les groupements hospitaliers de territoire.

En effet, et plusieurs intervenants l'ont souligné, ce sont les généralistes qui peuvent être confrontés à trois heures du matin à un jeune en situation de détresse psychiatrique grave et recourir, faute de réponses diagnostiques et thérapeutiques adaptées, à des prescriptions excessives de psychotropes.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1109.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

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

L'amendement n° 766 est présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

L'amendement n° 1079 est présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 9

Compléter cet alinéa par les mots :

, notamment concernant les enjeux et problématiques des publics en situation de précarité

La parole est à M. Dominique Watrin, pour présenter l'amendement n° 766.

**M. Dominique Watrin.** S'il est une question qui pose problème en matière de santé publique, c'est bien celle de la précarité des conditions de vie et de travail d'un nombre important de nos concitoyens.

La précarité sanitaire, qui peut faire obstacle au plein exercice du droit à la santé, recouvre bien des formes : recours aux urgences des hôpitaux publics plutôt qu'au médecin de famille ; reports systématiques de la visite chez le dentiste ; absence d'achat de lunettes faute de consultation chez un ophtalmo, à supposer d'ailleurs qu'il y en ait un à proximité ; ajournements incessants du rendez-vous chez le médecin qui finissent par transformer une rhinite assez banale en bronchite prononcée...

Elle est encouragée par le développement d'une médecine à plusieurs vitesses et l'éloignement des soins. C'est l'un des facteurs essentiels des difficultés que rencontrent non seulement les familles et les assurés, mais également la sécurité sociale. Cela occasionne bien souvent, dès lors que les soins sont prescrits et commencent à être administrés, un surcroît de dépenses par rapport à ce qu'il aurait fallu déboursier si le traitement avait débuté en temps voulu.

Il nous semble donc indispensable que, au fil de leur parcours professionnel, les professionnels de santé, dans leur diversité, soient sensibilisés et formés aux problématiques particulières de la précarité sanitaire et mis en situation d'y répondre par les outils et modes de décision adéquats.

L'évolution des formations des professionnels relevant des secteurs sanitaire, social et médico-social est la première étape pour permettre de développer une culture professionnelle commune favorisant l'accompagnement des personnes.

En effet, la mise en place d'un service territorial de santé au public et de coordination des parcours de santé complexes implique une meilleure connaissance des enjeux et des contraintes de chaque intervenant, notamment sur la prévention et la promotion de la santé.

**M. le président.** La parole est à Mme Marie-Christine Blandin, pour présenter l'amendement n° 1079.

**Mme Marie-Christine Blandin.** L'accès aux soins des populations en situation de grande précarité soulève des problématiques spécifiques : droits et dispositifs d'aide particuliers, cumul de difficultés, compréhension parfois plus difficile du diagnostic ou du traitement à suivre.

La méconnaissance chez certains professionnels de santé des spécificités des publics concernés, des difficultés qu'ils rencontrent, des inégalités et des déterminants de santé ainsi que des dispositifs existants est l'un des obstacles dans l'accès aux soins des plus précaires.

Le projet de loi ignore dans son intégralité cette dimension de la formation des professions médicales.

Nous proposons donc d'affirmer la nécessité d'actualiser et de développer dans la formation professionnelle continue les compétences des professionnels de santé relatives aux enjeux et problématiques spécifiques à la précarité.

Cela permettra d'améliorer la prise en charge globale des patients et d'armer les professions médicales, afin qu'elles puissent mieux répondre aux enjeux de la précarité en santé.

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

**Mme Élisabeth Doineau, corapporteur.** Nous sommes évidemment sensibles à la question de la précarité sanitaire, de même qu'à celles de la santé mentale ou du handicap. Mais j'ai le sentiment d'un retour à notre première semaine de travail ! Lors de l'examen de l'article 1<sup>er</sup>, qui définit la politique nationale de santé, nombre d'amendements visant à mentionner telle ou telle problématique avaient été défendus.

En l'occurrence, l'alinéa 9 de l'article 28 prévoit que les orientations du DPC s'inscrivent dans le cadre de la politique de santé. Cela englobe donc les différents sujets abordés ce matin.

Par ailleurs, l'adoption de ces deux amendements poserait un problème de cohérence rédactionnelle.

Cela étant, la question de la prise en charge des populations en situation de précarité par les médecins doit être traitée.

C'est pourquoi la commission, tout en suggérant le retrait de ces deux amendements identiques, souhaite entendre l'avis du Gouvernement et les informations qu'il peut éventuellement nous apporter.

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

**Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État.** L'objectif des auteurs de ces deux amendements identiques paraît effectivement louable.

L'accès aux soins des personnes en situation de précarité est évidemment une priorité, aussi bien pour moi – je suis, je vous le rappelle, chargée de la lutte contre l'exclusion – que pour Marisol Touraine, ministre de la santé.

Car, force est de le constater, les personnes en situation de précarité sont confrontées à des difficultés particulières : elles n'ont ni la même espérance de vie ni le même accès aux soins que le reste de la population.

C'est pourquoi, depuis trois ans, ce gouvernement a pris des mesures en leur faveur. Je pense notamment à la généralisation du tiers payant et à l'augmentation, grâce à la modification du plafond, du nombre de bénéficiaires de la CMU, ou encore à l'aide au paiement d'une complémentaire santé, l'ACS, autant de mesures destinées à permettre à tout le monde de se soigner, y compris les personnes en précarité.

Les auteurs de ces deux amendements identiques ont évoqué la formation des médecins. Il est vrai que tous les professionnels de santé ne sont pas nécessairement formés à soigner les publics en situation de précarité. D'ailleurs, ce sont bien souvent les mêmes praticiens qui s'en chargent. Il y a effectivement un réel besoin de formation. Simplement, cela ne relève pas de la loi.

Au demeurant, pourquoi se limiter à la formation continue ? Les étudiants en médecine, qui font leur externat puis leur internat, doivent également être formés à la prise en charge de tels publics. D'une part, il y a une dimension sociale dont il faut connaître les bases. D'autre part, les personnes concernées n'ont pas forcément les mêmes pathologies. Vous le voyez, nous devons aussi travailler sur la formation initiale.

Or l'arrêté que Mme la ministre de la santé a pris fait justement référence aux personnes en situation de vulnérabilité. Ce sera aussi le cas de l'arrêté relatif au DPC, quand il paraîtra. Et la notion de « vulnérabilité » est plus large que celle de « précarité ».

Pour toutes ces raisons, le Gouvernement émet un avis défavorable sur ces deux amendements identiques.

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n<sup>os</sup> 766 et 1079.

*(Les amendements ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** L'amendement n<sup>o</sup> 768, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 9

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ... Des orientations en matière de prise en charge de la fin de vie et de développement des soins palliatifs ;

La parole est à Mme Annie David.

**Mme Annie David.** Ainsi que Mme la secrétaire d'État vient de le rappeler, l'article 28 prévoit une réforme en profondeur du développement professionnel continu des professionnels de santé.

L'article 1<sup>er</sup> de la proposition de loi créant de nouveaux droits en faveur des personnes en fin de vie, texte déposé par nos collègues députés Alain Claeys et Jean Leonetti et encore en navette parlementaire, prévoit que les étudiants en médecine, les médecins, les infirmiers, les aides-soignants et les aides à domicile ont droit à une formation aux soins palliatifs.

Il est donc important de rappeler cet axe de formation dans les grandes orientations en matière de développement professionnel continu des professionnels de santé.

Nous défendons à ce titre la création d'un module d'humanité médicale transdisciplinaire, associant connaissances médicales et sciences humaines, afin de permettre aux soignants de mieux appréhender les questions d'ordre éthique, notamment de fin de vie.

À cet effet, nous vous proposons ici d'introduire dans les orientations pluriannuelles prioritaires du développement professionnel continu des dispositions relatives à la prise en charge de la fin de vie et au développement des soins palliatifs. Cela nous permettrait d'être en cohérence avec la proposition de loi que je viens d'évoquer. Il nous semble important de profiter de ce véhicule législatif pour affirmer une telle exigence dans le code de la santé.

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

**Mme Élisabeth Doineau, corapporteur.** Cette précision n'est pas nécessaire juridiquement.

Certes, le sujet est important ; nous l'avons d'ailleurs abordé lors de l'examen en première lecture du texte sur la fin de vie. Mais ne s'agit-il pas en réalité avant tout d'un problème de financement ? En effet, et c'est toute la question que soulève le présent projet de loi, notamment s'agissant du DPC, *quid* du financement ?

La commission souhaite donc le retrait de cet amendement. Toutefois, nous aimerions connaître l'avis du Gouvernement.

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

**Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État.** La formation des professionnels de santé aux soins palliatifs est une thématique en effet prioritaire. Le Président de la République a souhaité

qu'un dispositif en ce sens soit en place dès la rentrée 2015 dans toutes les facultés de médecine et toutes les écoles du paramédical.

À l'heure où je vous parle, c'est donc déjà le cas. L'arrêté pluriannuel sur la formation initiale dont je faisais état voilà quelques instants ayant déjà été pris, le ministère a appelé les doyens de toutes les facultés de médecine de France, ainsi que les dirigeants des écoles de professionnels du paramédical, pour s'assurer que la formation initiale aux soins palliatifs serait bien intégrée dans les cursus.

Pour la formation continue, je vous ferai la même réponse que précédemment : des thèmes prioritaires figureront dans l'arrêté annuel qui paraît, me semble-t-il, au mois de décembre. Nous sommes tenus de suivre la volonté du Président de la République en faisant aussi référence aux soins palliatifs dans ce document.

L'intention des auteurs de l'amendement est donc tout à fait respectable, mais cette disposition relève des arrêtés, et non de la loi. C'est pourquoi l'avis du Gouvernement est défavorable.

**M. le président.** Monsieur Watrin, l'amendement n<sup>o</sup> 768 est-il maintenu ?

**M. Dominique Watrin.** Notre groupe maintient cet amendement.

Selon Mme la secrétaire d'État, qui l'a répété pas moins de trois fois ce me semble, nos différents amendements n'auraient pas leur place dans le présent projet de loi, puisque le Gouvernement a déjà adopté des textes réglementaires sur la formation initiale et s'apprêterait à faire de même pour la formation continue.

Mais, la précarité sanitaire ou les soins palliatifs, cela évolue ! Les connaissances qu'un médecin peut avoir acquises au cours de sa formation initiale ne sont plus forcément valables plusieurs dizaines d'années plus tard !

En ce qui concerne la précarité, il est évident que les publics touchés ne sont pas les mêmes. Par ailleurs, l'acuité pourra être plus ou moins importante et évoluer. Les formes seront donc différentes et l'actualisation se révélera nécessaire. C'est tout le sens du développement professionnel continu.

*Idem* en ce qui concerne les soins palliatifs. Comment croire que, dans vingt ans, les professionnels s'adresseront de la même manière qu'aujourd'hui aux malades en fin de vie ?

Il paraît essentiel, à mon avis, d'intégrer dans la loi la formation continue sur des sujets dont vous n'avez d'ailleurs pas remis en cause l'importance.

Pour finir, vous nous répondez qu'une telle disposition ne relève pas de la loi. Dans ce cas, pourquoi avoir ajouté dans le texte dont nous discutons aujourd'hui la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ? D'autres éléments nous paraissent plus importants !

**Mme Laurence Cohen.** Très bien !

**M. le président.** La parole est à Mme Marie-Christine Blandin, pour explication de vote.

**Mme Marie-Christine Blandin.** Les écologistes soutiendront cet amendement.

Mme la secrétaire d'État se demande pourquoi nous abordons la question de la formation continue plutôt que celle de la formation initiale, laquelle est tout aussi importante. Je rappelle simplement, notamment à destination du

public qui nous écoute en tribune, que le législateur n'a pas le droit d'intervenir en matière de formation initiale, sujet qui pourtant nous préoccupe énormément.

Sur le fond, madame la secrétaire d'État, je me félicite d'apprendre que le Président de la République, sensible à ce sujet, a pris la peine de faire téléphoner à tous les doyens. Mais sur la forme, je m'interroge : sommes-nous en monarchie ? (*Sourires sur les travées du groupe CRC.*) Il me paraîtrait préférable que le Parlement puisse orienter les choix en matière de santé publique...

Enfin, le sujet des soins palliatifs, que je ne confonds pas avec l'aide à mourir dans la dignité – texte que par ailleurs nous défendons –, concerne toute la population, toutes les familles, et concernera un jour chacun d'entre nous. Il paraît donc fondamental d'actualiser les connaissances des médecins.

**Mme Laurence Cohen.** Très bien !

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 768.

(*L'amendement est adopté.*)

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

L'amendement n° 110 rectifié est présenté par MM. Commeinhes et Charon, Mme Hummel et MM. Houel et D. Robert.

L'amendement n° 169 rectifié *septies* est présenté par MM. Vasselle, Cambon, Calvet, Laufoaulu, Trillard, Saugé, César, B. Fournier, G. Bailly et Cornu, Mme Mélot, M. Gilles, Mme Lopez, M. Dassault et Mme Gruny.

L'amendement n° 360 rectifié *quater* est présenté par MM. Mouiller et Mandelli, Mmes Cayeux et Deromedi et MM. de Nicolaï, Pellevat, Lefèvre, Bignon, Fouché, Morisset, Falco, Genest, Darnaud, Houpert et Pointereau.

L'amendement n° 377 rectifié *bis* est présenté par Mme Loïsier, MM. Kern, Guerriau et Détraigne, Mme Férat et MM. Canevet, Cadic, Médevielle et L. Hervé.

L'amendement n° 541 est présenté par Mme Champion, M. Sueur, Mme Génisson, M. Daudigny, Mme Bricq, M. Caffet, Mme Claireaux, M. Durain, Mmes Emery-Dumas et Féret, MM. Godefroy, Jeansannetas et Labazée, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mme Yonnet et les membres du groupe socialiste et républicain.

L'amendement n° 765 est présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

L'amendement n° 1091 est présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste.

Ces sept amendements sont ainsi libellés :

Après l'alinéa 10

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Des orientations de mise en œuvre de l'article L. 1110-1-1 du présent code.

Les amendements nos 110 rectifié et 169 rectifié *septies* ne sont pas soutenus.

La parole est à M. Philippe Mouiller, pour présenter l'amendement n° 360 rectifié *quater*.

**M. Philippe Mouiller.** Cet amendement porte sur les enjeux relatifs au handicap.

La méconnaissance du handicap et de son impact sur la vie quotidienne des personnes rend le système de santé peu accessible aux personnes handicapées. La formation des professionnels de santé est un enjeu important dans l'optique de transformer leurs pratiques. Ainsi, la loi du 11 février 2005 avait inscrit au sein du code de la santé publique l'obligation d'intégrer dans la formation initiale et continue une formation spécifique au handicap.

Cet amendement vise à rendre obligatoire dans le développement professionnel continu, le DPC, la mise œuvre de formations au handicap.

**M. le président.** L'amendement n° 377 rectifié *bis* n'est pas soutenu.

La parole est à M. Yves Daudigny, pour présenter l'amendement n° 541.

**M. Yves Daudigny.** Cet amendement vise à rendre obligatoire dans le DPC la mise en œuvre de formations au handicap et ainsi à renforcer l'effectivité des dispositions de l'article L. 1110-1-1 du code de la santé publique.

Le niveau de connaissance sur les handicaps, leurs conséquences sur l'état de santé et leur prise en charge reste largement insuffisant. L'évolution des pratiques est pourtant essentielle pour rendre le système de santé accessible et lutter contre le renoncement aux soins, mais aussi contre la surmédicalisation.

Cet amendement vise ainsi à donner les outils aux professionnels de santé afin qu'ils soient préparés à faire face à des situations parfois complexes. Leur formation est un enjeu important pour transformer leurs pratiques, dépasser les peurs et acquérir une connaissance plus fine des situations de handicap.

Tout professionnel de santé sera amené à un moment de sa carrière à intervenir auprès d'un malade handicapé. Il n'est pas envisageable de ne former qu'une partie des professionnels qui « s'intéressent » au handicap !

**M. le président.** La parole est à M. Dominique Watrin, pour présenter l'amendement n° 765.

**M. Dominique Watrin.** Cet amendement est identique à ceux qui viennent d'être défendus. Je fais donc miens les arguments qui ont été avancés par mes collègues.

La loi du 11 février 2005 avait inscrit au sein du code de la santé publique l'obligation d'intégrer dans la formation initiale et continue une formation spécifique au handicap. Il n'est pas inintéressant de rappeler les termes de la loi : « Les professionnels de santé et du secteur médico-social reçoivent, au cours de leur formation initiale et continue, une formation spécifique concernant l'évolution des connaissances relatives aux pathologies à l'origine des handicaps et les innovations thérapeutiques, technologiques, pédagogiques, éducatives et sociales les concernant, l'accueil et l'accompagnement des personnes handicapées, ainsi que l'annonce du handicap ».

Il est question ici d'innovation et donc d'évolution. Il paraît donc absolument nécessaire que cette disposition soit renforcée en rendant obligatoire dans le développement professionnel continu – consacré par le présent texte – la mise en œuvre des formations au handicap.

**M. le président.** La parole est à Mme Marie-Christine Blandin, pour présenter l'amendement n° 1091.

**Mme Marie-Christine Blandin.** Comme viennent de l'expliquer mes collègues, cet amendement vise à rendre obligatoire dans le développement professionnel continu la mise œuvre de formations au handicap.

Bien que la loi du 11 février 2005 ait inscrit au sein du code de la santé publique l'obligation d'intégrer dans la formation initiale et continue une formation spécifique au handicap, les professionnels de santé sont encore aujourd'hui insuffisamment informés sur le handicap et son impact sur la vie quotidienne des personnes qui en souffrent.

Il s'agit de lutter contre les refus de soin et la surmédicalisation afin d'améliorer la prise en charge de ces personnes. Voilà pourquoi il paraît important d'améliorer la formation sur ce point.

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

**Mme Élisabeth Doineau, corapporteur.** Mes chers collègues, comme précédemment, votre préoccupation me paraît tout à fait louable.

Je rappelle néanmoins que cet article a été élaboré avec l'ensemble des professionnels de santé, lesquels ont été unanimement satisfaits. Certes, ils peuvent ensuite souhaiter voir figurer dans la loi certaines précisions, mais ne serait-ce pas, comme nous l'avons souligné à de nombreuses reprises, alourdir le texte ? Au final, cela pourrait constituer une non-garantie d'exécution plutôt que l'inverse !

L'article L. 1110-1-1 du code de la santé publique dispose que « les professionnels de santé et du secteur médico-social reçoivent, au cours de leur formation initiale et continue, une formation spécifique concernant l'évolution des connaissances relatives aux pathologies à l'origine des handicaps et les innovations thérapeutiques, technologiques, pédagogiques, éducatives et sociales les concernant, l'accueil et l'accompagnement des personnes handicapées, ainsi que l'annonce du handicap ». Il me semble donc que vous souhaitiez renforcer une obligation déjà existante.

Par ailleurs, l'article 28 prévoit une garantie *via* le portfolio qui retracera le parcours de formation professionnelle continue. Ce dispositif sera supervisé par les professionnels de santé et les autorités qui leur sont inhérentes. Ils sauront donc pointer les actualisations nécessaires.

J'entends bien que les populations changent, que les thérapeutiques évoluent et que la formation est indispensable. Mais, justement, ce portfolio permettra la traçabilité des formations dispensées aux professionnels. C'est une garantie suffisante.

Certes, le sujet est éminemment important, mais il a déjà été beaucoup discuté, notamment lors de l'examen de l'article 1<sup>er</sup>.

La commission demande donc le retrait de ces amendements, mais aimerait connaître l'avis du Gouvernement.

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

**Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État.** Cela n'aura échappé à personne ici, l'accès au soin des personnes handicapées est l'une de mes priorités, ainsi que du ministre de la santé.

Force est de reconnaître que la grande majorité des médecins et des professionnels de santé ne sont pas formés au handicap. Je suis bien placée pour le savoir en tant que professionnelle de santé.

Nous devons donc travailler au quotidien à résoudre ce problème. Il est impératif que les médecins soient mieux formés à la question du handicap en général, à la fois en formation initiale et en formation continue.

Plusieurs d'entre vous l'ont souligné, ainsi que Mme la rapporteur : la formation des médecins au handicap figure déjà dans la loi de 2005. Or, malgré cela, les médecins ne sont toujours pas suffisamment formés au handicap. Inscrire une deuxième fois cette obligation dans la loi n'améliorera donc pas forcément la situation...

Un certain nombre de travaux sont en cours pour améliorer cette situation.

D'abord, il faut traiter la question de la formation initiale. Avec les situations de vulnérabilité, le handicap est désormais pris en compte dans la formation initiale des jeunes médecins. Puis, il faut, comme je vous l'ai dit, se pencher également sur la question du DPC et de l'arrêté annuel. Le handicap fait également partie des thèmes prioritaires de cet arrêté. Voilà pour la question du handicap en général.

Reste la question de l'autisme, qu'il est également important d'aborder dans le cadre de la formation des professionnels. Comme vous le savez, des recommandations de la Haute Autorité de santé sur les enfants en date de 2012 doivent être diffusées à l'ensemble des professionnels – pas seulement les professionnels de santé – qui, d'une façon ou d'une autre, accompagnent les enfants souffrant d'autisme.

La ministre de la santé a décidé qu'il s'agissait clairement d'une priorité. Le cahier des charges est en cours de rédaction pour le DPC, car il est nécessaire que les formations dispensées soient conformes aux recommandations de la Haute Autorité de santé de 2012, comme je l'ai d'ailleurs annoncé lors du Conseil national sur l'autisme, en avril dernier.

Je complète mon propos sur l'autisme en vous disant qu'un travail similaire est en cours pour l'ensemble des professionnels. Il a notamment été demandé cette année aux écoles du travail social de nous faire connaître le résultat des programmes scolaires mis en place sur le handicap, en particulier sur l'autisme.

Bien sûr, des consignes ont été données pour que leurs enseignements respectent les recommandations de la Haute Autorité de santé. *Idem* pour toutes les écoles du paramédical, notamment sur l'autisme.

Il est extrêmement important que vous connaissiez ces détails, car vous êtes nombreux ici à être très impliqués sur les questions du handicap et de l'autisme. La formation des professionnels de santé ne se résume pas à la loi, sinon la loi de 2005 aurait été suffisante. Malheureusement, une telle formation n'est pas forcément mise en place partout. Un gros travail d'organisation reste à réaliser, ce que nous faisons.

Pour toutes ces raisons, et principalement parce que la mesure que vous proposez figure déjà dans une loi, le Gouvernement émet un avis défavorable.

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n<sup>os</sup> 360 rectifié *quater*, 541, 765 et 1091.

*(Les amendements ne sont pas adoptés.)*

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

L'amendement n° 150 rectifié, présenté par MM. Gilles et Mouiller, Mme Cayeux, MM. de Nicolaÿ, B. Fournier, Commines, Charon, César, Falco et Lefèvre, Mmes Deromedi, Hummel et Garriaud-Maylam, M. Trillard et Mmes Mélot, Micouleau et Gruny, est ainsi libellé :

Alinéa 11, dernière phrase

Rédiger ainsi cette phrase :

Les professionnels salariés informent leur employeur de leur choix.

La parole est à M. Philippe Mouiller.

**M. Philippe Mouiller.** La rédaction initiale de cette dernière phrase – « Pour les professionnels salariés, ce choix s'effectue en lien avec l'employeur. » – est contraire à l'esprit de l'article dans la mesure où il est affirmé précédemment qu'il s'agit d'un choix personnel.

C'est au professionnel de santé salarié d'arrêter son choix en fonction des priorités définies à l'article L. 4021-2 du code de la santé publique et d'en informer son employeur.

On peut considérer que le professionnel est apte à choisir par lui-même, parmi les modules proposés, celui qui convient le mieux à l'exercice de sa profession.

**M. le président.** L'amendement n° 201 rectifié, présenté par M. Barbier et Mme Malherbe, est ainsi libellé :

Alinéa 11, dernière phrase

Remplacer les mots :

s'effectue en lien avec

par les mots :

est porté à la connaissance de

La parole est à M. Gilbert Barbier.

**M. Gilbert Barbier.** Cet amendement va un peu dans le même sens que le précédent, mais avec une rédaction différente.

À la suite de la proposition, par les conseils nationaux, de la mise en place d'un parcours pluriannuel, le professionnel choisit les actions auxquelles il s'inscrit.

S'il est logique que les professionnels salariés avertissent leur employeur, les mots « s'effectue en lien avec » risquent de créer un lien de subordination et, par conséquent, une pression éventuelle sur le salarié. Cela n'est pas acceptable, notamment pour ce qui concerne les praticiens hospitaliers, auxquels il appartient de choisir la formation qui leur paraît la plus satisfaisante au regard de l'exercice de leur profession.

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

**Mme Élisabeth Doineau, corapporteur.** Il faut en effet que les professionnels disposent d'un libre choix en matière de DPC.

La commission est favorable à l'amendement n° 201 rectifié de Gilbert Barbier, qui lui a semblé plus intéressant que l'amendement n° 150 rectifié de Philippe Mouiller, et souhaite aussi connaître l'avis du Gouvernement.

Pour en revenir au portfolio que j'évoquais précédemment et qui retrace les formations suivies par le professionnel sur une durée de trois ans, celui-ci est supervisé par les différents ordres, mais pas seulement. En effet, les professions libérales ne sont pas seules concernées et un certain nombre d'orga-

nismes contrôlent l'intérêt et la pertinence du choix effectué par les professionnels de santé. Pour autant, nous souscrivons au principe de la liberté de choix du professionnel.

La commission émet donc un avis favorable sur l'amendement n° 201 rectifié.

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

**Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État.** Si je comprends bien, ces deux amendements visent à faire en sorte que les médecins puissent choisir en toute indépendance leur formation, sans que soit émis un avis quelconque par leurs collègues au sein de l'établissement public de santé.

Actuellement, ce ne sont pas les directeurs d'hôpitaux qui décident des plans de formation, mais les commissions médicales d'établissement, les CME, instances au sein desquelles siègent, comme leur nom l'indique, des médecins, qu'ils soient praticiens hospitaliers, PH, ou professeurs des universités-praticiens hospitaliers, PUPH, qui prennent leurs décisions en fonction des priorités de l'établissement.

Mesdames, messieurs les sénateurs, être praticien hospitalier, c'est travailler au sein d'un établissement public de santé. Or les priorités des établissements diffèrent selon la population locale, le type de patients et de pathologies prises en charge. Il est donc normal d'assurer une certaine cohérence. On ne peut laisser, par exemple, tous les professionnels suivre la même formation, au détriment d'autres ou au détriment d'une certaine pluridisciplinarité. Il s'agit, au contraire, de réunir toutes les compétences au sein d'un même établissement.

Par ailleurs, un professionnel de santé qui travaille dans un établissement public de santé doit s'y intégrer.

Pour toutes ces raisons, il est très important que la CME soit responsable du plan de formation.

Si j'ai bien compris, vous craignez que des formations ne soient imposées par un directeur d'établissement à un professionnel de santé. Mais cela ne s'est jamais vu !

Il peut arriver – soyons réalistes, cela continuera d'être le cas – qu'il y ait parfois trop de demandes : un très grand nombre de professionnels souhaitent suivre telle formation telle année, et des refus sont donc opposés, faute de financements. Mais que des formations soient imposées à des professionnels de santé par un directeur, en réalité, cela n'arrive jamais.

L'avis est donc défavorable.

**M. le président.** La parole est à Mme Catherine Génisson, pour explication de vote.

**Mme Catherine Génisson.** Le sujet est complexe. J'entends bien Mme la secrétaire d'État, selon laquelle un directeur d'hôpital ne peut pas imposer une formation à un professionnel de santé. C'est une réalité.

En revanche, et elle l'a également indiqué, beaucoup de formations sont refusées.

Autre point très juste, c'est au niveau de la CME que doit pouvoir être examiné l'accès aux formations des professionnels de santé, en fonction tout à la fois des projets médicaux des services, des pôles et de l'établissement. Or cela ne figure pas dans le projet de loi, où il est uniquement fait référence à la relation entre le professionnel de santé et l'employeur.



Or l'employeur, c'est le directeur de l'hôpital, et non la CME, laquelle n'a qu'un rôle consultatif. La rédaction de l'alinéa 11 pose donc problème. Peut-être faudrait-il prévoir « après consultation » ou « après avis » ?

Ce qui gêne dans cet alinéa, c'est la relation directe qu'il tend à prévoir entre le professionnel de santé et l'employeur.

Il est évident que ce professionnel ne saurait demander une formation n'ayant rien à voir avec les fonctions qu'il exerce dans son service et dans son pôle au sein de l'établissement de santé. Il n'en reste pas moins que la rédaction de l'alinéa 11 occulte le rôle de la CME.

**M. le président.** La parole est à M. Gérard Roche, pour explication de vote.

**M. Gérard Roche.** Les explications de Mme la secrétaire d'État me satisfont tout à fait. On ne peut accepter, en effet, qu'un médecin travaillant dans un établissement de santé se voie imposer une formation qui ne l'intéresserait pas ou qui ne serait pas en lien direct avec ses aspirations professionnelles.

On ne peut pas accepter non plus qu'un médecin décide tout seul de suivre telle ou telle formation, sans tenir compte des besoins en formation, au sein de l'établissement de santé, de la collectivité médicale. Faire de la CME l'organe décisionnel constitue la meilleure des solutions.

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

**M. Gilbert Barbier.** Mme Génisson vient de soulever un problème majeur.

Je rappelle les termes de l'alinéa 11 du présent article : « Chaque professionnel choisit les actions auxquelles il s'inscrit. Pour les professionnels salariés, ce choix s'effectue en lien avec l'employeur. »

Les professionnels salariés, madame la secrétaire d'État, ce sont les praticiens hospitaliers, et leur employeur est le directeur de l'hôpital. Lorsque j'étais PH – c'est un point commun que j'ai avec Mme Génisson –, mon employeur était le directeur, et non la CME...

Par ailleurs, le professionnel de santé n'est pas forcément lié à vie à un établissement. Il peut très bien envisager de faire une formation complémentaire pour évoluer dans sa carrière. C'est une liberté accordée à tous les salariés, à l'hôpital comme ailleurs.

Que l'on refuse une formation à un professionnel pour des raisons de coût, soit, mais, madame Génisson, lui imposer de suivre une formation précise, ce serait du jamais-vu, notamment dans le monde médical !

**M. Philippe Mouiller.** Monsieur le président, je retire mon amendement !

**M. le président.** L'amendement n° 150 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 201 rectifié.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 1080, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 11

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Il a également pour objectif l'actualisation des formations, notamment en matière de risques pour la santé liés à des facteurs d'environnement.

La parole est à Mme Marie-Christine Blandin.

**Mme Marie-Christine Blandin.** La santé environnementale concerne l'ensemble des effets, sur la santé de l'homme, de ses conditions de vie – expositions environnementales ou professionnelles – ou de la contamination des milieux – eau, air, sol, etc.

Pour répondre à ces enjeux pluridisciplinaires, la question de la formation est centrale, en particulier pour une meilleure prise en compte du risque chimique et une actualisation des connaissances à partir des recherches récentes.

Les premier et deuxième plans nationaux santé-environnement, ou PNSE 1 et 2, prévoyaient d'intégrer la dimension de la santé-environnement dans les formations destinées à différentes catégories de publics, mais les objectifs n'ont pas été atteints.

Avec le troisième plan national santé-environnement, ou PNSE 3, et la feuille de route de la Conférence environnementale, le Gouvernement s'engage à compléter les dispositions existantes.

L'objet de cet amendement est d'avancer sur la question, ce qui est d'autant plus urgent que les connaissances scientifiques et médicales évoluent très rapidement.

Si nous voulons que les maladies chroniques liées à nos modes de vie ou à la pollution soient mieux prévenues, diagnostiquées et prises en charge, un objectif que nous partageons toutes et tous, il est indispensable d'adopter cet amendement.

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

**Mme Élisabeth Doineau, corapporteur.** Ce qui était indispensable, ma chère collègue, c'était d'aborder tous ces sujets touchant à la santé environnementale. Le Sénat l'a fait, à l'instar du Gouvernement et de l'Assemblée nationale, et nos précédents débats sur ce projet de loi ont montré combien nous avons enrichi le texte à cet égard.

Cet amendement n'est pas à sa place : il n'est pas utile d'inscrire l'alinéa que vous proposez à cet endroit du projet de loi. Au surplus, comme d'autres amendements, celui-ci semble plutôt relever du domaine réglementaire.

Je vous demande donc de bien vouloir le retirer.

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

**Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État.** L'objectif de cet amendement, encore une fois, est louable. Il convient en effet de former les professionnels de santé aux risques liés aux facteurs environnementaux. Mais je vous ferai la même réponse que précédemment : les thématiques prioritaires du développement professionnel continu sont prévues chaque année par arrêté.

Imaginons que vous ayez adopté, depuis le début de la présente séance, tous les amendements visant à inscrire dans la loi tels ou tels thèmes de formation : ils y figureraient de façon permanente ! Comment ferait-on si, l'année prochaine ou la suivante, un nouveau thème devait apparaître comme étant prioritaire ? Cela reviendrait à rigidifier énormément le système. C'est la raison pour laquelle on a recours à des arrêtés : ceux-ci, par définition, peuvent être modifiés chaque année, ce qui n'est pas le cas de la loi.

Si l'on commence à construire la formation des professionnels *via* la loi, en y inscrivant tous les thèmes qui apparaissent comme étant prioritaires à un moment donné, cela deviendra très compliqué...

Je tiens à vous rassurer, madame la sénatrice : parmi les thèmes prioritaires de formation qui figureront dans l'arrêté relatif au DPC – il fait actuellement l'objet d'une concertation réunissant tous les collèges nationaux professionnels –, sera aussi inscrit celui des effets sur la santé des facteurs environnementaux, tout comme les thèmes de la précarité et du handicap.

Cela est d'autant plus justifié que la question de la formation en santé environnementale a été abordée, vous l'avez dit, dans le cadre du PNSE pour les années 2015-2019, lequel donnera lieu à un bilan. Les parlementaires connaîtront ainsi les résultats, en matière de santé environnementale, du renforcement des programmes de formation à destination des professionnels de santé.

Votre amendement étant satisfait, j'é mets un avis défavorable.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1080.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 767, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 11

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le parcours pluriannuel de développement professionnel comprend des modules de formation sur la santé des femmes, notamment concernant la contraception, l'interruption volontaire de grossesse, la ménopause, ainsi que sur les violences.

La parole est à Mme Laurence Cohen.

**Mme Laurence Cohen.** Notre délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes a évoqué la question spécifique de la santé des femmes, notamment dans le rapport présenté par Françoise Laborde. Nous avons souligné que, si cette spécificité portait bien évidemment sur les questions de contraception et d'interruption volontaire de grossesse, elle concernait également les questions relatives à la ménopause et les conséquences des violences faites aux femmes.

Le groupe communiste, républicain et citoyen estime qu'il est extrêmement important d'introduire dans le parcours du développement professionnel pluriannuel des modules de formation sur la santé des femmes. Cette problématique, qui n'est pas suffisamment prise en compte, doit être mise en exergue.

Des études récentes montrent d'ailleurs que les femmes sont aussi très touchées par les maladies cardio-vasculaires. La question mérite donc vraiment réflexion, car il faut pouvoir apporter aux médecins une formation complémentaire sur cette question spécifique.

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

**Mme Élisabeth Doineau, corapporteur.** Ma chère collègue, l'ensemble de la commission est sensible au sujet que vous évoquez. Nous avons d'ailleurs déjà eu un débat sur les données sexuées, que vos contributions ont enrichi.

Cependant, mon avis, que vous estimerez certainement décevant, sera le même que sur les autres sujets déjà abordés. Si la question que vous soulevez est, bien sûr, éminemment importante, on ne peut cependant pas tout écrire dans la loi. Votre amendement relève du domaine réglementaire. Mme la secrétaire d'État nous indiquera si une attention plus particulière sera portée à la santé des femmes, l'année prochaine, dans les formations.

Je vous demande donc de retirer votre amendement ; à défaut, l'avis de la commission sera défavorable.

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

**Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État.** En ce qui concerne la série d'amendements que nous examinons, relatifs au handicap, à la précarité et maintenant aux femmes, je suis vraiment la bonne personne pour défendre aujourd'hui la position du Gouvernement ! Car ces thèmes, qui me tiennent à cœur, je ne cesse de les défendre.

Le Gouvernement veut vraiment améliorer la formation des professionnels de santé sur ces questions, en particulier sur les violences faites aux femmes. Telle est la volonté de la ministre de la santé, qui est également la ministre des droits des femmes. Elle a d'ailleurs annoncé ce matin même la mise en place d'un numéro vert pour informer tous ceux qui le souhaitent, notamment les femmes et les jeunes filles, sur la contraception et l'IVG. Toutes les mesures prises depuis trois ans vont dans le même sens, celui d'une meilleure information, à la fois sur la contraception et sur les violences faites aux femmes.

Néanmoins, ma réponse sera la même que celle que j'ai déjà donnée sur les autres sujets : la santé des femmes fera partie des thèmes prioritaires du DPC dans l'arrêté qui sera publié prochainement. Ce thème ne sera pas réduit à l'interruption volontaire de grossesse, à la contraception ou aux violences faites aux femmes.

Comme vous l'avez très bien dit, madame la sénatrice, la santé des femmes est un thème plus global. En effet – il faut être réaliste –, durant des années, l'enseignement en matière de santé, en particulier à destination des professions médicales, a été conçu par des hommes et pour les hommes. De nombreuses études cliniques ont été conduites uniquement sur un public masculin, car on considérait probablement que les conclusions devaient être les mêmes pour les femmes.

De façon plus globale, la médecine, elle aussi, a été conçue par les hommes et pour les hommes. Il est donc extrêmement important qu'il y ait maintenant un « rattrapage » sur la question de la santé des femmes.

C'est la raison pour laquelle Marisol Touraine a retenu ce thème parmi les questions prioritaires, notamment pour ce qui est des maladies cardio-vasculaires, mais aussi des cancers. Toutes ces questions ont besoin d'être actualisées. Je pense également aux maladies professionnelles : pendant longtemps, on s'est intéressé à celles qui touchaient essentiellement la population masculine. Il faut maintenant se pencher sur celles qui concernent les femmes, puisqu'il y a encore des métiers féminins.

Tous ces points seront donc traités prioritairement dans le cadre plus global de la santé des femmes. C'est la raison pour laquelle l'avis sera défavorable, même si le Gouvernement travaille bien évidemment dans le sens souhaité par les auteurs de cet amendement.

**M. le président.** Madame Cohen, l'amendement n° 767 est-il maintenu ?

**Mme Laurence Cohen.** Madame la secrétaire d'État, pour vous avoir croisée en d'autres occasions, je n'ai pas de doute sur votre engagement en faveur de l'égalité entre les femmes et les hommes. Nous maintiendrons néanmoins notre amendement parce que, comme vous l'avez souligné, un rattrapage doit être effectué.

Alors que la médecine a longtemps été faite par les hommes et pour les hommes, il me paraît symbolique que notre préoccupation soit inscrite dans la loi. Nous avons d'ailleurs maintenu d'autres amendements afin de montrer l'importance de faire figurer dans la loi les sujets que nous estimons importants, notamment la formation professionnelle.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 767.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 1081, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 12

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Il encourage les professionnels de santé à informer et à préserver leurs patients des risques pour la santé liés à des facteurs d'environnement et des conditions de vie susceptibles de l'altérer.

La parole est à Mme Marie-Christine Blandin.

**Mme Marie-Christine Blandin.** Cet amendement converge avec l'amendement n° 1080 que je viens de défendre : il s'agit de promouvoir des actions en matière de santé environnementale. Pour ne pas reprendre les mêmes arguments, je me contenterai de citer deux exemples, l'un pris dans la vie professionnelle et l'autre dans la vie quotidienne.

Dans le milieu professionnel, si une femme en âge de procréer est salariée dans une usine de solvants, elle pourra, si elle est bien informée par son médecin et avec le consentement de son employeur, être tenue à l'écart des postes où sont manipulés les éthers de glycol. Nous éviterons ainsi des détresses et des drames personnels, avec des enfants nés de sexe indéterminé ou des désordres dans la fabrication de l'appareil urogénital, et économiserons beaucoup d'argent.

Dans la vie quotidienne, on s'aperçoit, par exemple, que des familles d'agriculteurs sont victimes des drames que je viens de citer en raison de l'utilisation de certains pesticides. Sachez aussi qu'on rencontre ces troubles de la reproduction chez un nombre significatif de personnes végétariennes. Elles souhaitent adopter une meilleure hygiène de vie en mangeant moins de viande, mais, si elles ne s'alimentent pas avec des légumes biologiques, elles reçoivent une charge de pesticides incroyablement supérieure à celle d'une personne qui aurait une alimentation plus variée.

Un médecin bien formé pourra donner des conseils de base qui permettront d'éviter des drames aux répercussions financières coûteuses.

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

**Mme Élisabeth Doineau, corapporteur.** Ma chère collègue, je vous remercie de nous rappeler que, dans certains métiers, l'exposition aux dangers pour la santé peut être très forte. Pour mémoire, l'une des premières fois où les femmes ont été

exposées à un produit nocif pour leur santé était lorsqu'elles manipulaient des aiguilles pour les placer dans les horloges, car ces aiguilles étaient trempées dans du radium.

Il faut donc être attentif à l'environnement dans lequel le travail est effectué. Les tâches, les outils et les matériaux évoluent sans cesse, avec le risque que de nouvelles maladies apparaissent. Nous devons y prêter une attention de tous les jours.

Néanmoins, je vous demanderai de retirer votre amendement ; sinon, la commission y sera défavorable. Comme nous l'avons déjà dit à plusieurs reprises, tout ne peut pas figurer dans l'article 28, que la commission estime très équilibré.

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

**Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État.** L'avis est également défavorable, pour les raisons que j'exposais précédemment. C'est une priorité du Gouvernement qui sera inscrite parmi les thèmes prioritaires du DPC dans l'arrêté qui sera bientôt publié.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1081.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 1141, présenté par M. Pellevat, n'est pas soutenu.

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

L'amendement n° 528, présenté par Mmes D. Gillot et Génisson, M. Daudigny, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Campion et Claireaux, M. Durain, Mmes Emery-Dumas et Féret, MM. Godefroy, Jeansannetas et Labazée, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mme Yonnet et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 16

Remplacer les mots :

, à la dimension scientifique du

par le mot :

au

La parole est à Mme Dominique Gillot.

**Mme Dominique Gillot.** Cet amendement vise à donner de la latitude aux universités pour intervenir dans le développement de la formation continue des professionnels de santé, que ce soit d'un point de vue scientifique, pédagogique ou méthodologique.

La formation initiale des professions de santé, dans laquelle l'université joue un rôle majeur, repose sur des référentiels de compétences qui procurent aux diplômés une qualification pour l'exercice de leur profession.

Les progrès constants en matière de santé imposent que les professionnels de santé puissent en permanence se requalifier pour pouvoir exercer leur métier dans les meilleures conditions. C'est d'ailleurs l'objet de la formation continue des médecins diplômés.

L'université a aussi, par son expertise pédagogique, toute sa place en matière de DPC. Cette expertise évolutive, créatrice de dynamiques et de partage des connaissances, ne peut être limitée à la seule dimension scientifique. Sa participation permet, par ailleurs, d'établir un continuum entre formation initiale et DPC, partie intégrée de la formation continue indispensable.

Par ailleurs, les innovations pédagogiques qui y sont développées, comme les plateformes d'échanges, les enseignements numériques, le développement de simulateurs ou la pédagogie inversée, lui permettent de contribuer au DPC, aussi bien pour la requalification des connaissances que pour les évaluations des pratiques professionnelles.

Cet amendement permet d'associer l'université dans toute sa dimension au développement de la formation des professionnels.

**M. le président.** L'amendement n° 769, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Alinéa 16

Après les mots :

dimension scientifique

insérer les mots :

et psychologique

La parole est à Mme Laurence Cohen.

**Mme Laurence Cohen.** La discussion qui a eu lieu à l'article 26 bis B, à propos de plusieurs amendements identiques des groupes socialiste, écologiste et du nôtre, le groupe CRC, visant réintroduire la dimension psychologique dans le projet d'établissement, est tout à fait significative. Nous nous réjouissons que, malgré l'avis défavorable donné par la majorité de la commission des affaires sociales, cette idée ait pu l'emporter et que l'article 26 bis B ait été rétabli.

L'intervention de Marisol Touraine allait d'ailleurs en ce sens. Elle a indiqué que « jusqu'à l'adoption de la loi HPST, la psychologie était spécifiquement identifiée comme contribuant au projet de l'hôpital. La suppression de cette mention en 2009 a abouti à un déclassement de fait de la reconnaissance accordée à ces professionnels et à l'accompagnement qu'ils assurent. »

Cette constatation rend d'autant plus incompréhensible le fait que ce projet de loi n'aborde qu'à la marge la psychologie en tant que discipline et, pire, ne donne ou ne redonne pas à cette occasion un statut aux psychologues.

À l'heure où, dans notre société, la dimension psychologique est centrale dans l'explication et l'analyse du comportement d'une personne, à l'heure où suivre une psychothérapie n'apparaît plus comme un sujet tabou, il est paradoxal de constater tant de résistances à la reconnaissance du travail des psychologues !

Devant ces faiblesses et ces manques criants, il est indispensible, quel que soit le suivi médical, de prendre en compte la dimension psychologique du patient, car, on le sait, il existe des imbrications très subtiles et fondamentales entre le corps et la psyché.

Aussi pensons-nous que, lors de leur formation, les professionnels de santé doivent impérativement être sensibilisés à cette discipline relevant des sciences humaines.

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

**Mme Élisabeth Doineau, corapporteur.** Alors que la loi HPST ne la prévoyait pas, la participation de l'université a justement été introduite dans ce projet de loi - on entend bien par là son expertise pédagogique et le lien essentiel entre formation initiale et formation continue. C'est un point à noter, car la participation de l'université est une notion très importante.

La commission a émis un avis favorable sur l'amendement présenté par Mme Gillot, parce qu'il nous a semblé important d'élargir la participation de l'université au développement professionnel continu, au-delà de la seule dimension scientifique.

En revanche, elle est défavorable à l'amendement de Mme Cohen, qui vise à introduire la notion de « dimension psychologique » à l'alinéa 16 de l'article 28.

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

**Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État.** L'avis est le même que celui de la commission en ce qui concerne l'amendement n° 528, qui vise à appréhender de façon globale le rôle de l'université dans les formations, *via* le DPC. Le rôle de l'université dépasse effectivement la seule dimension scientifique.

L'avis du Gouvernement est donc favorable.

En ce qui concerne le second amendement, il est évidemment crucial, pour un professionnel de santé, de tenir compte de la dimension psychologique de la prise en charge d'un patient. Il convient donc que les professionnels de santé puissent travailler sur ce domaine au cours de leur formation, tant initiale que continue. C'est pourquoi des programmes de DPC peuvent intégrer cette dimension.

Toutefois, je le redis, on n'inscrit pas dans la loi toutes les composantes que devra contenir la formation.

En outre, si votre amendement était adopté, madame la sénatrice, la dimension psychologique de la formation médicale semblerait relever de la seule compétence de l'université. Or c'est l'ensemble des professionnels de la formation qui doivent la prendre en compte.

C'est pourquoi mon avis est défavorable.

**M. le président.** La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

**Mme Laurence Cohen.** Je ne suis pas convaincue par les arguments de Mme la secrétaire d'État.

Néanmoins, je vais retirer mon amendement, pour une autre raison. En effet, l'amendement n° 528 tend à rédiger de manière plus large l'alinéa 16 de l'article 28, qui disposera que « l'université participe, par son expertise pédagogique dans le domaine de la formation initiale et continue des professionnels de santé, au développement professionnel continu ». Dans la mesure où cet amendement a fait l'objet d'un avis favorable, il serait absurde d'ajouter la dimension psychologique au contenu de cette formation, d'où mon retrait.

J'espère toutefois que mon intervention concernant la prise en compte de la dimension psychologique et le statut des psychologues - ce n'est pas la première en ce domaine - trouvera un écho à l'occasion d'un autre véhicule législatif, puisque ce n'est jamais le bon... Je souhaite ainsi qu'il y ait très prochainement une réforme digne de ce nom et allant dans l'intérêt des professionnels de santé, notamment des psychologues.

Je retire donc l'amendement, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 769 est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 528.

(L'amendement est adopté.)

**M. le président.** L'amendement n° 202 rectifié, présenté par MM. Barbier, Mézard, Guérini, Arnell, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin, Requier et Vall, est ainsi libellé :

Alinéa 17, seconde phrase

Rédiger ainsi cette phrase :

Les professionnels de santé déclarent avoir satisfait leur obligation de développement professionnel continu près des instances ordinales pour les professionnels de santé relevant d'un ordre professionnel, et pour les autres professionnels de santé aux employeurs et aux autorités compétentes, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

La parole est à M. Gilbert Barbier.

**M. Gilbert Barbier.** Monsieur le président, dans la mesure où la Haute Assemblée a adopté précédemment l'amendement n° 201 rectifié, je retire cet amendement.

**M. le président.** L'amendement n° 202 rectifié est retiré.

L'amendement n° 764, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 23

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Le nombre d'heures minimales de formation est dispensé.

La parole est à M. Dominique Watrin.

**M. Dominique Watrin.** La formation professionnelle continue en santé constitue pour nous un élément clef de la qualité des soins dispensés.

Des professionnels bien formés, ouverts tant aux traitements et de protocoles de santé disponibles qu'à la spécificité des conditions sanitaires de la population ainsi qu'aux attentes des patients, sans oublier la connaissance de l'environnement pluridisciplinaire dans lequel ils agissent : voilà sans doute ce que nous devons viser.

Or le présent projet de loi nous semble, à cet égard, très en deçà des besoins, car, s'inscrivant dans le cadre des contraintes financières actuelles, il invite en conclusion à adapter le dispositif en passant d'une obligation annuelle de formation continue à une obligation triennale. En outre, il n'intègre pas d'évaluation suffisante des dispositifs ni de système de sanctions.

Il n'y a donc pas assez de garantie, selon nous, de l'effectivité de cette obligation de formation continue des professionnels de santé. On peut se demander si ce projet de loi répond vraiment au rapport de l'IGAS sur ce sujet. On peut en effet lire dans ce document qu'il peut arriver, dans le système actuel, qu'un professionnel de santé ne suive que quelques heures de formation continue, sans rapport avec sa profession.

Il ne semble donc pas certain que ce projet de loi améliore réellement les choses. Dans ce contexte, il nous paraît important de préciser la consistance et le nombre d'heures de stage et de formation suivies par le professionnel de santé, afin d'appréhender réellement les efforts accomplis.

Tel est l'objet de cet amendement.

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

**Mme Élisabeth Doineau, corapporteur.** Cher collègue, j'entends bien votre souhait de fixer un nombre minimal d'heures de formation. Toutefois la quantité est-elle facteur de qualité ? Je n'en suis pas sûre... En outre, fixer dans la loi le nombre minimal d'heures de formation me semble aller très loin.

Je veux par ailleurs vous rappeler que le texte souligne le rôle pivot, central, des conseils nationaux professionnels, lesquels définiront le parcours pluriannuel du DPC. En outre, l'ensemble des actions sera à retracer dans un document, le « portfolio », dont j'ai précédemment indiqué la raison d'être. La traçabilité de la qualité et de la réalité des heures de formation sera donc bien assurée.

C'est pourquoi la commission vous demande de retirer votre amendement, faute de quoi elle émettra un avis défavorable.

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

**Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État.** Le Gouvernement est du même avis que la commission.

En effet, dans la définition du DPC par le présent projet de loi la nécessité pour les conseils nationaux professionnels de travailler à la conception du parcours de DPC qui soit adaptée et fonction des besoins de chaque profession est bien prévue.

On ne peut considérer que les besoins sont identiques pour tous les types d'exercice : un professionnel libéral n'est pas dans la même situation qu'un professionnel exerçant dans un établissement. En outre, il existe des différences énormes selon les spécialités, en raison de l'évolution différenciée des découvertes en médecine. On ne peut prévoir les mêmes obligations pour une spécialité n'ayant pas connu de découverte récente que pour, par exemple, la cancérologie, où les choses évoluent très vite actuellement.

Il existe donc manifestement des besoins variables selon les évolutions de la recherche.

En outre, il faut faire confiance à ces conseils nationaux professionnels et aux professionnels de santé eux-mêmes. Ce sont eux qui connaissent le mieux les besoins de formation. Je vous signale d'ailleurs qu'une concertation est en cours avec les CNP pour définir le parcours minimal de DPC permettant au professionnel de satisfaire à son obligation de formation.

Introduire cet élément dans la loi rigidifierait donc le système sans garantie d'efficacité, parce que le minimum d'heures prévu ne garantirait pas que les professionnels seront formés dans le domaine pertinent.

C'est pourquoi j'émet un avis défavorable.

**M. Dominique Watrin.** Je maintiens l'amendement !

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 764.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

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

*(L'article 28 est adopté.)*

#### Articles additionnels après l'article 28

**M. le président.** L'amendement n° 431, présenté par M. Malhuret, est ainsi libellé :

Après l'article 28

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 4113-13 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4113-13... ainsi rédigé :

« Art. L. 4113-13... - Les membres des professions médicales qui ont des liens avec des entreprises et établissements produisant ou exploitant des produits de santé ou des organismes de conseil intervenant sur ces produits sont tenus de les faire connaître lorsqu'ils s'expriment sur de tels produits lors d'un enseignement universitaire, d'une action de formation continue, d'éducation thérapeutique, dans un livre ou sur internet.

« L'information du public sur l'existence de ces liens est faite au début de la présentation de ce professionnel, par écrit lorsqu'il s'agit d'un livre ou d'un article diffusé sur internet, par écrit ou oralement lorsqu'il s'agit d'un cours universitaire, d'une action de formation continue ou d'éducation thérapeutique.

« Les manquements aux règles mentionnées au deuxième alinéa sont punis de sanctions prononcées par l'ordre professionnel compétent. »

La parole est à M. Claude Malhuret.

**M. Claude Malhuret.** Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, voici la cinquième tentative en vingt ans de réforme de la formation médicale continue : ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, dite « ordonnance Juppé », loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, loi du 21 juillet 2009 dite « HPST » et, aujourd'hui, l'article 28 du présent projet de loi.

La multiplication des réformes prouve en elle-même que le système ne fonctionne pas. Vous le savez d'ailleurs mieux que quiconque, madame la secrétaire d'État, puisque vous disposez depuis un an du rapport de l'IGAS commandé par Marisol Touraine, qui explique pourquoi la loi ne réglera pas le problème. Ce rapport indique notamment que les crédits inscrits au budget de l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu, l'OGDPC, « ne sont pas à la hauteur d'une formation continue dispensée à l'ensemble des personnels de santé du pays ».

L'IGAS chiffre ainsi à 565 millions d'euros le coût d'une formation généralisée ; or les ressources actuelles s'élèvent à 150 millions d'euros environ. La dotation de l'État a disparu depuis 2013 et la contribution de l'industrie pharmaceutique, de 120 millions d'euros environ, n'est plus versée à l'OGDPC, mais à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, qui opère une ponction avant reversement. Les syndicats médicaux sont d'ailleurs en colère et parlent de « hold-up ».

Ce n'est donc pas par un tour de passe-passe sémantique, consistant à renommer l'OGDPC « agence nationale du développement professionnel continu », ou ANDPC, que vous résoudrez le problème. Par conséquent, l'échec du DPC perdurera, à moins que vous ne nous annonciez la seule mesure susceptible d'y porter remède : les moyens d'un budget adéquat.

Autre conséquence : ici comme ailleurs, les firmes pharmaceutiques s'engouffrent et mettent la main sur le système – à travers les contrats d'orateurs, les cadeaux, les salles mises à disposition, les restaurants étoilés ou les congrès à Marrakech – pour promouvoir, hier, leur Vioxx, leur Mediator ou

leur Isoméride et, aujourd'hui, la multitude de statines, d'antiagrégants hors de prix ou de nouveaux anticoagulants sans antidotes.

Tous ces produits sont promus par de soi-disant experts, véritables baudets à contrats et à conflits d'intérêts avec l'industrie. Mais pourquoi se gêneraient-ils, puisque vos propres services donnent l'exemple ? En effet, 39 % des vingt-huit membres du conseil de surveillance de l'OGDPC n'ont pas rempli leur déclaration publique d'intérêts obligatoire...

Puis-je vous suggérer une solution, madame la secrétaire d'État ? D'abord, dans le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale, reversez à l'ANDPC l'intégralité de la contribution qui lui est due au titre de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale. Ensuite, augmentez cette contribution pour doter suffisamment cet organisme. Pour finir, interdisez à l'industrie d'intervenir dans le DPC ; on y parlera enfin de médecine et de science et non plus de boîtes de comprimés à écouler.

Je sais que je rêve... Néanmoins, en attendant de telles mesures, madame la secrétaire d'État, remettons ensemble un peu de dignité dans ce mécanisme de la formation médicale continue. Ainsi, donnez un avis favorable sur mon amendement, bien modéré, visant à demander aux intervenants de fournir aux étudiants et aux médecins auxquels ils conseillent des traitements leur déclaration publique d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique.

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

**Mme Élisabeth Doineau, corapporteur.** Cher collègue, je ne dirai pas que nous rêvons avec vous, mais nous souhaiterions en effet que le monde de la science, du médicament et de la santé soit plus transparent.

Vous indiquez que l'IGAS met en évidence dans son rapport des insuffisances dans les déclarations d'intérêts des membres des commissions scientifiques indépendantes chargées du contrôle des formations offertes dans le cadre du DPC. Il est d'autant plus intéressant de le signaler au moment où nous évoquons ce sujet.

Néanmoins, pour les membres de ces commissions comme pour l'ensemble des professionnels de santé qui participent aux formations, les obligations de déclaration des liens d'intérêt existent déjà dans le code de la santé publique. Aussi l'amendement paraît-il satisfait ; en outre, bien que nul ne néglige la nécessité de l'indépendance de la formation des professionnels de santé, l'industrie y joue un rôle légitime.

Toutefois, nous admettons qu'il est nécessaire de traiter ce sujet et ce n'est pas au détour d'un article de projet de loi ou d'un amendement que nous pourrions changer les choses.

Nous vous demandons donc de retirer votre amendement, faute de quoi la commission émettra un avis défavorable.

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

**Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État.** Monsieur le sénateur, votre amendement vise à ce que les professionnels de santé indiquent leurs liens d'intérêt lorsqu'ils parlent d'un produit de santé, c'est-à-dire lors d'un cours ou de la publication d'un ouvrage.

Je pense que vous connaissez l'attachement du Gouvernement, notamment de la ministre de la santé, à la transparence des intérêts liant, d'une part, les professionnels de santé, les associations et les établissements de santé avec, d'autre part, les entreprises de produits de santé. C'est dans ce contexte

que le site [transparence.sante.gouv.fr](http://transparence.sante.gouv.fr) a été créé l'année dernière par Marisol Touraine, laquelle entend renforcer encore la transparence à travers le présent projet de loi ; nous examinerons ultérieurement les dispositions pertinentes, qui figurent à l'article 43 *bis*.

Bien sûr, la transparence, ici comme de manière générale, a vocation non pas à stigmatiser ces relations, mais à permettre à chacun d'apprécier objectivement les liens unissant différents acteurs. Il est effectivement utile, lorsqu'un professionnel de santé s'exprime sur un médicament, *a fortiori* devant des étudiants, de savoir s'il entretient des liens avec son producteur et si ceux-ci ont pu influencer sur son opinion.

Ainsi, dans la mesure où ces informations sont publiques, puisque publiées sur le site [transparence.sante.gouv.fr](http://transparence.sante.gouv.fr), votre amendement est, en un sens, satisfait.

Néanmoins, je suis sensible au fait que votre amendement concerne les étudiants et je ne suis pas sûre que ceux-ci consultent forcément le site [transparence.sante.gouv.fr](http://transparence.sante.gouv.fr) avant chaque cours pour vérifier si leur professeur entretient ou non des liens avec le produit qu'il présente.

C'est pourquoi le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat sur votre amendement.

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

**M. Claude Malhuret.** Tout le monde a en tête les scandales médicaux de ces dernières années. Même l'homme de la rue connaît le Mediator, grâce à Irène Frachon et non, hélas, grâce à notre système de pharmacovigilance. Mais, dans une époque de *tweets* et de *Snapchat* où un clou chasse l'autre dans la minute, nous avons déjà oublié les précédents.

Pourtant, la liste est impressionnante. Avant même le Mediator, ses 2 000 morts et les dizaines de milliers de vies brisées en France, Servier avait déjà produit l'Isoméride ; depuis, entre autres, le Protelos. Merck est à l'origine du Vioxx, qui a occasionné 35 000 morts et des centaines de milliers d'accidents cardiaques aux États-Unis. En France, ses victimes sont proportionnellement aussi nombreuses, mais on a étouffé l'affaire. Rappelons encore les centaines de milliers de victimes dans le monde du Prozac, du Deroxat et des autres antidépresseurs, sans oublier l'Opren, le Stratéra, l'hormone de croissance, l'Avandia, l'Actos et les pilules contraceptives de troisième génération. Je pourrais réciter la liste complète, mais il me faudrait beaucoup de temps.

Lisez les estimations de vos propres agences, madame la secrétaire d'État : 20 000 morts et 150 000 hospitalisations annuelles sont dues à la iatrogénie, rien qu'en France. Étant donné les énormes lacunes de notre pharmacovigilance, on peut doubler les chiffres sans crainte de se tromper. Pourtant, on met chaque jour sur le marché un peu plus de médicaments dont le rapport bénéfices-risques est mauvais.

Lisez dans la revue *Prescrire*, qui est l'honneur de notre profession, la liste des dizaines de produits dont elle demande le retrait et qui seront les scandales de demain !

Comment cela arrive-t-il ? La réponse mène à mon amendement. Il faut tout d'abord mentionner les essais cliniques biaisés, truqués ou cachés lorsqu'ils sont négatifs. Ensuite, il y a dans le monde quelques centaines d'hospitales-universitaires complices, dont quelques dizaines en France : chacun signe avec l'industrie trente contrats de recherche par an, alors qu'un essai clinique prend au minimum six mois à un an...

Par ailleurs, la presse médicale dépend désormais presque intégralement des laboratoires pour son financement et se contente donc de recopier ce qu'ils lui dictent. Enfin, en raison de l'abdication de l'État que j'ai expliquée précédemment, les firmes sont comme chez elles dans la formation médicale continue.

Je vous remercie, madame la secrétaire d'État, de prendre cet amendement en considération et de vous en remettre à la sagesse de cette assemblée. Je voudrais dire à Mme la rapporteur que j'ai entendu son avis ; néanmoins, cet amendement n'est pas satisfait par la loi actuelle en ce qui concerne l'enseignement, mais constitue plutôt le minimum du minimum.

En effet, si la loi du 4 mars 2002 a institué l'obligation de déclaration des liens d'intérêt des professionnels de santé, et que d'autres lois ont poursuivi la démarche entreprise, elles ont toutefois oublié de l'imposer dans le cadre de l'enseignement et de la formation médicale continue, comme vous venez vous-même de le rappeler. Il faut réparer cet oubli.

**M. le président.** La parole est à Mme Marie-Christine Blandin, pour explication de vote.

**Mme Marie-Christine Blandin.** Le groupe écologiste soutiendra avec force et enthousiasme cet amendement.

Ce samedi, à l'Opéra Garnier, le quotidien *Le Monde* organisait un forum. Irène Frachon s'est exprimée dans l'une des tables rondes. Elle a bien sûr rappelé les infiltrations menées par l'industrie pharmaceutique, le poids des lobbys et les vertus des alternatives, telles que *Prescrire* ou le collectif Formindep, hélas si fragiles. Elle nous a également exhortés : que la formation initiale des médecins enseigne combien les liens d'intérêt déforment l'exercice de la profession. Mais, comme le Parlement n'intervient pas sur la formation initiale, je ne peux que passer le message...

Je voudrais rappeler autre chose : en avril 2013, nous avons adopté ici, en seconde lecture, ma petite proposition de loi relative à l'indépendance de l'expertise et aux lanceurs d'alerte. Les décrets d'application sont parus, suivant le rythme normal, un an plus tard ; toutefois, la commission chargée de vérifier les registres des liens d'intérêt au sein des organismes n'est toujours pas installée...

Votre amendement vient donc à point, mon cher collègue : il est indispensable !

**M. le président.** La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

**Mme Laurence Cohen.** Le groupe CRC soutiendra cet amendement. En effet, il est tout d'abord extrêmement important à nos yeux, compte tenu de tous les scandales qui défraient la chronique, de nous montrer particulièrement vigilants sur ces liens d'intérêt. Par ailleurs, notre collègue Claude Malhuret a su le justifier par des exemples concrets. Enfin, la Haute Assemblée doit se montrer ferme et unie pour lancer un signal : ainsi, nous aussi pouvons être, à notre façon, des lanceurs d'alerte et dire : non, ça suffit !

Cet amendement vient donc tout à fait à propos, et nous le voterons des deux mains.

**M. le président.** La parole est à M. Gérard Roche, pour explication de vote.

**M. Gérard Roche.** Bien sûr, des lois existent sur ce sujet, même si la façon dont elles sont parfois appliquées nous fait douter. Nous sommes certes ici pour légiférer, mais nous devons aussi faire passer des messages à la population.

Notre collègue Claude Malhuret a fait montre à mon sens de beaucoup de courage en déposant cet amendement, d'autant qu'il est lui-même un professionnel des produits pharmaceutiques. Cet aspect symbolique me pousse à voter cet amendement : ainsi, nous dirons de vive voix à nos concitoyens que nous sommes au courant de tout ce qui se passe et qu'il faut agir, quand bien même cet amendement *a minima* ne suffira pas à lui seul à faire bouger les choses.

Dès lors, malgré l'avis de la commission et les réserves de Mme la secrétaire d'État, je pense que nous nous rangerons unanimement derrière M. Malhuret sur le plan des idées et que la force du symbole doit l'emporter sur les considérations de technique administrative.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 431.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 28.

L'amendement n° 500 rectifié, présenté par MM. Marseille et Bockel, n'est pas soutenu. *(Sourires.)*

L'amendement n° 770, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 28

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au premier alinéa de l'article L. 451-1 du code de l'action sociale et des familles, après le mot : « maltraitance », sont insérés les mots : « , dans la prévention et la promotion de la santé ».

La parole est à Mme Annie David.

**Mme Annie David.** Nous restons, avec cet amendement, dans le domaine de la formation, plus particulièrement ici celle des personnels de l'action sociale.

Tout comme notre amendement n° 766, relatif à la formation des professionnels de santé, celui-ci vise à permettre une meilleure connaissance et une meilleure prise en compte des personnes en situation de précarité. Les personnels confrontés à ces populations doivent en savoir un peu plus dans le domaine de la prévention en santé pour répondre aux besoins spécifiques des personnes en grande précarité. Comme Dominique Watrin l'a bien expliqué il y a un instant, notre société évolue et la formation professionnelle doit évoluer avec elle.

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

**Mme Élisabeth Doineau, corapporteur.** La commission demande l'avis du Gouvernement sur cet amendement, qui vise à faire mention des professionnels engagés dans la prévention et la promotion de la santé dans les dispositions du code de l'action sociale et des familles relatives à la formation des travailleurs sociaux.

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

**Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État.** D'une certaine façon, madame la sénatrice, vous avez raison : je suis moi aussi convaincue de la nécessité de ménager plus de liens et de formations communes entre les travailleurs sociaux et les professionnels de santé.

Néanmoins, les travailleurs sociaux ne sont pas des professionnels de santé, et vice-versa : il existe tout de même des différences. Cela dit, pour améliorer la prévention en santé pour les personnes en situation de précarité ou de handicap,

il faut que les travailleurs qui sont en contact avec elles au quotidien soient au minimum formés à ces questions de santé.

Pourtant, si l'on inscrit dans la loi que le travail social doit intégrer le champ de la prévention et de la promotion de la santé, on en fait une démarche de santé publique. Or cela ne relève pas des missions du travail social et du champ de formation des travailleurs sociaux. Je ne pense donc pas que ce soit la meilleure façon de faire.

En outre, nous devons prendre en compte les états généraux du travail social, qui sont en cours depuis maintenant plus d'un an et demi. Le Premier ministre nous a confié, à Mme la ministre des affaires sociales et moi-même, la rédaction d'un plan d'action. Nous le lui remettrons d'ici à la fin du mois d'octobre, et il sera présenté en conseil des ministres.

À cette fin, des discussions extrêmement importantes ont lieu actuellement avec l'ensemble des organisations syndicales au sujet de la formation des travailleurs sociaux. Dès lors, il me semble que l'adoption de cet amendement perturberait cette concertation.

Cet amendement n'a pas vocation à être obligatoirement inscrit dans la loi, quoiqu'il fasse partie de mes priorités. En l'adoptant, on enverrait un mauvais signal aux partenaires sociaux du travail social, alors même que nous sommes en train de discuter ces questions avec eux.

L'avis du Gouvernement sur cet amendement est donc défavorable.

**M. le président.** La parole est à Mme Annie David, pour explication de vote.

**Mme Annie David.** Ce sont justement des associations, notamment Médecins du monde, qui nous ont alertés et nous ont demandé que soit rajoutée cette mention dans l'article L. 451-1 du code de l'action sociale et des familles. En effet, cet article fait déjà référence à la lutte contre les exclusions et contre la maltraitance, à la prévention et à la compensation de la perte d'autonomie, des handicaps ou des inadaptations dans la promotion du droit au logement, de la cohésion sociale et du développement social, soit le cœur du travail qu'accomplissent les acteurs sociaux pour accompagner les personnes dans la précarité.

Ces associations et les personnels qui travaillent aux côtés de ces populations nous ont demandé que soient ajoutées la promotion et la prévention en matière de santé parce qu'ils ont des contacts fréquents et réguliers avec les publics dont nous parlons ; à leurs yeux, il serait utile de permettre à ces travailleurs sociaux d'accéder à davantage de connaissances en matière de santé et de prévention. Ces travailleurs peuvent avoir un meilleur lien avec ces publics que les professionnels de santé. De fait, cela ouvrirait une autre voie d'accès à la prévention en santé pour des personnes qui ne vont pas spontanément consulter un médecin ou d'autres professionnels de santé, mais qui sont en contact avec les personnels de l'action sociale.

Les associations sont donc bien à l'origine de cet amendement, et ce d'autant que des négociations sont effectivement en cours et qu'elles souhaitent que le Gouvernement entende véritablement leurs demandes et leur ouvre la possibilité d'avoir, eux aussi, un lien avec la santé et la prévention.

Par conséquent, monsieur le président, nous maintenons notre amendement.



**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 770.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 59 rectifié, présenté par MM. Commeinhes, Charon et Calvet, Mme Deromedi, M. Malhuret, Mme Mélot et M. Houel, est ainsi libellé :

Après l'article 28

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le lien entre le développement professionnel continu et le compte personnel de formation des professionnels de santé est défini par décret en Conseil d'État.

La parole est à M. Claude Malhuret.

**M. Claude Malhuret.** Cet amendement technique vise à assurer la cohérence entre deux dispositifs.

L'article L. 6111-1 du code du travail prévoit désormais que chaque personne dispose, dès son entrée sur le marché du travail, indépendamment de son statut, d'un compte personnel de formation. Ce dispositif vise à favoriser l'accès du salarié à la formation professionnelle tout au long de la vie. Toute personne a droit à des heures de formation, et ce même si elle change de travail ou se retrouve au chômage.

Un compte personnel de formation est donc attribué à toute personne à son entrée sur le marché du travail, donc dès l'âge de seize ans au plus tôt. Le CPF est attaché au salarié jusqu'à la retraite : la fermeture du compte n'intervient que lorsque le salarié est admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Le DPC, qui est une démarche personnelle du professionnel, a un impact direct sur ce compte. Il est donc important que le Conseil d'État prenne position sur ce lien pour permettre une plus grande cohérence entre les deux dispositifs.

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

**Mme Élisabeth Doineau, corapporteur.** Il s'agit là d'une question technique : la commission s'en remet donc à l'avis du Gouvernement.

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

**Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État.** Votre amendement sera satisfait, monsieur le sénateur. Qu'est-ce en effet que le DPC ? Comme vous l'avez compris, c'est un parcours sur trois ans qui comprend des actions de formation, d'évaluation des pratiques et de gestion des risques, tout cela centré sur l'exercice clinique. Ses objectifs sont le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences.

Or qu'est-ce que le compte personnel de formation ? Ce compte permet à un salarié de suivre, à son initiative, une action de formation qui lui permette d'accroître ses connaissances et ses compétences.

Les actions de formation du DPC des professionnels de santé peuvent par conséquent, bien évidemment, être suivies dans le cadre du compte personnel de formation qui n'est pas, quant à lui, propre à ces professionnels.

Les règles d'application qui seront publiées pour le DPC organiseront donc les liens entre ce dispositif et le compte personnel de formation. Comme il va de soi, cela passera en Conseil d'État : votre amendement étant satisfait, je vous invite à le retirer.

**M. le président.** Monsieur Malhuret, l'amendement n° 59 rectifié est-il maintenu ?

**M. Claude Malhuret.** Non, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 59 rectifié est retiré.

L'amendement n° 60 rectifié, présenté par M. Commeinhes, Mmes Deromedi et Hummel, MM. Charon et Houel et Mme Mélot, est ainsi libellé :

Après l'article 28

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Un décret détermine les conditions d'obtention par les établissements de santé qui ne font pas commerce de formations de développement professionnel continu d'une habilitation simplifiée à l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu.

La parole est à Mme Jacky Deromedi.

**Mme Jacky Deromedi.** Dans un souci de maîtrise des dépenses des établissements de santé, il importe que soit proposée une habilitation simplifiée pour les structures de santé. En effet, contrairement aux centres de formation, qui font commerce de cette activité, les établissements de santé souhaitent délivrer à leurs salariés la meilleure formation au moindre coût. De plus, leurs formations bénéficient déjà d'un contrôle par le biais de la certification, qui permettra de vérifier que les normes de la Haute Autorité de santé sont respectées.

Par conséquent, la démarche permettant à une structure d'être habilitée à l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu doit être facilitée pour les établissements de santé.

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

**Mme Élisabeth Doineau, corapporteur.** L'organisme gestionnaire du développement professionnel continu est appelé à être remplacé par l'Agence nationale du développement professionnel continu, dont les missions et les instances seront déterminées par décret en Conseil d'État.

La disposition présentée au travers de cet amendement relève donc du domaine réglementaire. C'est pourquoi 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 Ségolène Neuville, secrétaire d'État.** Cet amendement vise à prévoir une habilitation simplifiée pour les établissements de santé.

Certes, des simplifications administratives peuvent être instaurées pour les établissements de santé. Cela a déjà été fait pour ce qui concerne les pièces administratives à fournir. Néanmoins, il n'est pas possible de créer une procédure d'habilitation spécifique pour les établissements de santé proposant des actions de développement professionnel continu. En effet, les règles de la concurrence s'appliquent à tous les organismes : pourquoi prévoir une exception pour les établissements de santé ? Le développement professionnel continu concerne les professionnels exerçant dans les établissements de santé, mais également les médecins libéraux.

Par ailleurs, il est essentiel que la capacité à proposer des programmes de développement professionnel continu et que la qualité de ces derniers puissent être évaluées de la même façon pour tous les organismes.

Par conséquent, le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement.

**M. le président.** Madame Deromedi, l'amendement n° 60 rectifié est-il maintenu ?

**Mme Jacky Deromedi.** Non, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 60 rectifié est retiré.

L'amendement n° 506 rectifié *bis*, présenté par MM. Patient, Antiste, Cornano, J. Gillot, Karam, Mohamed Soilihi et S. Larcher, est ainsi libellé :

Après l'article 28

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport sur la faisabilité de créer un statut pour les médiateurs sociaux et culturels en santé publique en Guyane.

La parole est à M. Jacques Cornano.

**M. Jacques Cornano.** Le département de la Guyane présente une pluralité culturelle et linguistique exceptionnelle. Les fréquentes différences de langue et de culture entre populations et professionnels de santé ont conduit à certaines adaptations.

La mise en place de la médiation a résulté d'un constat récurrent de carence en matière d'accès à la prévention et aux soins pour certains publics vulnérables. Les centres hospitaliers de Cayenne et de Saint-Laurent-du-Maroni ont développé le recours à des médiateurs pour certains services tels que la pédiatrie ou l'infectiologie.

Grâce aux médiateurs socioculturels ou en santé publique, issus pour partie de leurs rangs, des avancées et réussites non négligeables sont obtenues au bénéfice de nos populations si diverses. Leur intervention en santé publique est indispensable en Guyane.

En favorisant la création d'un statut réglementaire pour les médiateurs socioculturels ou en santé publique, le Gouvernement reconnaît leur valeur ajoutée, leur apport à l'amélioration de la santé de la population en matière de prise en charge, d'accès aux soins et aux droits, de prévention. Cette création améliorera la qualité de la prise en charge médicale et du parcours de santé en Guyane.

En outre, la pluralité linguistique et culturelle de la population guyanaise sera reconnue, et intégrée dans une loi, ce qui facilitera le travail des professionnels de santé, des collectivités territoriales et institutionnelles, qui pourront pérenniser ou développer des partenariats forts.

Cet amendement vise donc à permettre une véritable reconnaissance et un encadrement du rôle et des missions des médiateurs socioculturels dans le département de la Guyane.

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

**Mme Élisabeth Doineau, corapporteur.** Vous le savez, mon cher collègue, la commission est opposée à la multiplication des demandes de rapport. Elle émet donc un avis défavorable, même si elle est elle aussi très sensible à la question que vous soulevez.

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

**Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État.** Je tiens à rappeler la volonté de la ministre de la santé de renforcer la médiation. L'article 21 *ter* du projet de loi définit d'ailleurs la « médiation sanitaire », qui inclut la médiation sociale ou culturelle : « La

médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités. »

En outre, les besoins en médiation sanitaire, qui recouvre donc aussi la médiation culturelle, existent dans nombre de territoires, et pas seulement en Guyane. Il ne paraît pas pertinent de prévoir dans la loi la remise d'un rapport spécifique à la Guyane sur ce sujet.

L'objet de cet amendement me semble satisfait par le texte, dans la mesure où il reconnaît la médiation et la fonction de médiateur sanitaire. C'est à mon sens le plus important.

Par conséquent, le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement.

**M. le président.** La parole est à Mme Marie-Christine Blandin, pour explication de vote.

**Mme Marie-Christine Blandin.** Le groupe écologiste soutiendra cet amendement. J'en profite pour excuser l'absence d'Aline Archimbaud, qui revient tout juste d'une mission parlementaire en Guyane lui ayant été confiée, en tant que membre de la délégation sénatoriale à l'outre-mer, par le Premier ministre.

Certes, madame la secrétaire d'État, de nombreux territoires de notre pays présentent des particularités, mais la Guyane est le seul qui compte des peuples autochtones !

À cet égard, la progression du taux de suicide parmi les jeunes Amérindiens nous interpelle. Les médiateurs évoqués par notre collègue jouent un rôle fondamental. J'ai été consternée par ce que j'ai vu lors de séances de vaccination pratiquées en Guyane durant l'épidémie de grippe : quand on demandait en français à des patients qui tendaient le bras droit s'ils étaient allergiques aux œufs, ils présentaient le bras gauche, pensant s'être trompés ; quand on leur demandait s'ils avaient eu telle ou telle maladie, ils n'étaient pas en mesure de répondre, faute de comprendre la question posée. Il eût fallu des médiateurs !

La Guyane est aussi le territoire de l'Union européenne où le taux de grossesses précoces est le plus élevé. Ce phénomène touche de toutes jeunes Amérindiennes livrées à elles-mêmes à Saint-Laurent-du-Maroni, à des centaines de kilomètres de chez elles, sans médiateurs pour leur dire de ne pas monter dans les voitures des messieurs qui leur offrent un téléphone portable...

Par ailleurs, la prévention du sida doit être déclinée dans toutes les langues pratiquées en Guyane.

La Guyane n'est donc pas un territoire parmi d'autres ; elle a ses spécificités. Si la Guyane, c'est la France, alors la France doit assumer ses responsabilités.

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

**M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales.** Pour ce seul projet de loi, cinquante-trois demandes de rapport ont été déposées... (*Mme Nicole Bricq s'exclame.*)

Dans les semaines à venir, le Sénat examinera la proposition de loi relative à la protection de l'enfant, le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, la proposition de loi créant de nouveaux droits en faveur des malades

et des personnes en fin de vie, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 : d'autres demandes de rapport seront certainement formulées à ces occasions.

J'ai dit naguère, sous forme de boutade, qu'il faudrait certainement que le Président de la République envisage la nomination d'un ministre chargé des rapports. Au train où vont les choses, ce sera bientôt obligatoire! (*Sourires.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Catherine Génisson, pour explication de vote.

**Mme Catherine Génisson.** M. Vasselle a fait observer avec force, lors d'une séance précédente, que si les parlementaires demandent des rapports, c'est parce que c'est le seul moyen à leur disposition, au cours de l'examen d'un texte, pour mettre en exergue un sujet qu'ils jugent essentiel. Par conséquent, il ne faut pas adopter une attitude d'opposition systématique à toute demande de rapport.

Par ailleurs, la question de la médiation sanitaire en Guyane est tout à fait fondamentale. À ce titre, nous pouvons remercier le Gouvernement d'avoir lancé la mission parlementaire évoquée par Mme Blandin et saluer le travail remarquable accompli par Aline Archimbaud sur ce sujet et, plus généralement, sur l'attention due aux publics précaires.

Si la situation de la Guyane est tout à fait particulière et inquiétante, celle de Mayotte l'est tout autant. Il faudrait que nous puissions disposer d'une vue plus globale de la situation sanitaire et sociale des départements d'outre-mer, qui est particulièrement préoccupante.

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

**Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État.** Il est vrai, madame Génisson, que la situation de la Guyane et de Mayotte est bien spécifique, eu égard à leur histoire, à la diversité des langues parlées dans ces territoires, à l'accumulation de problèmes sociaux.

Cela étant, le quotidien des infectiologues, dont je suis, c'est le besoin de médiation sanitaire, d'interprétariat dans toutes les langues du monde. C'est vrai en Guyane, à Mayotte, en Île-de-France ou dans n'importe quel département français ! Il ne suffit pas de parler anglais ou une autre langue européenne : toutes les langues du monde doivent pouvoir être pratiquées quand il s'agit de faire face à un afflux de migrants venant de tel ou tel pays où sévissent des maladies infectieuses comme le sida ou les hépatites virales. Par exemple, il faut pouvoir expliquer dans le détail à des personnes venant de Mongolie, extérieure ou intérieure, ce qu'est l'hépatite B. Il est alors nécessaire de recourir à des médiateurs. Il en est ainsi, pour les infectiologues, dans tous les départements de France.

La fonction de médiateur sanitaire est donc essentielle, mais, sans minimiser ce qui se passe en Guyane, je ne crois pas nécessaire de prévoir un rapport spécifique à ce département, le problème de la multiplicité des langues parlées se posant partout.

**Mme Catherine Deroche, corapporteur de la commission des affaires sociales.** Très bien !

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

**M. Jacques Cornano.** Je maintiens cet amendement, auquel tient beaucoup M. Patient.

Je connais parfaitement la situation en Guyane. Le problème soulevé m'évoque ces enseignants en maternelle qui se présentent devant les élèves, à la campagne, sans maîtriser le créole. Il faut prendre en compte la pluralité culturelle et linguistique exceptionnelle de la Guyane, la diversité des origines de ses habitants.

Je rappelle que, de 2000 à 2005, un programme expérimental de formation de médiateurs en santé publique avait été mis en place par l'Institut de médecine et d'épidémiologie appliquée et le centre hospitalier universitaire de Bichat, en partenariat avec la direction générale de la santé et la délégation interministérielle à la ville. Trois régions, la Guyane, l'Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur, avaient participé à cette expérience. Au total, 150 médiateurs, dont 32 pour la Guyane, avaient obtenu un diplôme universitaire à l'issue d'une formation de 500 heures réparties sur six mois. L'évaluation du dispositif avait été positive. Il est nécessaire que se développe ce nouveau métier, d'autant que cela offrirait des débouchés à la jeunesse guyanaise, dont le taux de chômage dépasse 50 %.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 506 rectifié *bis*.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 28.

L'amendement n° 1084, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 28

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Afin de permettre aux patients de faire un choix éclairé, les pouvoirs publics établissent un label de thérapeute en pratiques de médecines non conventionnelles dont l'obtention est conditionnée à la réussite d'un examen clinique et juridique.

Les pouvoirs publics labellisent également les offres de formation en écoles privées destinées aux personnes désireuses de pratiquer des médecines non conventionnelles.

La parole est à Mme Marie-Christine Blandin.

**Mme Marie-Christine Blandin.** Les pratiques non conventionnelles présentées comme thérapeutiques, sous le nom de « médecines alternatives », de « médecines complémentaires », de « médecines douces » ou de « médecines naturelles », ou non thérapeutiques, comme la « médecine esthétique », connaissent un développement croissant. Sur son site internet, le ministère de la santé précise que « des risques peuvent exister lors de leur mise en œuvre et les bénéficiaires attendus méritent de faire l'objet d'une information claire et objective ».

Ces pratiques étant autorisées, leur reconnaissance légale doit s'accompagner d'un encadrement, validé par un label.

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

**Mme Élisabeth Doineau, corapporteur.** La commission émet un avis défavorable sur cet amendement.

La labélisation des thérapeutes et des écoles non conventionnelles pose des problèmes de moyens. Elle risque surtout de permettre à des groupes sectaires de se réclamer d'une légitimité officielle dès lors qu'ils se seront engagés dans une démarche de labélisation ou de détourner celle-ci *a posteriori*.

Par ailleurs, il n'appartient pas à l'État de légitimer les thérapies et médecines non conventionnelles : chacun est libre de ses choix. Le rôle de la puissance publique est d'offrir à tous l'accès à la médecine présentant le plus haut niveau d'efficacité prouvée scientifiquement et de réprimer les abus.

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

**Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État.** Cette question étant récurrente, un groupe d'appui technique sur les pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique a été créé par un arrêté de janvier 2009. Il a pour mission l'évaluation scientifique des pratiques non conventionnelles. Lorsque les résultats de l'évaluation sont favorables, il peut y avoir reconnaissance par les pouvoirs publics de l'activité concernée. Il existe donc déjà un dispositif d'évaluation des pratiques de médecine non conventionnelle. Ce système est très efficace.

J'ajoute qu'il est extrêmement important qu'une pratique médicale, avant d'être reconnue ou généralisée, soit validée par des publications scientifiques. Le rôle du groupe d'appui technique est de vérifier ce point.

Le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1084.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 1083, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 28

Insérer un article additionnel ainsi rédigé : Le Gouvernement remet au Parlement, sans délai, un rapport sur la reconnaissance dans notre système de santé des médecines non conventionnelles, répondant aux critères définis par l'Organisation mondiale de la santé.

La parole est à Mme Marie-Christine Blandin.

**Mme Marie-Christine Blandin.** Pour en revenir à l'amendement précédent, je suis tout à fait d'accord sur le fait qu'il faut prévenir les dérives sectaires. À cet égard, je pensais qu'un label pourrait constituer un barrage, un rempart.

Actuellement, toutes sortes de pratiques non conventionnelles fleurissent. Le citoyen, le consommateur ou le patient, selon le nom qu'on voudra bien lui donner, ne dispose pas d'un éclairage scientifique suffisant.

Dans sa note 290, le Conseil d'analyse stratégique, devenu France Stratégie, recommande une labellisation des « médecines complémentaires ». Il propose d'ouvrir une plateforme d'information recensant les connaissances scientifiques actuelles sur les médecines non conventionnelles, les plantes médicinales, etc. Il ne faut pas laisser le citoyen seul face à des pratiques en plein développement.

Le Conseil d'analyse stratégique propose également de développer des études bénéfices-risques et coût-efficacité afin de décider de la pertinence d'interdire certaines pratiques ou de dissuader d'y recourir, de promouvoir certaines méthodes *via* les recommandations de la Haute Autorité

de santé, de labelliser les offres de formation, de proposer aux étudiants des filières médicales et paramédicales des modules facultatifs, pour qu'ils sachent de quoi ils parlent.

Enfin, cette instance propose de permettre aux patients de faire un choix éclairé en instaurant un label. À cet égard, je n'imagine pas un instant, madame la rapporteur, que l'on puisse octroyer des labels à des groupements sectaires.

Cela étant, je sais que le sort de cet amendement est scellé, car demander un rapport est suicidaire...

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

**Mme Élisabeth Doineau, corapporteur.** Outre que cet amendement tend en effet à prévoir un rapport, celui-ci devrait être remis « sans délai ». Il s'agit là d'une injonction au Gouvernement. La commission a donc émis un avis très défavorable sur cet amendement.

La commission d'enquête sur l'influence des mouvements à caractère sectaire dans le domaine de la santé a souligné les risques importants liés aux médecines non conventionnelles. Plusieurs rapports visant à évaluer les thérapies dites « non conventionnelles », dont l'un émane de l'Académie de médecine, existent par ailleurs.

Enfin, la note du Conseil d'analyse stratégique sur laquelle repose l'exposé des motifs de l'amendement a été signalée par cette commission d'enquête comme étant particulièrement inadaptée et s'appuyant sur des données insuffisamment vérifiées.

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

**Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État.** J'ai exposé, à propos du précédent amendement, le mode de fonctionnement du groupe d'appui technique qui travaille sur ces questions et existe depuis 2009. Il produit des rapports sur des sujets d'actualité après saisine du ministre de la santé. Ainsi, des rapports sur les pratiques non conventionnelles sont d'ores et déjà disponibles sur le site du ministère ; je vous invite, madame la sénatrice, à les consulter. Si certains sujets précis n'ont pas encore été traités, je vous encourage à demander à la ministre de la santé de saisir le groupe d'appui technique. En tout état de cause, un rapport global serait à mon avis superfétatoire.

Je vous demande donc de bien vouloir retirer cet amendement, madame la sénatrice.

**M. le président.** Madame Blandin, l'amendement n° 1083 est-il maintenu ?

**Mme Marie-Christine Blandin.** Non, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 1083 est retiré.

#### **Article 28 bis A** **(Non modifié)**

- ① L'article L. 811-1 du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- ② 1° À la deuxième phrase du premier alinéa, les mots : « et à la mise en œuvre de ses » sont remplacés par les mots : « , à la promotion de la santé et à la mise en œuvre de leurs » ;
- ③ 2° L'avant-dernière phrase du dernier alinéa est complétée par les mots : « et à la mission de promotion de la santé à l'école mentionnée à l'article L. 121-4-1 du code de l'éducation ». – *(Adopté.)*

**Article 28 bis**  
(Non modifié)

- ① Le chapitre II du titre III du livre VI de la troisième partie du code de l'éducation est ainsi modifié :
- ② 1° Le premier alinéa de l'article L. 632-2 est complété par les mots : « et, dans des conditions fixées par décret, aux médecins en exercice » ;
- ③ 2° Après le mot : « mentionnant », la fin du deuxième alinéa de l'article L. 632-4 est ainsi rédigée : « la spécialité dans laquelle il est qualifié. » – (Adopté.)

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

**M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales.** J'indique aux membres de la commission des affaires sociales que celle-ci se réunira à quatorze heures.

10

**NOMINATION D'UN MEMBRE D'UNE COMMISSION SPÉCIALE**

**M. le président.** Je rappelle au Sénat que le groupe Les Républicains a présenté une candidature pour la commission spéciale chargée d'examiner la proposition de loi renforçant la lutte contre le système prostitutionnel.

Le délai prévu par l'article 8 du règlement est expiré.

La présidence n'a reçu aucune opposition.

En conséquence, je déclare cette candidature ratifiée et je proclame M. Mathieu Darnaud membre de la commission spéciale chargée d'examiner la proposition de loi renforçant la lutte contre le système prostitutionnel, en remplacement de M. Jean-Patrick Courtois, démissionnaire d'office de son mandat de sénateur.

11

**NOMINATION D'UN MEMBRE D'UNE DÉLÉGATION SÉNATORIALE**

**M. le président.** Je rappelle au Sénat que le groupe Les Républicains a présenté une candidature pour la délégation sénatoriale à l'outre-mer.

Le délai prévu par l'article 8 du règlement est expiré.

La présidence n'a reçu aucune opposition.

En conséquence, je déclare cette candidature ratifiée et je proclame M. Mathieu Darnaud membre de la délégation sénatoriale à l'outre-mer, en remplacement de M. Jean-Jacques Hyest, démissionnaire.

Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux ; nous les reprendrons à quatorze heures trente.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à douze heures cinquante-cinq, est reprise à quatorze heures trente, sous la présidence de M. Jean-Pierre Caffet.)

**PRÉSIDENTE DE M. JEAN-PIERRE CAFFET**  
vice-président

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

12

**ACCORD FISCAL CONCERNANT SAINT-BARTHÉLEMY**

**Adoption définitive d'un projet de loi dans le texte de la commission**

**M. le président.** L'ordre du jour appelle la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, autorisant la ratification de l'accord entre la République française et l'Union européenne visant à l'application, en ce qui concerne la collectivité de Saint-Barthélemy, de la législation de l'Union sur la fiscalité de l'épargne et la coopération administrative dans le domaine de la fiscalité (projet n° 418, texte de la commission n° 684, rapport n° 683).

Dans la discussion générale, la parole est à M. le secrétaire d'État.

**M. Harlem Désir, secrétaire d'État auprès du ministre des affaires étrangères et du développement international, chargé des affaires européennes.** Monsieur le président, madame la présidente de la commission des finances, monsieur le rapporteur, mesdames les sénatrices, messieurs les sénateurs, vous êtes appelés à vous prononcer aujourd'hui sur l'accord signé le 17 février 2014 entre la République française et l'Union européenne visant à appliquer à Saint-Barthélemy la législation de l'Union sur la fiscalité de l'épargne et la coopération administrative dans le domaine de la fiscalité.

Le 1<sup>er</sup> janvier 2012, l'île de Saint-Barthélemy a en effet changé de statut. De « région ultrapériphérique », elle est devenue « pays et territoire d'outre-mer », PTOM. Si elle conserve le bénéfice de l'euro, elle ne fait donc plus partie intégrante du territoire de l'Union européenne.

Ce statut européen de PTOM est mieux adapté à la situation de l'île, en particulier à son éloignement de la métropole et à ses contraintes économiques et touristiques. Il tend en effet à réduire l'application de certaines normes communautaires de droit commun.

Pour éviter que la surveillance des activités fiscales soit elle aussi allégée, le Gouvernement a néanmoins souhaité que la coopération administrative en matière fiscale, ainsi que les mécanismes visant à lutter contre la fraude et l'évasion fiscales transfrontalières, continuent à s'appliquer au territoire de Saint-Barthélemy.

Cet accord vise donc à échanger des informations à des fins fiscales entre Saint-Barthélemy et les États membres de l'Union européenne de manière spontanée, sur demande ou automatiquement, dans le respect des règles européennes relatives à la protection des données.

La France est, comme vous le savez, totalement impliquée en faveur de la transparence fiscale. Elle fait partie des cinq pays, avec l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie et le Royaume-Uni, promouvant depuis 2013 le nouveau standard d'échange automatique d'informations financières qui va être généralisé

au niveau mondial en 2017 ou, au plus tard, en 2018. Plus de quatre-vingt-dix États et territoires ont pris des engagements dans ce sens.

Le Parlement, notamment le Sénat, a eu à ratifier l'accord FATCA – *Foreign Account Tax Compliance Act* – avec les États-Unis. L'accord multilatéral du 29 octobre 2014 lui sera très prochainement soumis.

La Haute Assemblée a apporté une contribution importante à travers des rapports remarquables : je pense notamment à celui sur l'évasion des capitaux et des actifs hors de France et ses incidences fiscales qu'a remis en 2012 M. Bocquet.

Dans cette perspective, l'accord avec Saint-Barthélemy est donc exemplaire, en ce qu'il entérine l'application de la législation européenne en matière de coopération fiscale, non seulement dans son état actuel, mais également pour ses évolutions futures, avec notamment l'entrée en vigueur de la nouvelle directive européenne de 2013 sur l'échange automatique d'informations financières.

Mesdames les sénatrices, messieurs les sénateurs, je vous propose donc d'adopter ce projet de loi de ratification, comme l'Assemblée nationale et votre commission ont déjà eu l'occasion de le faire, afin que cet accord puisse entrer en application dans les meilleurs délais. (*Applaudissements sur les traverses du groupe socialiste et républicain, du groupe écologiste et du RDSE.*)

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

**M. Éric Doligé,** *rapporteur de la commission des finances.* Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, madame la présidente de la commission, chers collègues, tour à tour espagnole, française, propriété de l'Ordre de Malte puis suédoise, l'île de Saint-Barthélemy n'est pleinement française que depuis 1878, date à laquelle elle a été rétrocédée à la France par la Suède.

Jusqu'en 2007, la collectivité était rattachée administrativement à la Guadeloupe, dont elle constituait une commune depuis la loi de départementalisation de 1946.

À la suite d'une consultation intervenue le 7 décembre 2003 et conformément aux dispositions de la loi organique du 21 février 2007 portant dispositions statutaires et institutionnelles relatives à l'outre-mer, Saint-Barthélemy est devenu une collectivité d'outre-mer à compter du 15 juillet 2007. Prévu à l'article 74 de la Constitution, ce statut permet aux collectivités qui en bénéficient d'exercer des compétences élargies, en matière fiscale notamment.

Au regard du droit de l'Union européenne, en tant que collectivité d'outre-mer, Saint-Barthélemy a bénéficié du statut de région ultrapériphérique, régi par les articles 349 et 355 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne. La collectivité de Saint-Barthélemy était considérée comme partie intégrante de l'Union européenne. Elle était, de ce fait, soumise de plein droit aux règles européennes.

Par délibération du conseil territorial du 20 octobre 2009, la collectivité a demandé à relever du statut de pays et territoire d'outre-mer visé dans la quatrième partie du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, conformément à la procédure dite « clause passerelle ».

Saisi par les autorités françaises en juin 2010, le Conseil européen a accédé à la demande de l'île par décision du 29 octobre 2010. Elle est devenue un PTOM à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012.

En tant que PTOM, bien que rattachée à la France, la collectivité de Saint-Barthélemy ne fait plus partie de l'Union européenne, mais elle bénéficie d'un régime d'association. Plus souple, ce statut permet à Saint-Barthélemy de ne plus être soumise de plein droit aux normes européennes, dont certaines, malgré l'existence de dispositions spécifiques aux régions ultrapériphériques, n'étaient pas adaptées aux caractéristiques économiques et géographiques de l'île : éloignement de la métropole, situation en zone économique américaine, économie orientée vers le tourisme.

Surtout, la qualité de PTOM a permis à la collectivité de conserver son régime douanier de « droit de quai », qui frappe l'ensemble des marchandises entrant sur son territoire et dont le taux est fixé à 5 % de la valeur du bien.

À la demande de la France, l'accession au statut de PTOM n'a pas remis en cause le cours légal de l'euro sur l'île. En contrepartie, le Conseil européen a demandé que la France s'engage à conclure deux accords afin que le changement de statut de Saint-Barthélemy ne porte pas atteinte aux intérêts de l'Union européenne.

En matière monétaire, un premier accord devait permettre « d'assurer le maintien de l'application du droit de l'Union dans les domaines essentiels au bon fonctionnement de l'Union économique et monétaire ». Cet accord a été ratifié par la loi du 28 décembre 2011 autorisant la ratification de l'accord monétaire entre la République française et l'Union européenne relatif au maintien de l'euro à Saint-Barthélemy à la suite de son changement de statut au regard de l'Union européenne.

En matière fiscale, un second accord devait faire en sorte que les mécanismes prévus par le droit de l'Union européenne en matière de lutte contre la fraude et l'évasion fiscales continuent de s'appliquer sur le territoire de Saint-Barthélemy. Signé le 17 février 2014 à Bruxelles, cet accord entre la République française et l'Union européenne doit désormais être ratifié. Tel est l'objet du présent projet de loi soumis à l'examen du Sénat.

Plus précisément, il s'agit de prévoir explicitement l'application de deux directives européennes à la collectivité de Saint-Barthélemy dans le cadre de son nouveau statut : premièrement, la directive 2003/48/CE du Conseil du 3 juin 2003 relative à la fiscalité des revenus de l'épargne ; deuxièmement, la directive 2011/16/UE du 15 février 2011 relative à la coopération administrative dans le domaine fiscal.

Ces deux directives constituent la base du mécanisme européen d'échange d'informations entre administrations fiscales, qui permet d'identifier les titulaires réels des comptes et les bénéficiaires réels des revenus qu'ils produisent. De nombreuses auditions réalisées par la commission des finances ont montré l'importance de ce mécanisme dans la lutte contre la fraude et l'évasion fiscales.

Le point essentiel de cet accord – son article 2 – prévoit que toutes les évolutions de ces deux directives s'appliquent également à Saint-Barthélemy. Or, c'est précisément ce qui vient de se produire : ces deux directives ont été modifiées en mars 2014 et en décembre 2014 afin de permettre le passage à l'échange automatique d'informations d'ici au 1<sup>er</sup> janvier 2016.

C'est un progrès considérable : jusqu'à maintenant, les échanges se faisaient « à la demande », ce qui supposait que l'administration requérante sache quelles informations

demander et que l'administration requise fasse preuve de bonne volonté et de diligence dans ses réponses. Deux conditions qui n'étaient pas toujours réunies... Désormais, les États transmettront automatiquement et systématiquement les informations relatives aux comptes bancaires domiciliés chez eux, ce qui permettra une détection bien plus aisée des comptes dissimulés.

Cela dit, il s'agit là d'un progrès à l'échelle mondiale, d'ailleurs également porté par l'Organisation de coopération et de développement économiques, l'OCDE, et le G20, et qui a fait l'objet d'un accord international signé à Berlin le 29 octobre 2014, ne concernant pas spécifiquement Saint-Barthélemy.

En effet, il faut rappeler que Saint-Barthélemy n'est pas un « paradis fiscal », contrairement à certains de ses voisins des Caraïbes considérés comme non coopératifs par l'OCDE. Certes, la collectivité jouit d'une large autonomie fiscale, qui lui permet d'accorder un traitement avantageux à ses résidents, notamment en matière d'impôt sur le revenu, mais il n'y a pas de secret bancaire : Saint-Barthélemy n'est pas un endroit où l'on dissimule son argent pour échapper à l'impôt. D'ailleurs, selon les éléments transmis par la direction générale des finances publiques, l'échange de renseignements fonctionne d'ores et déjà de manière pleinement satisfaisante avec Saint-Barthélemy, quoiqu'il trouve rarement à s'appliquer.

En d'autres termes, le présent accord consiste essentiellement en un dispositif de coordination prévoyant que le droit qui s'applique déjà continuera à s'appliquer dans les mêmes conditions, y compris s'il est amené à évoluer. En fait, l'accord supprime pour ainsi dire toute spécificité de Saint-Barthélemy s'agissant de la coopération administrative en matière fiscale.

Pour ces multiples raisons, je vous propose d'adopter le présent projet de loi de ratification sans modification, comme l'a fait la commission des finances. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains, du groupe socialiste et républicain et du groupe écologiste.*)

**M. le président.** La parole est à M. Éric Bocquet.

**M. Éric Bocquet.** Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, madame la présidente de la commission, monsieur le rapporteur, mes chers collègues, ne disposant que de quatre minutes, je me bornerai à exposer quelques éléments fondant notre position sur ce texte relatif au devenir d'un territoire comptant un peu plus de 8 000 habitants.

Notre groupe, lors de la création des collectivités territoriales de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy, avait manifesté une certaine réticence.

Produit du divorce consommé entre la Guadeloupe et les « îles du Nord », la constitution de deux nouvelles collectivités a mis en évidence des situations différentes, Saint-Barthélemy ne connaissant pas les mêmes difficultés sociales et économiques, c'est le moins que l'on puisse dire, que Saint-Martin.

L'accord que l'on nous propose de ratifier aujourd'hui n'a qu'un caractère somme toute assez formel, puisqu'il découle, en quelque sorte, de la mécanique institutionnelle et juridique induite par le nouveau statut de collectivité territoriale. Que l'on me permette de souligner ici quelques aspects de cette situation.

Dotée d'un code des contributions en partie inspiré par le droit fiscal français, la collectivité de Saint-Barthélemy doit bel et bien être considérée comme un paradis fiscal – d'une forme particulière peut-être –, situé de plus dans une zone de la planète qui en est déjà assez largement pourvue. J'en veux pour preuve le fait que Saint-Barthélemy compte plus de 4 000 entreprises pour un peu plus de 9 000 résidents : cela constitue tout de même une situation assez exceptionnelle... À cette aune, la France métropolitaine compterait aujourd'hui quelque 28 millions d'établissements industriels, commerciaux et artisanaux !

Cet ensemble de plus de 4 000 entités économiques assure sans doute la prospérité de l'île, pour un coût fiscal modéré, puisque les entreprises ne sont soumises qu'à une contribution se situant dans une fourchette comprise entre 2 000 et 5 000 euros annuels selon l'importance de leur personnel... Cette situation n'est guère différente de celle qui prévaut aux îles Caïmans ou aux îles Vierges britanniques, où la contribution des entreprises est souvent limitée à leur enregistrement au registre du commerce et à son renouvellement.

Par ailleurs, le code des contributions de Saint-Barthélemy ne comprend pas de chapitre consacré à l'impôt sur le revenu – on semble n'y taxer que les plus-values et les activités de nature commerciale, comme nous l'avons vu –, pas plus qu'il n'a retenu de notre droit métropolitain la mise en œuvre de l'impôt de solidarité sur la fortune. C'est peut-être dommage, attendu que l'on fait état de l'existence sur l'île de pas moins de 450 villas d'un certain « standing »...

Résumons-nous : dans le projet de loi qui nous est soumis, tout est fait dans les règles et la forme de la convention est incontestable, d'autant qu'elle s'avère nécessaire pour un territoire situé hors de l'Union européenne, mais utilisant cependant l'unité de compte en vigueur dans la zone euro.

Nous sommes pourtant en présence d'une forme particulière de paradis fiscal, avec ses travers et ses défauts, le premier étant, comme de juste, de ne pas être destiné à tout le monde !

Notre groupe, compte tenu des spécificités de ce territoire, et en dépit de la mise en place de la coopération administrative dans le domaine de la fiscalité – évolution éminemment souhaitable –, optera pour l'abstention.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Claude Requier.

**M. Jean-Claude Requier.** Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, madame la présidente de la commission des finances, monsieur le rapporteur, mes chers collègues, l'ordre du jour de nos travaux nous emmène aujourd'hui à Saint-Barthélemy, île des Petites Antilles de vingt-quatre kilomètres carrés et de 10 000 habitants, au climat chaud et ensoleillé, ce qui nous rappelle des vacances malheureusement terminées... (*Sourires.*)

Au regard du droit de l'Union européenne, les départements et collectivités d'outre-mer se classent en deux catégories : les régions dites ultrapériphériques, où le droit communautaire s'applique comme en métropole – c'est le cas des départements de la Martinique, de la Guadeloupe, de Guyane, de La Réunion et de Mayotte, mais aussi de la collectivité de Saint-Martin –, et les pays et territoires d'outre-mer, qui sont seulement associés de manière souple à l'Union européenne. Entrent dans cette seconde catégorie la Polynésie française, la Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna, Saint-Pierre-et-Miquelon et, désormais, Saint-Barthélemy.

Toutefois, par la loi du 28 décembre 2011, la France a souhaité maintenir Saint-Barthélemy dans la zone euro, à la différence des autres PTOM, malgré l'autonomie accrue conférée à cette collectivité. En contrepartie, Bruxelles a demandé à la France des garanties afin de préserver le bon fonctionnement de la zone économique et monétaire – mis à rude épreuve, il est vrai, ces dernières années – et de maintenir les mécanismes européens de lutte contre la fraude et l'évasion fiscales, dans lesquelles la France est très investie dans le cadre du G20.

L'accord que l'on nous propose aujourd'hui de ratifier doit non seulement assurer le maintien du mécanisme européen d'échange d'informations entre administrations fiscales, mais aussi permettre l'application dans l'île de toutes ses évolutions, en particulier la mise en place de l'échange automatisé d'informations fiscales à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016. C'est un point essentiel à nos yeux, déjà souligné lors de l'examen du texte en commission, car l'échange automatique de données a montré son efficacité dans la lutte contre les paradis fiscaux.

L'évasion fiscale représente une perte de 80 milliards à 100 milliards d'euros chaque année pour notre pays. D'après le rapport du Comité national de lutte contre la fraude, en 2014, la lutte contre la fraude fiscale a permis de réduire ce manque à gagner de près de 20 milliards d'euros. C'est donc un combat difficile, mais qui mérite plus que jamais d'être mené, à l'heure où les finances publiques, aussi bien locales que nationales, sont mises à rude épreuve.

Considérant que le présent accord permettra d'appuyer cette politique, l'ensemble des membres du groupe RDSE voteront en faveur de sa ratification. (*Applaudissements sur les travées du RDSE, du groupe écologiste et du groupe socialiste et républicain.*)

**M. le président.** La parole est à M. Daniel Raoul.

**M. Daniel Raoul.** Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, mes chers collègues, à la suite de la révision constitutionnelle du 28 mars 2003, la collectivité de Saint-Barthélemy a exprimé le souhait d'une évolution statutaire, qui s'est faite en deux temps. Saint-Barthélemy est aujourd'hui doté du statut de pays et territoire d'outre-mer et ne fait donc plus partie de l'Union européenne, mais lui est simplement associée.

En contrepartie de ce changement de statut, la France s'est engagée à conclure deux accords : le premier vise à maintenir l'euro comme monnaie à Saint-Barthélemy ; le second, dont il nous est demandé aujourd'hui d'autoriser la ratification, a pour objet d'assurer le maintien de la coopération administrative en matière fiscale, et plus précisément de l'application de la directive Épargne et de la directive sur la coopération administrative entre États membres dans le domaine de la fiscalité.

Un accord d'assistance administrative mutuelle en matière fiscale a déjà été signé entre l'État et la collectivité territoriale de Saint-Barthélemy le 14 septembre 2010. Cet accord, toujours en vigueur, a pour objectif de lutter contre la fraude et l'évasion fiscales, en offrant notamment la possibilité à l'État de contrôler sur place la réalité des opérations ayant ouvert droit à une défiscalisation en métropole, ainsi que les personnes installées à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy, mais néanmoins résidentes de l'État du point de vue fiscal.

Par ailleurs, l'État peut utiliser l'assistance administrative prévue par ces accords pour répondre à des demandes de renseignements, provenant d'États tiers, sur les revenus des contribuables qui y résident.

L'accord réaffirme la volonté des parties de « collaborer en vue d'une bonne application des règles fiscales applicables sur leurs territoires respectifs et, en particulier, d'empêcher toute évasion fiscale ». En outre, Saint-Barthélemy « affirme sa détermination à contribuer efficacement au respect des engagements internationaux souscrits par la France en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et les pratiques fiscales dommageables ».

À cet égard, monsieur le secrétaire d'État, nous avons appris ce matin une bonne nouvelle : la régularisation de la fraude fiscale rapportera 1 milliard d'euros de plus que la somme prévue au budget pour 2015. Il nous reste à continuer dans cette voie, en accélérant le mouvement de régularisation.

La ratification de cet accord est indispensable pour éviter que l'île puisse être injustement qualifiée de « paradis fiscal ».

Depuis le G20 d'avril 2009, la France est de nouveau au premier rang dans la lutte contre les paradis fiscaux. Les différentes modifications de sa législation fiscale et de son droit pénal intervenues depuis lors, de même que son appui constant au passage à l'échange automatique d'informations comme norme de référence en matière de coopération entre administrations fiscales, en témoignent.

Ce débat me permet de souligner que la ratification de cet accord vient s'ajouter aux nombreuses mesures prises par le Gouvernement français depuis 2012.

Les prérogatives des services fiscaux et douaniers et les sanctions des infractions commises ont été renforcées par l'adoption de plus de soixante-dix mesures législatives dans le cadre de l'examen des lois de finances successives et de la loi du 6 décembre 2013 relative à la lutte contre la fraude fiscale et la grande délinquance économique et financière.

Rappelons qu'un parquet spécialisé a ainsi été créé, avec une compétence nationale pour les affaires de grande corruption et de fraude fiscale particulièrement complexes. Un procureur spécialisé conduit et coordonne désormais les enquêtes relatives à ces graves infractions. Je ne sais s'il existe une corrélation entre la création de ce parquet et les résultats obtenus, mais ceux-ci sont là, et c'est l'essentiel !

Les outils ont également été renforcés en matière de lutte contre la fraude à la TVA – on en connaît l'ampleur, cette fraude coûtant de 80 milliards à 100 milliards d'euros par an à notre pays –, qu'ils soient législatifs – en ce qui concerne la fraude « carrousel », la vente de véhicules d'occasion, la vente en ligne – ou techniques, s'agissant du *data mining*.

La conclusion de l'accord et sa ratification permettront de confirmer cet engagement de lutte contre la corruption et les paradis fiscaux, dans un environnement régional discutable sur ce point.

Pour toutes ces raisons, nous approuverons bien évidemment la ratification de cet accord. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain et du RDSE.*)

**M. le président.** La parole est à M. André Gattolin.

**M. André Gattolin.** Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, mes chers collègues, cet accord relatif à Saint-Barthélemy permet d'achever un processus d'auto-



nomie qui est motivé, contrairement à ce que l'on constate pour beaucoup d'autres territoires, par des questions fiscales, et non pas identitaires.

Lorsque, en 1878, l'île nous fut rétrocédée par la Suède, qui n'y voyait qu'une charge sans intérêt, Saint-Barthélemy bénéficiait d'un statut de zone franche, que la France accepta de lui conserver, au vu de la grande pauvreté qui y régnait.

S'ensuivit un siècle de quasi-indifférence de la métropole, qui ne se décida à envoyer son premier sous-préfet à Saint-Martin, l'île voisine, qu'en 1963.

Même la départementalisation de 1946 négligea Saint-Barthélemy, qui ne fut gratifiée que d'un décret rédigé à la hâte, maintenant les régimes en vigueur pour une période supposée temporaire.

Ce consensus ambigu prévalut encore trente ans, jusqu'au début des années quatre-vingt, lorsque l'essor touristique de l'île commença à garnir son assiette fiscale, ce qui éveilla du même coup l'appétit de Bercy...

Saisi, le Conseil d'État jugea alors infondé le régime dérogatoire de Saint-Barthélemy. Peu désireux d'ouvrir ce dossier, le Premier ministre Jacques Chirac imposa en 1986 à l'administration fiscale un moratoire de fait sur les recouvrements. En 1996, Pierre Mazeaud, alors député, proposa d'exonérer très largement Saint-Barthélemy, mais la dissolution de 1997 engloutit sa loi en même temps que l'Assemblée nationale...

C'est seulement en 2007 que l'obtention par Saint-Barthélemy du statut de collectivité d'outre-mer règle enfin la question, la compétence fiscale étant confiée aux autorités locales. Le statut de pays et territoire d'outre-mer, obtenu du Conseil européen en 2012, leur délègue de plus la compétence douanière.

C'est ainsi que Saint-Barthélemy peut aujourd'hui, en toute légalité, exonérer ses résidents des impôts sur le revenu, sur la fortune, sur les successions et sur les sociétés.

S'il est vrai que le coût de la vie y est élevé, il ne faut pas oublier que l'impôt n'est pas seulement une contribution, mais aussi une redistribution.

Quelles que soient les difficultés, réelles, liées à l'insularité, l'absence de fiscalité profitera toujours davantage aux grands entrepreneurs du tourisme haut de gamme et du BTP qu'à leurs employés.

Ce choix est toutefois très majoritaire chez les résidents de l'île, et il n'est pas interdit de penser que, si l'intérêt que leur a porté la métropole avait été moins tardif, leur perception de la solidarité nationale aurait peut-être été plus aigüe.

Quoi qu'il en soit, il convient de se réjouir ici que Saint-Barthélemy ne se soit jamais tournée, comme certaines de ses voisines, vers la finance *offshore*.

Précisément, l'accord qui nous est soumis vise à adapter les échanges d'informations fiscales au nouveau statut de l'île, désormais extra-européenne. Parce qu'il permettra donc de consolider la lutte contre la fraude et l'évasion fiscales, le groupe écologiste votera en faveur de sa ratification. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain.*)

**M. le président.** La parole est à M. Michel Magras.

**M. Michel Magras.** Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, madame la présidente de la commission des finances, monsieur le rapporteur, chers collègues, nous examinons aujourd'hui le projet de loi autorisant la ratifica-

tion de l'accord entre la République française et l'Union européenne visant à l'application, en ce qui concerne la collectivité de Saint-Barthélemy, de la législation de l'Union sur la fiscalité de l'épargne et la coopération administrative dans le domaine de la fiscalité.

L'historique ayant déjà été rappelé, je n'y reviendrai pas. Par une délibération en date du 20 octobre 2009, la collectivité de Saint-Barthélemy avait demandé à la France l'engagement du processus de changement de statut en droit européen, conformément au souhait exprimé dès l'élaboration du statut de collectivité d'outre-mer.

J'ai eu l'occasion à maintes reprises d'exposer, devant la Haute Assemblée et la Commission européenne notamment, les raisons qui motivaient ce choix. Je rappellerai simplement que cette démarche visait tout d'abord à protéger le droit de quai, qui n'était pas conforme aux règles européennes. Pour cela, la collectivité devait, comme le prévoyait la loi organique, obtenir le statut de PTOM afin de pouvoir conserver la compétence douanière.

Parallèlement, il s'agissait de disposer de normes plus adaptées au contexte de l'île, le droit commun de l'Union européenne s'avérant souvent exorbitant pour un territoire de la taille de Saint-Barthélemy. Les liens budgétaires avec l'Europe étant quasiment inexistant, la présence européenne à Saint-Barthélemy se traduit essentiellement par des normes.

Le nouveau statut a permis non pas de s'en affranchir intégralement – le droit dérivé continue de s'appliquer dans les matières régies en droit national par l'identité législative –, mais de l'appliquer de façon plus souple. Il reste une source d'inspiration pour la fixation des règles dans les matières relevant de la compétence de la collectivité.

Comme j'ai déjà eu l'occasion de le dire à cette tribune, du fait que les exigences de l'Europe ne s'imposent pas d'emblée à nous en raison de notre statut, la France dispose de toute latitude pour faire de notre territoire un terrain expérimental d'adaptation des règles aux réalités locales. À l'heure où il est beaucoup question d'innovation et de différenciation, une telle démarche me semblerait pertinente.

Ainsi, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, Saint-Barthélemy a cessé de relever du statut de région ultrapériphérique, pour relever de celui de pays et territoire d'outre-mer, associé à l'Union européenne.

Pour autant, attachée aux piliers de l'Union européenne, la collectivité avait souhaité, de même que l'État, conserver l'euro. Un premier accord visant à maintenir cette monnaie était intervenu en 2011.

L'application de la législation européenne en matière de fiscalité et d'épargne locale découle du maintien de l'euro à Saint-Barthélemy.

En outre, l'accord que nous examinons est conforme, plus généralement, au considérant 31 de la décision 2013/755/UE du Conseil relative à l'association des pays et territoires d'outre-mer à l'Union européenne. Il dispose en effet que « la coopération entre l'Union et les PTOM en matière de services financiers devrait contribuer à l'instauration d'un système financier plus sûr, plus sain et plus transparent, élément essentiel pour accroître la stabilité financière mondiale et jeter les bases d'une croissance durable ».

Le chapitre 5 de la décision décline, quant à lui, les principes de la coopération dans le domaine des services financiers et de la fiscalité au titre de la relation entre l'Union européenne et les PTOM.

Ainsi, le présent accord constitue, ni plus ni moins, un prolongement du changement de statut de Saint-Barthélemy. Par ce biais, la France s'engage donc, et à travers elle Saint-Barthélemy, au respect des principes de l'Union européenne dans ces domaines.

Pour ces raisons, cet accord n'appelle pas de remarques particulières sur le fond.

Je souhaite néanmoins saisir l'occasion qui m'est offerte pour indiquer que si cet engagement est une condition, il est aussi une sécurité offerte à Saint-Barthélemy.

Je remercie M. le rapporteur d'avoir rappelé que Saint-Barthélemy ne pouvait en aucun cas être considérée comme un paradis fiscal, puisque les droits bancaire, financier et monétaire relèvent de la compétence de l'État, et non de celle de la collectivité. Par conséquent, si Saint-Barthélemy devait être un paradis fiscal, la responsabilité en incomberait à l'État, et non à la collectivité.

En matière de défiscalisation, j'ai envie de dire que Saint-Barthélemy donne l'exemple, puisque nous nous sommes battus contre la défiscalisation tous azimuts, pour la restreindre aux seuls souhaits de la population. À chaque renouvellement de son conseil territorial, la collectivité dispose d'un délai de deux mois pour transmettre à l'État une délibération déterminant les secteurs dans lesquels elle accepte la défiscalisation.

Concernant le nombre élevé d'entreprises présentes sur le territoire, il doit être perçu non pas comme révélateur de l'existence d'un paradis fiscal, mais comme résultant d'une optimisation du statut d'auto-entrepreneur prévu par la législation française. Ainsi, nombre de nos entreprises n'emploient qu'une seule personne. Cela correspond au fonctionnement économique de la collectivité.

Compte tenu de ce statut fiscal particulier, dans un système financier mondialisé, une réglementation en matière de fiscalité et d'épargne qui ne serait pas liée à des accords multilatéraux serait vulnérable au risque de délinquance dans ce domaine, que Saint-Barthélemy ne souhaite ni encourager ni protéger.

En ce sens, on ne peut que voir dans cette formalisation du maintien de l'application à Saint-Barthélemy de la législation européenne visant notamment à lutter contre la fraude et l'évasion fiscales une mesure de protection. C'est en tout cas ainsi qu'elle est perçue à Saint-Barthélemy.

Au rebours des nombreux clichés présentant Saint-Barthélemy comme un paradis fiscal, notre territoire est particulièrement attaché à la coopération pour assurer la transparence financière et fiscale.

Nous voterons donc en faveur de la ratification de cet accord, dont nous souhaitons la conclusion bien avant que la France ne le signe. *(Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains, du RDSE, du groupe écologiste et du groupe socialiste et républicain.)*

**M. le président.** La discussion générale est close.

Nous passons à la discussion du texte de la commission.

PROJET DE LOI AUTORISANT LA RATIFICATION DE L'ACCORD ENTRE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE ET L'UNION EUROPÉENNE VISANT À L'APPLICATION, EN CE QUI CONCERNE LA COLLECTIVITÉ DE SAINT-BARTHÉLEMY, DE LA LÉGISLATION DE L'UNION SUR LA FISCALITÉ DE L'ÉPARGNE ET LA COOPÉRATION ADMINISTRATIVE DANS LE DOMAINE DE LA FISCALITÉ

**Article unique**

Est autorisée la ratification de l'accord entre la République française et l'Union européenne visant à l'application, en ce qui concerne la collectivité de Saint-Barthélemy, de la législation de l'Union sur la fiscalité de l'épargne et la coopération administrative dans le domaine de la fiscalité, signé à Bruxelles le 17 février 2014, et dont le texte est annexé à la présente loi.

**M. le président.** Personne ne demande la parole?...

Je mets aux voix, dans le texte de la commission, l'article unique constituant l'ensemble du projet de loi.

*(Le projet de loi est définitivement adopté.)*

13

**RESSOURCES PROPRES DE L'UNION EUROPÉENNE**

**Adoption d'un projet de loi dans le texte de la commission**

**M. le président.** L'ordre du jour appelle la discussion du projet de loi autorisant l'approbation de la décision du Conseil du 26 mai 2014 relative au système des ressources propres de l'Union européenne (projet n° 552, texte de la commission n° 686, rapport n° 685).

Dans la discussion générale, la parole est à M. le secrétaire d'État.

**M. Harlem Désir, secrétaire d'État auprès du ministre des affaires étrangères et du développement international, chargé des affaires européennes.** Monsieur le président, madame la présidente de la commission des finances, monsieur le président de la commission des affaires européennes, monsieur le rapporteur, mesdames, messieurs les sénateurs, votre chambre examine aujourd'hui le projet de loi autorisant l'approbation de la décision du Conseil du 26 mai 2014 relative au système des ressources propres de l'Union européenne. Il s'agit d'un texte essentiel, car il constitue l'une des deux clés de voûte du budget de l'Union européenne.

La première clé de voûte, c'est le règlement du Conseil portant cadre financier pluriannuel, qui fixe le cadre des dépenses pour la période 2014-2020 : avec un plafond de 1 083 milliards d'euros en crédits d'engagement et de 1 024 milliards d'euros en crédits de paiement, ce cadre est ambitieux, puisqu'il permet aux politiques communes d'enregistrer une augmentation de 11 % par rapport à la précédente période financière.

La seconde clé de voûte, à savoir le texte dont vous êtes saisis aujourd'hui, définit les conditions de financement du budget de l'Union européenne.

En effet, en vertu de l'article 311 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, celle-ci est financée par des ressources propres, ce qui est un signe d'intégration la distinguant des organisations internationales.

Ce système a toutefois été doublement altéré depuis la première décision du Conseil sur le système des ressources propres, en 1970.

Premièrement, les ressources propres sont aujourd'hui très majoritairement des contributions qui transitent par les budgets des États membres : c'est le cas des ressources liées au revenu national brut des États membres et de celles qui sont issues de la TVA. Cela fait perdre sa singularité au système de financement de l'Union européenne et exacerbe les débats entre États membres sur leur solde net et la notion, en réalité peu pertinente, de « juste retour ».

Deuxièmement, les mécanismes dérogatoires, à commencer bien sûr par le fameux rabais britannique, se sont multipliés et sédimentés au fil des négociations, ce qui nuit au caractère juste et lisible du mode de financement du budget européen.

Toutefois, dès lors que ce système est régi par une décision prise à l'unanimité et ratifiée par les États membres selon leurs règles constitutionnelles respectives, il est devenu très difficile à réformer.

Je vous présenterai donc les grandes lignes de la décision soumise à votre approbation, avant d'évoquer les réflexions développées actuellement sur la réforme du mode de financement de l'Union européenne.

En premier lieu, j'évoquerai les principales dispositions de la décision du Conseil relative au système des ressources propres du 26 mai 2014, qui a vocation à se substituer à la décision du Conseil du 7 juin 2007, actuellement en vigueur et dont vous avez autorisé la ratification en juin 2008. Elle devrait entrer en vigueur en 2016, avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 2014.

Pour une large part, la nouvelle décision confirme les grands principes de la décision « ressources propres » de 2007. Elle ne crée pas de nouvelle ressource propre, mais confirme un système qui repose aujourd'hui sur trois ressources principales : les ressources propres traditionnelles, la ressource propre fondée sur la taxe sur la valeur ajoutée et la ressource fondée sur le RNB.

Cette décision introduit néanmoins plusieurs aménagements.

Ainsi, les frais de perception sur les ressources propres traditionnelles retenus par les États membres sont désormais fixés à hauteur de 20 %, contre 25 % auparavant. Le plafond des ressources propres est fixé à 1,23 %, contre 1,24 % en 2007, du montant des RNB des États membres, en ce qui concerne les crédits de paiement, et à 1,29 %, contre 1,31 % en 2007, du montant total des RNB des États membres pour ce qui est des crédits d'engagement. Ce changement des plafonds ne modifie pas réellement les données budgétaires.

Cette décision consacre aussi un certain nombre de régimes dérogatoires en vue de prendre en compte la situation de certains États membres, considérés comme figurant parmi les principaux contributeurs nets au budget de l'Union européenne.

Comme en 2007, cette décision accorde des réductions spécifiques du taux d'appel TVA pour trois États membres : l'Allemagne, les Pays-Bas et la Suède. Ce taux est fixé à 0,15 %. L'Autriche, qui bénéficiait d'un taux réduit en 2007, n'en bénéficie désormais plus.

Comme en 2007 également, cette décision accorde à certains États membres des rabais forfaitaires sur leur contribution annuelle. En bénéficient les Pays-Bas, à hauteur de 695 millions d'euros, contre 605 millions d'euros pour la période précédente, la Suède, à concurrence de 185 millions d'euros, contre 105 millions d'euros par an auparavant, l'Autriche – 30 millions d'euros en 2014, 20 millions d'euros en 2015 et 10 millions d'euros en 2016 – et, pour la première fois, le Danemark, à hauteur de 103 millions d'euros.

Par ailleurs, les modalités de calcul de la correction dont bénéficie le Royaume-Uni ne sont pas remises en cause.

Au-delà de ces ajustements, il faut déplorer qu'aucune discussion approfondie n'ait pu avoir lieu sur le sujet des ressources propres lors de la négociation sur le cadre financier pluriannuel 2014-2020. L'attention des délégations s'est en effet focalisée sur le volet des dépenses. Certaines ont refusé catégoriquement d'entamer une négociation sur le sujet des ressources propres, posture rendue possible par le fait que les décisions sur les ressources propres ne sont pas bornées dans le temps.

En second lieu, je soulignerai que le débat sur l'avenir du financement de l'Union européenne doit se poursuivre.

Cette conviction que la France partageait avec le Parlement européen a conduit à la création d'un groupe à haut niveau chargé de procéder à un réexamen général du système des ressources propres, en vue de rendre ce dernier plus simple, plus transparent, plus responsable, plus équitable.

C'est l'ancien président du Conseil italien et ancien commissaire européen Mario Monti qui préside les travaux de ce groupe. Je l'ai moi-même rencontré lors de son passage à Paris, afin de lui faire part de nos réflexions.

Les facteurs qui freinent la réforme sont évidemment nombreux et difficiles à surmonter : le verrou de l'unanimité, la difficulté à s'accorder sur une nouvelle ressource propre, l'impact sur les finances publiques des États membres.

Pour autant, nous sommes favorables à une discussion aussi large que possible. Il s'agit de considérer aussi bien la mise en place de nouvelles ressources propres potentielles que les améliorations à apporter aux ressources existantes, en raisonnant à niveau de prélèvement obligatoire stable.

Nous souhaitons également que le système de financement soit plus équitable grâce à une réforme des mécanismes de correction. Une remise en question de l'ensemble des rabais est donc, selon nous, nécessaire.

Quels sont les critères pertinents pour évaluer le bien-fondé de nouvelles ressources propres potentielles ? Selon nous, ils devraient être les suivants : premièrement, un rendement suffisant eu égard au besoin de financement du budget européen ; deuxièmement, la stabilité afin de limiter les aléas sur la ressource RNB d'équilibre ; troisièmement, la commodité technique, le recouvrement de la ressource ne devant pas donner lieu à des charges administratives trop lourdes ; quatrièmement, l'existence d'une assiette fiscale harmonisée d'ici à 2020 ; cinquièmement, l'effet sur le comportement des agents et sur les acteurs économiques,

les ressources devant être en ligne avec les objectifs visés par les politiques de l'Union européenne et faire sens aux yeux des citoyens européens; sixièmement, la proximité avec la clé RNB, afin de faciliter la négociation d'un accord sur de nouvelles ressources et d'éviter que certains États membres ne soient lésés.

Il convient de n'écarter *a priori* aucun champ, financier – je pense à l'idée d'utiliser une partie du produit de la taxe sur les transactions financières –, énergétique, environnemental, numérique, étant entendu que chaque ressource potentielle devra bien sûr être appréciée selon ses mérites propres et à l'aune de critères objectifs et précis.

La mise en place simultanée de plusieurs ressources nouvelles, c'est-à-dire d'un bouquet de nouvelles ressources propres, est sans doute une piste intéressante à suivre.

Vous serez évidemment saisis de toutes ces questions, puisque le groupe à haut niveau devrait rendre son rapport final à la fin de cette année. Ce rapport sera ensuite transmis aux parlements nationaux en vue de la conférence interinstitutionnelle, prévue en juin 2016.

Pour l'heure, il est évidemment très important que le Parlement puisse approuver la décision du Conseil du 26 mai 2014 relative au système des ressources propres de l'Union européenne, car c'est à ce moment-là seulement que le budget européen de la période 2014-2020 pourra être financé conformément à l'accord auquel sont parvenus les chefs d'État ou de Gouvernement en février 2013.

Ce budget européen, nous le savons bien, est essentiel à l'approfondissement des politiques communes et au développement de nos territoires. Je pense aux deux grandes politiques que sont la politique agricole commune et la politique de cohésion, qui représentent respectivement 34 % et 36 % du budget de l'Union européenne et que nous avons veillé à préserver, aux politiques de soutien à la compétitivité, qui mobilisent 15 % de ce budget, en faveur notamment de la recherche ou des grands équipements d'infrastructure, comme la ligne Lyon-Turin ou le canal Seine-Nord en France, ainsi qu'aux projets que le Fonds européen de développement régional, le FEDER, contribue à financer dans le cadre des contrats de plan État-région et au soutien apporté à nos universités et à nos laboratoires de recherche dans le cadre du programme européen Horizon 2020. Ce budget permet enfin le financement de l'action extérieure de l'Union européenne face aux crises internationales.

Nous devons donc nous assurer que les modalités de financement sont compatibles avec le cadre financier pluriannuel. Tel est le sens du projet de loi sur lequel le Parlement est appelé à se prononcer aujourd'hui. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain, du groupe écologiste et du RDSE. – M. Yves Pozzo di Borgo applaudit également.*)

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

**M. François Marc, rapporteur de la commission des finances.** Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, madame la présidente de la commission des finances, mes chers collègues, le projet de loi qui nous est soumis vise à autoriser l'approbation de la décision du Conseil de l'Union européenne du 26 mai 2014 relative au système des ressources propres de l'Union européenne. Cette nouvelle décision a vocation à se substituer à la décision du Conseil du 7 juin 2007, mais elle est applicable depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2014, quelle que soit la date de son entrée en vigueur! Ses effets seront donc rétroactifs.

La décision dont le projet de loi vise à autoriser l'approbation fait suite à l'accord sur les perspectives financières 2014-2020 issu du Conseil européen des 7 et 8 février 2013. Elle constitue le volet relatif aux recettes du cadre financier pluriannuel.

L'autre volet, relatif aux dépenses, a été fixé par un règlement du Conseil du 2 décembre 2013. Ce règlement a par exemple arrêté, pour la période 2014-2020, les plafonds annuels de dépenses et leur composition par catégorie de dépenses, que l'on appelle dorénavant « rubrique » dans le vocabulaire de l'Union européenne.

Comment le budget de l'Union européenne est-il équilibré, puisque recettes et dépenses sont régies par deux textes différents? En pratique, le principe d'équilibre entre recettes et dépenses conduit à une sorte d'encadrement du budget de l'Union européenne par les règles fixées par ces deux types de textes. Celui qui nous occupe aujourd'hui concerne le système de financement de l'Union européenne, sans préjuger du niveau des dépenses ou de leur répartition. Il s'agit donc d'une « tuyauterie » destinée à alimenter le budget, mais pas d'une autorisation de dépenses.

J'indique toutefois que, pour chacune des années couvertes par le cadre financier pluriannuel, le total des crédits ouverts en dépenses ne peut conduire à un taux d'appel des ressources propres supérieur à un plafond donné, soit 1,23 % du revenu national brut des États membres.

Dans la limite de ces plafonds annuels globaux, le financement de l'Union européenne par ses ressources propres s'ajuste au niveau des dépenses votées chaque année.

Pour mémoire, les perspectives financières 2014-2020 représentent un peu plus de 1 000 milliards d'euros, soit une hausse de 11 % par rapport à la programmation 2007-2013. Il s'agit donc d'un budget annuel de l'Union européenne d'environ 150 milliards d'euros sur la période 2014-2020.

Le calcul des contributions nationales se fait en appliquant une « correction » à la contribution britannique, dite « chèque » ou « rabais », qui consiste à rembourser au Royaume-Uni les deux tiers de la différence entre sa participation au budget communautaire et les retours qu'il perçoit. La charge résultant de cette correction est répartie entre les autres États membres.

Toutefois, d'autres États fortement contributeurs, comme l'Allemagne, la Suède, les Pays-Bas ou l'Autriche, bénéficient d'un « rabais sur le rabais » : leur participation au financement du « chèque » britannique est écartée de 75 %. Ils ne payent donc que 25 % du montant qu'ils devraient théoriquement acquitter. D'autres corrections sont appliquées : ces quatre États bénéficient ainsi de taux d'appel de TVA allégés et une réduction forfaitaire des contributions RNB profite aux Pays-Bas et à la Suède.

Toutes ces corrections, qui représentent autant de « manques à gagner » pour le budget européen, sont financées par la ressource RNB, ressource d'équilibre, et, par conséquent, par l'ensemble des autres États membres, au prorata de leur part relative dans le revenu national brut de l'Union européenne.

La France est aujourd'hui le deuxième pays contributeur au budget communautaire, à hauteur d'environ 17 % du total des ressources, derrière l'Allemagne. La France est également contributeur net, au sens où sa contribution au budget communautaire est supérieure aux dépenses de ce budget

réalisées sur son sol. Ce solde net négatif s'élevait à 9,4 milliards d'euros en 2013 et il ne cesse de se détériorer : il a ainsi été multiplié par près de vingt-quatre depuis 1999.

La décision du 26 mai 2014, dont il nous est ici demandé d'autoriser l'approbation, ne change pas grand-chose, et il n'est pas faux de dire que le cadre financier pluriannuel 2014-2020 constitue une occasion de réforme ratée : nous aurions pu, ou dû, supprimer tous ces rabais que je viens d'énumérer, comme le demandait la France et comme l'avait du reste proposé la Commission européenne dans son projet du 29 juin 2011.

La nouvelle décision, telle qu'elle nous est proposée, maintient en effet l'essentiel du système en vigueur, voire renforce ses défauts.

Ainsi, le Danemark bénéficiera d'un nouveau rabais forfaitaire sur sa contribution RNB ; la Suède et les Pays-Bas voient leur rabais forfaitaire sur la contribution RNB augmenter ; l'Autriche a obtenu un nouveau rabais temporaire dégressif pour sa ressource RNB... Autre exemple, le « chèque déguisé » en faveur des gros importateurs, en particulier des Pays-Bas, qui concerne les frais de perception au titre des droits de douane, est maintenu, bien qu'un peu réduit. En effet, les frais de perception retenus par les États membres vont passer de 25 % à 20 %, alors que les frais réels de perception sont de l'ordre de 2 % du produit fiscal.

Au total, la France devra donc contribuer davantage au financement des différents rabais en vertu de ce compromis qui résulte du processus de négociation entamé en 2011 et qui a abouti au Conseil européen de février 2013, puis à la décision du Conseil du 26 mai 2014. Sur la période 2014-2020, la contribution de la France au budget de l'Union européenne devrait s'élever à un peu plus de 153 milliards d'euros, soit environ 22 milliards d'euros en moyenne par an.

Je tiens cependant à souligner que l'évolution des contributions des États membres au budget de l'Union européenne entre 2014 et 2020 résulte surtout de la croissance du budget communautaire, la nouvelle décision sur les ressources propres n'affectant, pour l'essentiel, que les modalités de calcul des contributions.

Il n'en reste pas moins que notre situation de contributeur net devrait probablement encore s'accroître. Monsieur le secrétaire d'État, pouvez-vous nous le confirmer et disposez-vous de simulations concernant l'évolution dans les prochaines années de ce solde négatif pour notre pays ?

En 2016, la date d'entrée en vigueur de la nouvelle décision sur les ressources propres devant être le 1<sup>er</sup> janvier 2014, notre contribution augmentera de manière plus marquée, en raison d'une application rétroactive des corrections et rabais sur les années 2014 et 2015 : un montant de l'ordre de 22 milliards à 23 milliards d'euros est évoqué pour le projet de loi de finances pour 2016. Peut-être pourrez-vous nous préciser ce chiffre, monsieur le secrétaire d'État ?

Sous le bénéfice de ces observations, la commission des finances propose d'adopter ce projet de loi, en dépit des défauts de la nouvelle DRP. Je rappelle que le mode de fonctionnement de la construction européenne impose d'aboutir à des compromis toujours imparfaits.

Je déplore bien évidemment que nous soyons éloignés des traités fondateurs, qui prévoyaient d'abonder le budget européen par le biais de ressources propres, et non par celui de contributions prélevées sur les budgets nationaux des États

membres. Le système actuel de financement de l'Union européenne restera, de plus, dénaturé par la multiplicité des rabais et corrections. La France et l'Italie seront, d'ici à 2020, les seuls contributeurs nets à ne pas bénéficier d'un rabais spécifique !

Il faut maintenant poursuivre la réflexion sur la réforme du système des ressources propres à l'horizon de 2020, comme vous l'avez indiqué, monsieur le secrétaire d'État. Tel est l'enjeu de la création, l'année dernière, du groupe à haut niveau, présidé par Mario Monti, dont l'objectif est de procéder à un réexamen du système des ressources propres en vue de le rendre plus simple, plus transparent et plus responsable.

Dans ces conditions, il serait opportun que le Gouvernement indique au Sénat quelle position la France fera valoir et si elle compte prendre des initiatives en la matière. Dans une déclaration récente, le Président de la République a en effet annoncé qu'il souhaitait que le produit de la future taxe sur les transactions financières soit affecté à la lutte contre le changement climatique. Or le Conseil européen de février 2013 indiquait que cette taxe pourrait aussi servir de base à une nouvelle ressource propre pour le budget de l'Union européenne. Monsieur le secrétaire d'État, pouvez-vous nous préciser la position de la France sur ce point ?

Au-delà des grandes exigences relatives aux ressources propres que vous avez rappelées – rendement, stabilité, commodité technique, assiette fiable, anticipation des effets sur les agents économiques et proximité avec le RNB –, pouvez-vous nous indiquer la nature des financements que la France souhaite privilégier ?

Bien entendu, nous examinerons avec vigilance le rapport que le groupe à haut niveau rendra en 2016 et nous serons très attentifs aux évolutions indispensables du financement de l'Union européenne. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain. – MM. André Gattolin et Yves Pozzo di Borgo applaudissent également.*)

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Claude Requier.

**M. Jean-Claude Requier.** Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, madame la présidente de la commission des finances, monsieur le président de la commission des affaires européennes, monsieur le rapporteur, mes chers collègues, je souhaiterais tout d'abord rappeler des chiffres éloquentes, mentionnés par le rapporteur lors des travaux en commission : en 1999, la contribution nette de la France au budget de l'Union européenne était de 400 millions d'euros ; elle est aujourd'hui de près de 10 milliards d'euros.

Cet accroissement considérable, en valeur, de notre contribution au budget européen depuis le passage à la monnaie unique s'explique principalement par l'élargissement aux pays de l'ancien bloc de l'Est, dont les économies sont pour la plupart, et c'est compréhensible, en rattrapage, et qui sont donc des bénéficiaires nets.

La France, qui bénéficie aussi des aides européennes au travers de la politique agricole commune et des fonds structurels, est donc, de loin, l'un des plus gros pays contributeurs de l'Union. Cette réalité mérite d'être rappelée pour que nous puissions aborder sans *a priori*, mais conscients de notre légitimité, le sujet des ressources propres.

Ce système, dit des « ressources propres de l'Union européenne », a ceci de particulier qu'il reste encore aujourd'hui en grande partie un objectif à atteindre plus qu'une réalité. En effet, l'Union européenne tire pas moins

de 75 % de ses revenus de la ressource RNB, ce qui se traduit concrètement par une contribution directe de ses États membres. Pour la France, le montant de cette contribution représente 20,74 milliards d'euros en 2015, ce qui fait de notre pays le deuxième contributeur au budget européen après l'Allemagne. En 2016, ce montant s'élèvera à 22,8 milliards d'euros, soit une hausse de 10 %, en partie causée par l'application rétroactive de la décision sur les ressources propres dont nous nous apprêtons à autoriser l'approbation.

La ressource RNB elle-même est de plus en plus dénaturée par le rabais britannique – le fameux « chèque » de Mme Thatcher – et les nombreux « rabais sur les rabais » obtenus par d'autres pays, essentiellement d'Europe du Nord et de Scandinavie – Allemagne, Autriche, Pays Bas et Suède –, qui ne sont donc pas toujours aussi vertueux que la France et l'Italie, pays dits latins.

Alors qu'il devait supprimer ces rabais, le cadre financier pluriannuel pour 2014-2020 les a, au contraire, reconduits, et même renforcés. La pratique budgétaire communautaire s'écarte donc de plus en plus de ce que prévoient les traités. Cette évolution devient préoccupante, car elle mine toujours davantage le consentement des États et des peuples à poursuivre la construction européenne.

Pourtant, les pistes ne manquent pas pour remédier à cette situation.

En premier lieu, l'idée de la mise en place d'une taxe sur les transactions financière, dont le produit serait consacré au financement du budget communautaire, a été présentée ici même par le RDSE et un temps défendue par la France, mais sa concrétisation tarde à venir, compte tenu des réticences britanniques. Par ailleurs, le Président de la République souhaite désormais affecter son produit à la lutte contre le changement climatique. Monsieur le secrétaire d'État, qu'en est-il exactement ?

En deuxième lieu, la hausse des droits de douane aux frontières de l'Union est une autre hypothèse à envisager sans tabou. Les droits de douane prélevés par les États membres et versés au budget commun constituent l'une des ressources historiques de l'Union européenne. Il s'agissait même à l'origine de sa ressource principale, avant l'abaissement systématique de ces droits par les politiques de libéralisation menées à partir des années quatre-vingt. Les Européens, qui réalisent la majorité de leur commerce avec d'autres partenaires européens, ne devraient pas craindre d'aborder ce sujet et s'inspirer de ce que font déjà les États-Unis ou la Chine, plus conscients de leurs intérêts et surtout plus soucieux de les préserver. Loin d'entraîner un repli protectionniste, la hausse des droits de douane permettrait de financer des politiques ambitieuses d'investissement dans les secteurs et les technologies d'avenir. Gambetta disait que la politique est l'art du possible : ne nous privons donc d'aucune possibilité !

Une troisième piste, plus réaliste à court terme, passe par la réforme de la ressource TVA, qui représente 13 % du budget total de l'Union. Cette ressource pourrait contribuer beaucoup plus au financement de ce dernier si les États s'attaquaient plus sérieusement à la lutte contre la fraude à la TVA, estimée à 150 milliards d'euros, soit ni plus ni moins que le budget annuel de l'Union. La réforme de la ressource TVA permettrait aussi de relancer le débat sur l'harmonisation fiscale au niveau européen.

Enfin, l'Union doit accentuer ses efforts pour mieux taxer les activités liées aux technologies numériques, comme le e-commerce ou la consommation des biens culturels en ligne, et profiter ainsi des dividendes de la révolution numérique. Pour l'heure, la Commission européenne n'en est encore qu'aux balbutiements dans sa tentative d'instaurer un rapport de force avec les géants américains du numérique.

Vous le voyez, mes chers collègues, la décision relative au système des ressources propres de l'Union européenne est profondément, intrinsèquement politique. Afin de respecter la volonté des peuples européens, toutes les évolutions futures devront associer étroitement les parlements nationaux.

Considérant que les parlementaires français doivent laisser la porte ouverte à la possibilité de réformes futures, l'ensemble des membres du RDSE, groupe historiquement et très majoritairement pro-européen, voteront en faveur de l'adoption du présent projet de loi. (*Applaudissements sur les traversés du groupe socialiste et républicain.* – M. Yves Pozzo di Borgo applaudit également.)

**M. le président.** La parole est à M. Yves Pozzo di Borgo.

**M. Yves Pozzo di Borgo.** Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, mes chers collègues, à première vue, ce projet de loi semble ne relever que d'une pure formalité. Nous devons intégrer dans notre droit national la décision du Conseil européen du 26 mai 2014 relative au système des ressources propres, alors que celle-ci est d'ores et déjà appliquée sur le plan européen.

Pourtant, à y regarder de plus près, ce texte soulève d'importantes questions quant à la dimension politique que nous accordons au budget de l'Union européenne.

Il s'agit de la septième décision de ce type, et pourtant nous restons encore prisonniers d'une architecture budgétaire archaïque qui fragilise l'Union européenne face aux autres grands ensembles continentaux de dimension comparable. Je pense notamment aux États-Unis.

**Mme Fabienne Keller.** C'est vrai !

**M. Yves Pozzo di Borgo.** Le budget annuel moyen de l'Union européenne dans le nouveau cadre financier pluriannuel est de 150 milliards d'euros environ, quand le budget fédéral américain pour 2015 est de 1 100 milliards de dollars, soit un peu moins du décuple ! Je n'évoquerai pas le volet de l'endettement, puisque celui-ci est proscrit en Europe par les traités.

Ce volume représente à peine plus d'un point de notre produit continental brut, ce qui est bien trop faible. Les économistes s'accordent à dire qu'il faudrait que le budget de l'Union atteigne au moins cinq points de PIB pour qu'il puisse avoir un vrai poids économique et permette de mener une véritable politique budgétaire au plan continental.

Cette faiblesse budgétaire rend plus difficile le parachèvement politique de l'Union européenne. Sans budget autonome, nous ne pouvons pas amortir les chocs économiques à l'échelle de l'Union, ni mettre en place une défense intégrée. On pourrait multiplier les exemples. Sans budget suffisant, il n'y a tout simplement pas de structure politique viable. À quoi bon, en effet, avoir un ministre européen des finances ou encore un service européen du Trésor si l'Union ne dispose pas d'un budget suffisant ou de la capacité de s'endetter ? Il faudra s'interroger à ce sujet, car l'endettement est un moyen d'accroître l'action de l'Europe, à condition de

faire preuve de prudence : les excès de l'endettement aux États-Unis ou dans certains pays européens, comme la France, nous y obligent.

Ces contraintes stimulent au moins la créativité des décideurs européens, qui parviennent encore, malgré elles, à dessiner des perspectives d'avenir pour notre continent.

À ce titre, nous ne pouvons que saluer encore une fois le travail accompli par la Commission Junker concernant le plan d'investissement européen. À défaut de pouvoir s'endetter auprès d'acteurs privés, il faut que l'Union européenne parvienne à faire participer ces derniers au financement de projets d'investissements stratégiques. La démarche est certes innovante, mais plus longue, plus diffuse et soumise à beaucoup plus d'aléas qu'un transfert budgétaire classique.

Le budget de l'Union ne s'est donc pas encore imposé comme l'expression financière d'une politique continentale et fédérale pleinement assumée. Il reste encore trop souvent, je le regrette, le produit des égoïsmes nationaux et pâtit de l'absence de ressources autonomes et dynamiques. On ne peut pourtant pas invoquer la solidarité européenne le matin et jouer un jeu purement individualiste le soir.

Nous avons besoin d'un budget européen significatif et intégré, et même fédéral, comme le souhaitent les centristes, car nos sociétés devront faire face, dans les prochaines années, à des défis que les seules capacités d'action des États membres ne permettront pas de relever.

Nous savons déjà que notre sécurité et que la lutte contre le terrorisme international se jouent sur le plan européen. Il en va de même pour la crise migratoire, la lutte contre le réchauffement climatique ou même le règlement définitif de la crise grecque.

La mise en place d'un budget fédéral n'est donc pas un simple ornement politique ; c'est une nécessité pratique et incontournable, face à laquelle les égoïsmes nationaux n'ont pas leur place.

À ce stade, l'Union européenne dispose de deux types de ressources propres : des ressources fiscales autonomes issues de la TVA et des droits de douane, d'une part, et des recettes liées au revenu national brut des États, d'autre part, représentant respectivement un peu moins de 30 % et 70 % du budget de l'Union.

Concernant la recette RNB, son évaluation est devenue l'occasion de l'expression la plus aboutie des égoïsmes nationaux. M. Marc a très justement dressé, dans son rapport, la liste des « rabais », des arrangements financiers, voire des « rabais sur le rabais » qui contribuent à amoindrir le poids de la politique budgétaire de l'Union. Nous pourrions revenir sur les rabais britannique, danois ou allemand ; l'inventaire serait finalement assez proche de la liste des contributeurs nets au financement de l'Union européenne. *In fine*, seules l'Italie et la France demeurent des contributeurs nets ne bénéficiant d'aucune contrepartie financière d'aucune sorte. D'aucuns pourraient crier au scandale ; pour ma part, je me réjouis que la France joue pleinement le jeu du financement de l'Union européenne.

Concernant les recettes autonomes, elles ne pourront se développer qu'en reconsidérant la portée du principe de subsidiarité entre l'Union et les États membres.

Les États et les gouvernements ne transmettent jamais que des ressources archaïques et trop peu dynamiques. Il faut donc imaginer des recettes nouvelles pour asseoir l'autorité politique de l'Europe.

La taxe sur les transactions financières a longtemps été évoquée comme une potentielle ressource d'avenir. Là encore, les interrogations sont trop nombreuses. Depuis longtemps, les centristes appellent de leurs vœux la création d'une telle taxe, au plan européen d'abord, mondial ensuite. Toutefois, toutes les nations européennes ne sont pas prêtes à jouer ce jeu. Le Royaume-Uni y est fortement opposé, pour des raisons évidentes : selon *Les Échos* de jeudi dernier, la place financière de Londres est passée devant celle de New York, tandis que Paris se classe au trente-septième rang... Ajoutons que Londres est devenu le paradis fiscal légal le plus important du monde : c'est ainsi ! L'Allemagne, quant à elle, est très faiblement attachée à la création d'une telle taxe, puisque les principales banques allemandes sont cotées en Angleterre.

Enfin, au-delà de la seule question de l'assiette territoriale de cette taxe, se pose celle de sa destination. Son produit doit-il alimenter le budget de l'Union européenne ? Doit-il, comme l'a évoqué le Président de la République, financer la politique environnementale ? Doit-il, comme je l'avais proposé au nom du groupe UDI-UC lors de l'examen du collectif budgétaire de l'été 2014, financer la lutte contre le sous-développement *via* l'Organisation des Nations unies ? La question n'est pas encore tranchée, et je crois qu'elle n'est pas inscrite à l'agenda européen.

Cela pose, plus largement, la question d'une imposition directe par l'Union européenne. Un prélèvement européen supplémentaire serait actuellement mal perçu par nos concitoyens, après les hausses d'impôts nationaux de ces dernières années. Retenir cette option serait d'autant plus mal vécu que rarement le sentiment de défiance à l'égard de l'Union européenne a été aussi répandu.

En outre, la création d'une telle ressource imposerait de profondes réformes institutionnelles au sein même des organes de l'Union, afin de faire davantage de place au Parlement européen face à la Commission et au Conseil. On imagine en effet mal un parlement qui voterait l'impôt ou exprimerait le consentement des citoyens sans bénéficier de davantage de prérogatives institutionnelles.

Il faut donc prendre le problème à la racine. Le Gouvernement demande la disparition de tous les rabais : cela va dans le bon sens, mais ce n'est pas suffisant.

L'instauration d'un vrai budget européen suppose de reconsidérer la portée même du principe de subsidiarité. Pour qu'un budget politique de l'Union émerge, il faudrait, schématiquement, que les États fassent moins, pour que l'Union fasse plus. Dès lors, l'Union serait fondée à capter à due concurrence les recettes nécessaires à l'exercice de ses nouvelles compétences. Tel est le modèle qui prévaut dans tous les États fédéraux de dimension continentale, tels les États-Unis ou le Brésil. Si nous souhaitons que l'Europe fasse le saut qualitatif dont nous avons besoin, c'est dans cette direction que nous devons nous orienter.

En l'espèce, le présent projet de loi ne répond pas à ces questions. Il tend à s'accommoder de ce qui existe déjà et à l'aménager à la marge. Ce n'est pas à la hauteur d'une véritable ambition européenne, mais cela suffit à sauvegarder l'ordinaire. Le groupe UDI-UC, fort de sa profonde conviction,

tion européenne, ne peut donc que soutenir ce texte, même s'il manque cruellement de dimension politique pour l'Européen convaincu et exigeant que je suis. (*Mme Fabienne Keller, MM. André Gattolin et Jean-Claude Requier applaudissent.*)

**M. le président.** La parole est à M. Jean Bizet.

**M. Jean Bizet.** Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, madame la présidente de la commission des finances, monsieur le rapporteur, mes chers collègues, ce débat sur les ressources propres de l'Union européenne est récurrent. Je rejoindrai à peu de choses près l'analyse et les conclusions des orateurs qui m'ont précédé.

Les difficultés sont connues, les arguments sont répétés, mais rien ne bouge. Chaque négociation aboutit à des ajustements à la marge. Pis, les défauts pourtant dénoncés s'aggravent !

La négociation sur le cadre financier pluriannuel 2014-2020 n'a pas échappé à ce triste constat. Comme le souligne notre collègue François Marc, dont je salue le rapport, le Conseil européen de février 2013 a décidé de maintenir pour l'essentiel le système en vigueur. La nouvelle décision relative au système des ressources propres en aggraverait même les défauts.

On ne peut aborder la question des ressources propres sans relever au préalable deux spécificités du débat budgétaire européen.

Première observation, ce débat budgétaire est quelque peu tronqué. Les dépenses sont votées annuellement, dans les limites, certes, d'un cadre financier pluriannuel programmé sur sept ans. Le système de financement est, quant à lui, déterminé par une décision relative au système des ressources propres qui est calée sur la durée du cadre financier. Elle ne fait donc l'objet d'une révision qu'au terme de chaque cadre financier.

Ainsi, la précédente décision « ressources propres » remonte à 2007. Le volet « recettes » est en quelque sorte subsidiaire, puisqu'il n'est traité que tous les sept ans. Il reste, en outre, entièrement entre les mains des États membres. Si l'on ajoute que la règle de l'unanimité s'applique pour l'adoption des décisions « ressources propres », on comprend que la structure du financement de l'Union européenne ne peut évoluer que très lentement !

Ma seconde observation préalable portera sur la faiblesse du budget européen. Nous le disons depuis longtemps, mais comment traiter des ressources du budget européen sans, à nouveau, constater la modestie de celui-ci ? Après de laborieuses négociations, le Conseil européen a retenu, en 2013, un montant de quelque 1 000 milliards d'euros sur sept ans, soit un budget annuel de quelque 150 milliards d'euros, représentant seulement environ 1 % du produit intérieur brut européen. Il y a donc un décalage manifeste entre les grandes ambitions affichées dans les traités et les moyens financiers mobilisés pour les concrétiser.

Je pense que le discrédit dont souffre l'Union européenne aux yeux de nos concitoyens est en partie dû à l'insuffisance de ses moyens financiers au regard des actions à mener. Yves Pozzo di Borgo a fait tout à l'heure un parallèle avec les États-Unis : l'architecture n'est certes pas tout à fait la même, mais il reste que les budgets sont sans commune mesure.

J'en viens plus directement au financement du budget européen. Depuis la décision du Conseil du 21 avril 1970, celui-ci doit, en principe, reposer sur des ressources propres. M. le rapporteur a rappelé quelles en étaient les principales composantes. Qu'a-t-on observé dans la pratique ? La part des ressources traditionnelles est toujours plus marginale. La ressource TVA, qui représentait 57 % des ressources propres en 1984, a elle aussi baissé continuellement : elle constituait 13 % des recettes en 2013. En revanche, la ressource RNB n'a cessé d'augmenter : elle représente désormais 75 % du financement total du budget européen. On est ainsi revenu à la situation qui prévalait avant 1970 !

Disons-le clairement, cette situation est contraire à la fois à la lettre et à l'esprit des traités : à la lettre, puisque le traité prévoit que « le budget est, sans préjudice des autres recettes, intégralement financé par des ressources propres » et qu'« il est possible d'établir de nouvelles catégories de ressources propres » ; à l'esprit, car les traités impliquent que les objectifs qu'ils assignent aux politiques européennes soient financés de façon autonome.

Cette incapacité de l'Union à se doter de véritables ressources propres n'a fait qu'attiser le débat périlleux sur le « juste retour » et les « soldes nets ». Le débat sur le financement de l'Union s'est transformé en discussion de boutiquiers. Les rabais et corrections ont gangrené le dispositif. Ce que l'on appelle le « chèque » britannique s'est sans cesse complexifié. Il a aussi fait tache d'huile : de plus en plus d'États membres contributeurs nets ont obtenu des compensations au nom du « juste retour ».

Or ce débat sur le « juste retour » a un effet délétère. Le « solde net » est devenu un point de fixation. Il met en cause le principe de solidarité. Il rabaisse le projet européen à un jeu comptable. Chaque État scrute le budget européen pour évaluer, ligne par ligne, son juste taux de retour, là où, au contraire, les politiques européennes devraient être conçues et appliquées en fonction de la plus-value globale qu'elles apportent à l'Union dans son ensemble.

Au passage, nous devons nous préoccuper de la situation de la France dans ce mode de financement du budget européen. Notre pays est le seul contributeur net avec l'Italie à ne pas bénéficier d'un rabais spécifique.

Comme l'a expliqué François Marc, la France, opposée par principe aux rabais, n'avait pas souhaité en demander pour elle-même pendant les négociations. Or elle se trouve aujourd'hui être le principal financeur du « chèque » britannique, cela dans un contexte où la contribution française au budget européen augmente depuis trente ans. Elle a ainsi été multipliée par cinq depuis 1982. La France est le deuxième contributeur au budget européen derrière l'Allemagne. Il est vrai qu'elle est le deuxième bénéficiaire des dépenses de l'Union derrière la Pologne, grâce aux dépenses de la politique agricole commune. Cependant, elle affiche un solde net négatif de plus de 9 milliards d'euros, qui ne cesse de se détériorer. J'ajoute que nous avons tout lieu d'être inquiets de l'évolution qui pourrait résulter de la position britannique sur la politique agricole commune. Si celle-ci devait être fragilisée, la situation de la France serait encore plus délicate.

En définitive, même si nous voterons le texte qui nous est soumis, lequel reflète le compromis trouvé entre les États membres au sein du Conseil européen, nous voyons bien que ce système à la fois opaque et obsolète doit évoluer.



Constatons que l'adoption du « paquet législatif » proposé par la Commission européenne en 2011 aurait permis de faire bouger les lignes. Au total, dans le dispositif envisagé par la Commission et selon ses estimations, les ressources RNB auraient été ramenées autour de 40 % en 2020. En outre, la Commission proposait une simplification radicale des rabais.

On ne peut que prendre acte du choix des États membres de ne pas donner suite à ces propositions de la Commission européenne. Toutefois, le dossier n'est pas clos, tant le système actuel présente de défauts. Il faut donc porter au crédit du Parlement européen d'avoir obtenu la mise en place d'un groupe de haut niveau interinstitutionnel. C'était, avec la flexibilité dans les dépenses, la condition posée par le Parlement pour approuver le cadre financier pluriannuel. Il revient à ce groupe, présidé par Mario Monti, de procéder à un réexamen général du système des ressources propres. Un premier rapport d'évaluation a été présenté en décembre 2014. Nous attendons maintenant, pour 2016, le second rapport, qui devra formuler des recommandations. Ce sera un moment important, puisque ces recommandations seront examinées dans le cadre de la révision du cadre financier pluriannuel.

Dans cette perspective, il nous semble que la démarche doit être ambitieuse. Elle doit permettre d'aller réellement dans le sens de la simplification et de la transparence. Elle doit aussi permettre de répondre aux dispositions des traités en augmentant très sensiblement la part des ressources propres dans le financement européen et en réduisant d'autant celle de la ressource d'équilibre RNB.

Pour cela, il faut explorer toutes les pistes. C'est ce qu'a fait la commission des affaires européennes sur les rapports successifs de François Marc et de notre ancien collègue Pierre Bernard-Reymond.

Il faudra aussi lever les incertitudes. La discussion relative à la création d'une taxe sur les transactions financières semble avoir progressé dans le cadre d'une coopération renforcée. C'est une première avancée. Le Conseil européen avait envisagé, en 2013, que son produit pourrait alimenter le budget européen. Toutefois, comme l'a relevé le rapporteur général Albéric de Montgolfier, le Président de la République a, quant à lui, indiqué que cette taxe pourrait financer la lutte contre le changement climatique, qui est une autre urgence ! Monsieur le secrétaire d'État, une clarification est donc indispensable, car l'appréciation que nos concitoyens portent sur l'Union européenne est à l'aune des moyens financiers dont elle dispose pour mener un certain nombre de politiques.

Sous le bénéfice de l'ensemble de ces observations, nous voterons le projet de loi qui nous est soumis. Nous en arrivons à ce paradoxe d'être pratiquement tous d'accord pour voter un texte dont nous soulignons tous l'imperfection ! (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains et de l'UDI-UC. – M. André Gattolin applaudit également.*)

**M. le président.** La parole est à M. André Gattolin.

**M. André Gattolin.** Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, mes chers collègues, en prélude au marathon budgétaire qui nous attend à partir de novembre, nous voilà aujourd'hui réunis pour discuter du financement de l'Union européenne.

Pour un Européen convaincu comme moi, débattre d'un tel sujet constitue *a priori* une véritable aubaine. La question des ressources propres est en effet tout simplement primordiale, car c'est du budget de l'Union et de ses ressources, ainsi que de son contrôle démocratique, que dépend aujourd'hui en grande partie la relance économique et politique de l'Europe.

La décision du Conseil du 26 mai 2014 dont nous débattons est le fruit de longues négociations, qui ont débuté en 2011. À l'origine, les propositions de la Commission étaient fort audacieuses. Hélas, nous constatons aujourd'hui que les résultats sont bien maigres, pour ne pas dire franchement décevants !

Vous le savez, mes chers collègues, je tente le plus souvent de faire preuve de pondération dans mes propos, mais je ne vois pas comment je pourrais ne pas parler de supercherie à propos du mécanisme actuel de financement de l'Union européenne !

Nous sommes en effet devant une décision qui perpétue – François Marc l'a très bien rappelé tout à l'heure – un système contraire à la volonté des pères fondateurs de l'Europe et n'ayant de « ressources propres » que le nom.

La part des ressources propres dites « traditionnelles » dans le budget de l'Union, à savoir les droits de douane, les prélèvements agricoles et les cotisations sur le sucre, n'a cessé de diminuer au fil des ans, pour se stabiliser à un niveau marginal.

En outre, ces dernières années, l'Union a multiplié les accords commerciaux et bilatéraux. Cette libéralisation des échanges a alors eu pour conséquence un abaissement drastique des droits de douane à l'entrée de l'Union sans qu'on ne leur substitue de véritables nouvelles ressources directes.

À titre d'illustration, dans le cadre des négociations sur l'accord économique et commercial global, le CETA, hier, et du traité transatlantique de commerce et d'investissement, le TTIP, aujourd'hui, j'ai à maintes reprises demandé, notamment aux commissaires européens, des études d'impact, pays par pays, sur les retombées économiques de ces accords, mais également des analyses précises de l'incidence de l'abaissement des droits de douane qui en découlerait sur le financement du budget de l'Union européenne.

Aujourd'hui, il semblerait que nous ne disposerons pas de telles études avant 2016, avant l'aboutissement espéré des négociations sur le TTIP. Quelle en sera alors l'utilité ?

Quant à la ressource TVA, elle a continuellement diminué depuis vingt ans : elle représentait 13 % des ressources propres en 2013, contre 57 % en 1984.

Or, loin de marquer un changement, la présente décision renforce des mécanismes qui contribuent au déséquilibre et à l'opacité d'un système de financement déjà largement inéquitable. Je pense ici aux pratiques bien regrettables des corrections concédées à certains États membres pour le calcul de leur contribution. Elles complexifient le système et font peser sur les autres États une charge financière supplémentaire.

Évidemment, je ne vous apprends rien en vous disant cela. Les problèmes sont depuis longtemps identifiés et connus de tous. Notre ancien collègue Pierre Bernard-Reymond, à qui je rends hommage, en faisait déjà état dans son excellent rapport de février 2012 sur les ressources propres de l'Union.

Cet épineux dossier est en débat depuis les années quatre-vingt-dix, mais rien n'a vraiment changé depuis. Le sujet a toujours été traité avec frilosité, pour les raisons que nous connaissons bien. Pour aboutir, toute réforme fiscale requiert d'être adoptée à l'unanimité, ce qui suppose que chacun dépasse ses intérêts nationaux.

À cela s'ajoute une procédure budgétaire déséquilibrée, le Parlement national et le Parlement européen ne pouvant qu'avaliser ou rejeter le texte qu'il leur est demandé d'examiner, sans avoir de réel pouvoir budgétaire.

En dépit de tout, et dans ce contexte, je mettrai cependant en exergue une petite note positive.

En février 2014, à la suite de longues négociations et en raison de la pression de nos collègues du Parlement européen, un groupe d'experts présidé par Mario Monti a été créé. Il a pour mission de réexaminer le système de financement de l'Union.

Dans leur évaluation préliminaire de février dernier, les experts de ce groupe, loin d'être tendres, ont pointé du doigt la dépendance actuelle du budget de l'Union européenne aux intérêts de ses États membres, sur laquelle ils se sont montrés très critiques.

Je regrette cependant que ce groupe, plutôt que de prôner une réforme globale se borne d'ores et déjà à des propositions d'adaptation, même si je sais que l'unanimité oblige fatalement à restreindre toute volonté réformatrice et à se satisfaire d'un compromis.

J'espère néanmoins que ces travaux se poursuivront sans tabou, car plusieurs équilibres doivent être rétablis. De simples aménagements ne suffiront pas !

Tout d'abord, il faut, sans délai, doter l'Union européenne d'un budget important, qui soit de nature à créer des effets d'investissement et de redistribution en son sein.

Il faut également que ce budget repose majoritairement sur des ressources réellement propres.

Les réponses se trouvent certainement dans l'instauration d'une taxe – ambitieuse ! – sur les transactions financières – mais nous en sommes loin ! –, une convergence fiscale de l'impôt sur les sociétés ou encore une taxe carbone.

En effet, sans budget, on ne fait guère de politique et, sans procédure budgétaire fondée sur des ressources propres, on ne fait pas de vrai budget !

Pour élargir la problématique, je rappelle qu'une réflexion sur un budget propre à la zone euro a été entamée voilà deux ans. Il serait peut-être temps de mettre tout cela en corrélation : avec un tel budget, il faudra éviter les avanies et les avatars du budget global. Surtout, il ne faudrait pas que cela, si tant est que l'on y parvienne, nous interdise toute réforme du budget global de l'Union européenne.

Pour conclure, en l'état actuel, le groupe écologiste a choisi de s'abstenir sur ce texte. (*M. Richard Yung applaudit.*)

**Mme Michèle André, et M. François Marc, présidente de la commission des finances, rapporteur.** C'est dommage !

**M. le président.** La parole est à M. Éric Bocquet.

**M. Éric Bocquet.** Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, mes chers collègues, si l'on se réfère seulement aux montants en jeu, ce débat européen porte sur des masses financières somme toute réduites, notamment au regard des sommes centralisées dans le budget de l'Union européenne.

Toutefois, dans ce cas comme dans bien d'autres, force est de constater que c'est à la validation d'un dispositif quelque peu vicié que l'on nous demande de procéder ici.

Pour des raisons diverses, produits de Conseils européens antérieurs, un certain nombre des pays de la zone euro bénéficient de rabais sur le montant de leur contribution nette au budget de l'Union européenne. Dans cet exercice – je le dis avec toute l'amitié que je porte à nos voisins d'outre-Manche –, le summum est atteint par la trop célèbre « correction britannique », dont l'importance – elle est tout de même supérieure à 5 milliards d'euros – constitue un certain manquement à la solidarité européenne, alors même que la Grande-Bretagne ne semble pas en reste quand il s'agit d'asseoir une bonne partie de son activité économique sur le secteur des services financiers, qui n'est pas dépourvu d'effets pervers sur la situation économique de ses voisins et partenaires.

Le dispositif de rabais sur contributions nettes pose évidemment la question de la qualité des appareils statistiques et fiscaux mis en œuvre dans les différents pays de l'Union européenne, avec tout ce que cela peut impliquer.

Il semble, en particulier, qu'une lutte déterminée contre la fraude fiscale – j'y reviens encore et toujours ! –, sous toutes les formes que celle-ci peut recouvrir aujourd'hui en Europe, pour un montant estimé tout de même, rappelons-le, à 1 000 milliards d'euros pour les vingt-huit États membres – l'enjeu n'est pas mineur ! –, constituerait un outil tout à fait pertinent pour fixer, avec la plus grande équité possible, la juste contribution de chacun des pays de l'Union européenne.

À notre sens, et ainsi que cela a été rappelé par certains de mes collègues, la lutte contre la fraude fiscale doit se polariser, entre autres, sur la fraude à la TVA intracommunautaire, d'autant que les recettes tirées de cet impôt sont directement concernées dans la fixation des contributions, et sur la mise en œuvre de schémas d'optimisation fiscale par les entreprises et les particuliers les plus riches. Il est aujourd'hui évident qu'une entreprise à vocation transnationale ne choisit plus par hasard d'implanter son siège social aux Pays-Bas, par exemple.

Cependant, nous nous interrogeons sur bien d'autres points, qui dépassent par là même le cadre somme toute élémentaire de ce débat.

Le budget européen, sur la période sous revue, s'avère, en effet, d'un montant inférieur aux ressources que la Banque centrale européenne entend lever au titre de l'assouplissement quantitatif pour « fluidifier » le fonctionnement des marchés financiers, notamment du marché interbancaire.

Concernant les priorités de la politique communautaire, nous nous interrogeons évidemment sur la dimension de la politique agricole commune, dont le moins que l'on puisse dire est que celle-ci n'a pas soulevé, ces derniers temps, un enthousiasme débordant parmi les agriculteurs eux-mêmes, comme en ont attesté les manifestations récentes.

Les politiques de développement de la compétitivité pour l'emploi et la croissance présentent, pour leur part, un certain nombre de défauts : l'un d'entre eux, et non des moindres, étant qu'elles sont trop souvent marquées par des logiques de flexibilisation et de réforme du code du travail fondées sur la précarisation des modes d'activité et la hausse du nombre de contrats atypiques.

Certains nous disent que le code du travail en France serait compliqué et qu'il faudrait le réduire à cent cinquante pages. Mais c'est oublier un peu rapidement qu'il n'y a pas eu de plan national pour l'emploi, de « pacte national » dans notre droit du travail et, par la voie législative, de nouveaux éléments de droit et de contrats de travail d'un nouveau type, assortis, comme souvent, d'allègements temporaires ou d'exonérations totales de cotisations sociales.

Ce qui rend le code du travail touffu, au fond, ce ne sont pas les droits individuels et collectifs des salariés en contrat à durée indéterminée, c'est bien plutôt les taillis foisonnants des formes atypiques du contrat de travail, singulièrement des contrats à durée déterminée.

Dans un pays où 85 % des offres de travail portent sur des contrats à durée déterminée, parler de « rigidité » du code du travail n'est pas un non-sens. Ce n'est qu'une contre-vérité, niant la réalité d'une précarité professionnelle renforcée.

Au demeurant, nous pouvons estimer qu'il serait temps de procéder à l'évaluation des politiques communautaires en matière d'emploi et de formation, notamment au regard des inégalités que l'on continue malheureusement d'observer en matière de développement territorial, autant à l'échelle d'un pays, au niveau « infrarégional », que dans les comparaisons entre les différentes nations européennes.

Le débat sur les moyens et les politiques de l'Union européenne prend également un tour nouveau durant cette seconde partie de l'année 2015, avec la persistance de la question grecque, le gouvernement issu des élections de janvier dernier ayant été confirmé en ce mois de septembre, dans le cadre d'élections anticipées faisant suite au premier *round* de négociations entre l'Union européenne et la Grèce, ainsi qu'avec les interrogations – légitimes – posées par la crise humanitaire résultant des conflits au Proche-Orient.

À cet égard, force est de constater que la situation de la Grèce continue de poser avec force le problème de la dette des États souverains, laquelle devra sans doute faire l'objet d'une sensible atténuation, voire d'une réduction – la question reste aujourd'hui posée –, et les moyens déployés pour venir en aide aux réfugiés s'avèrent évidemment dérisoires et largement insuffisants.

Le jeu de passage de la « patate chaude » auquel se livrent certains des pays de l'Union européenne, notamment certains des derniers membres entrés, les attermolements et les décisions contradictoires prises par ailleurs, tout cela concourt à ne pas offrir au regard du monde une vision tout à fait positive de l'Europe. De plus, cela nourrit, dans chaque pays concerné, un certain sentiment de repli sur soi là où devraient s'affirmer solidarité, coopération, valeurs humanistes et détermination à résoudre les problèmes.

Bien sûr, des moyens sont nécessaires. Il faudra bien se rendre à l'évidence : le maintien des règles du pacte budgétaire et les politiques restrictives que celui-ci implique ne peuvent permettre de dégager les solutions sociales et politiques dont nous avons besoin tant pour répondre au drame humanitaire venu du Proche-Orient qu'aux discriminations, inégalités et exclusions dont souffrent trop de citoyens de l'Union européenne.

Au-delà du débat relatif à ce projet de loi, produit hybride de quelques politiques comptables de courte vue et d'égoïsmes devenus institutionnels, c'est bel et bien sur le sens même de la construction européenne que l'on s'inter-

roge aujourd'hui. Si l'on n'y prend garde, la belle idée, le grand projet de la seconde moitié du siècle dernier, risquent de devenir lettre morte.

Quant aux nouvelles ressources envisagées pour financer l'Union européenne, nous avons tous, ici, évoqué la question de la taxation des transactions financières, une taxe qui fait figure de véritable arlésienne – en apparence, tout le monde s'accorde à son sujet, mais on ne voit rien avancer concrètement! –, ainsi que celle de l'évasion fiscale, qui s'élève à 1 000 milliards d'euros au sein des vingt-huit États membres. Voilà des pistes sérieuses auxquelles nous pouvons nous intéresser aujourd'hui.

Dans ces conditions, notre groupe se prononcera, à l'issue de ce débat, par un vote d'abstention. (*Applaudissements sur les travées du groupe CRC et du groupe écologiste.*)

**M. le président.** La parole est à M. Richard Yung.

**M. Richard Yung.** Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, mes chers collègues, la décision que nous avons à prendre est, au fond, assez bordée.

**M. François Marc, rapporteur.** Oui!

**M. Richard Yung.** Le débat budgétaire européen est, d'ailleurs, un débat assez curieux.

**Mme Michèle André, présidente de la commission des finances.** Oui!

**M. Richard Yung.** Alors que nous avons discuté des dépenses de l'Union européenne voilà deux ans, ce sont aujourd'hui les recettes – éventuelles! – qui sont soumises à notre examen, des recettes dont on nous explique qu'elles seront appliquées rétroactivement au 1<sup>er</sup> janvier 2014. Franchement, c'est à n'y rien comprendre, d'autant que les modalités d'examen des dépenses diffèrent de celles des recettes.

Il serait quand même préférable de discuter des dépenses et des recettes en même temps, afin de comprendre ce que l'on fait du budget que l'on vote. Mais enfin, c'est ainsi! Puisque les dépenses ont été votées, il paraît assez difficile de ne pas voter les recettes.

Cela dit, je serais curieux de savoir ce qui se passerait si un grand pays comme la France ne votait pas ces recettes. Ce refus conduirait à une crise européenne, qui pourrait peut-être être salutaire! Mais je ne propose pas que notre pays prenne cette initiative aujourd'hui, monsieur le secrétaire d'État...

**Mme Michèle André, présidente de la commission des finances.** Ce n'est pas le moment!

**M. François Marc, rapporteur.** En effet!

**M. Richard Yung.** Dans son excellent rapport, François Marc a fait le tour de la question. Je partage l'ensemble de ses observations, qui sont souvent assez critiques et montrent qu'il faut davantage aller de l'avant.

Permettez-moi de faire quelques remarques.

Comme cela a été dit, le budget de l'Union européenne reste très faible. Il s'élève structurellement, si je puis dire, à un peu plus de 1 % du revenu national brut des États membres, ce qui équivaut à 150 ou 160 milliards d'euros, quand le produit intérieur brut est de 15 000 milliards d'euros. Dans un État fédéral qui se respecte, si j'ose dire, le budget fédéral est de l'ordre de 18 % à 20 % du revenu national brut. Je ne dis pas qu'il faut se fixer cet objectif – la structure de l'Union européenne n'est pas fédérale –, mais il y a une marge.

Ce budget est en croissance très faible – et encore, la décision a été prise contre le Royaume-Uni. Or, au risque de heurter un certain nombre d'entre vous, mes chers collègues, permettez-moi de souligner que ce budget n'est pas à la hauteur des enjeux.

En effet, il s'agit d'un budget rigidifié : 40 % des ressources sont attribuées à l'agriculture et un peu plus de 35 % à la cohésion régionale. Au total, c'est 75 % du budget qui est, en quelque sorte, structurellement figé ! Dès lors, nous n'avons pas les moyens d'allouer des budgets européens aux secteurs qui en auraient le plus besoin, tels que le numérique, les grandes infrastructures ou encore la téléphonie pour favoriser la croissance et l'emploi. Le fond du problème est là, et nous y avons notre part.

Ceux d'entre vous qui sont élus de grands départements ruraux ont, je le comprends, une approche différente de la mienne, mais il faut quand même regarder les choses comme elles sont. C'est la vérité !

En fait, le budget de l'Union européenne n'est pas efficace. Bien que 40 % du budget soit consacré à l'agriculture, nous allons de crise agricole en crise agricole. J'ignore ce qu'il faut faire pour soutenir le prix du porc, mais, visiblement, nous n'avons pas pris les bonnes décisions.

Quoi qu'il en soit, la faute n'incombe pas à la Commission européenne : une majorité – une forte majorité ! – des États membres ne veut pas un budget significatif. C'est ce que révèle l'analyse politique. Limiter le budget à 1,24 % du revenu national brut est un message très clair.

Dans cette décision, différents éléments entrent en ligne de compte : la crainte de perdre de la souveraineté, la question des relations entre budget national et budget européen – ce n'est pas un problème simple –, ainsi que, sur le fond, des visions divergentes de ce que devrait être l'Union européenne à l'avenir. Vous le savez, nombre d'États membres envisagent plutôt une zone de libre-échange, un marché unique, avec un retour sur investissement.

Alors, pourquoi faire un budget européen ? À quoi pourrait-il servir ?

Ce budget pourrait être un outil de pilotage de la conjoncture économique, en vue de résorber les déséquilibres entre les États.

En effet, l'un des problèmes de l'union économique, mais, surtout, de la zone euro, tient au fait que la même politique monétaire s'applique dans les différents États, en dépit de situations économiques et financières divergentes. Dès lors, il faut essayer de compenser ces différences par d'autres outils. Or l'outil que constituait la politique budgétaire au niveau national a disparu. Essayons donc de nous en doter au niveau européen ou au niveau de la zone euro ! Vous le savez, le marché unique ne fonctionne pas pour ce qui concerne les capitaux.

Les pays excédentaires en épargne, comme l'Allemagne, n'envoient pas cette épargne vers les pays du Sud, qui ont besoin d'investissement. Tout est bloqué, pour diverses raisons : les législations sont différentes, les autorités nationales s'y opposent... Par exemple, la *BaFin*, l'autorité allemande de régulation financière, s'oppose au transfert entre une société mère allemande et ses filiales si celles-ci sont implantées dans un autre pays de l'Union. On ne peut donc pas financer les investissements là où ce serait nécessaire.

Quant aux flux privés, ils suivent en quelque sorte ce mouvement. À titre d'exemple, ils représentent, aux États-Unis, 75 % des échanges entre les États confédérés. Il nous faut donc mettre en place une Europe de transfert, ce qui ne saurait se faire sans une impulsion publique. Le cadre qui vient spontanément à l'esprit est celui de la zone euro, voire un ensemble plus restreint de pays décidés à aller de l'avant.

Comment financer un tel budget de la zone euro ?

Utilisons en priorité ce qui existe déjà, à savoir le mécanisme européen de stabilité, le MES. Créé voilà quelques années, ce mécanisme propre à la zone euro permet aujourd'hui de lever jusqu'à 700 milliards d'euros pour sauver les différentes institutions et banques privées. Il s'agit aussi d'un outil de solidarité entre les États. Or c'est précisément de solidarité dont nous avons besoin.

Le MES ne devrait pas seulement constituer un instrument d'aide au budget, il serait aussi un outil d'action en matière de politique économique et industrielle. Il pourrait utilement compléter les ressources du plan Juncker, dont l'enveloppe de 300 milliards d'euros n'est pas considérable au regard des besoins de l'Union européenne. Une action coordonnée de ces deux outils permettrait de mieux répondre aux différents besoins de financement.

J'en suis bien conscient, tout cela n'ira pas sans poser de nombreux problèmes. Il faudrait tout d'abord trouver la bonne articulation entre le budget de la zone euro et les budgets nationaux : l'éducation et la défense, par exemple, doivent rester dans la sphère nationale.

Par ailleurs, il faudra dépasser le seuil des 700 milliards d'euros. Si cette somme peut sembler importante, elle reste insuffisante pour financer l'ensemble des besoins soit de l'Union européenne soit de la zone euro. Si les États membres donnent leur garantie, nous devrions pouvoir lever davantage de fonds.

La question de la gouvernance de ce budget européen se pose aussi. Qui va gouverner le budget européen ? Différentes propositions, que je ne reprendrai pas, circulent déjà. Vous avez certainement entendu, mes chers collègues, des personnes bien plus qualifiées que moi évoquer la création, par exemple, d'un poste de commissaire européen chargé du budget de la zone euro.

Au-delà de la gouvernance, quels contrôles démocratiques mettre en place ? Faut-il créer, au sein du Parlement européen, une chambre spécialisée dans la surveillance et le contrôle du budget de la zone euro ? Faut-il créer une instance mixte, mêlant les représentants du Parlement européen et des parlements nationaux ? Notre légitimité, en effet, repose sur le vote du budget. Si nous ne le votons plus, autant aller à la pêche... si l'on est en Bretagne ! (*Sourires.*)

Nous devons discuter de toutes ces questions, auxquelles je n'apporte pas de solution, monsieur le secrétaire d'État. Je pense néanmoins que nous devons avancer.

*Quid* également de la relation avec les pays non membres de la zone euro ? Si nous cherchons à poser les bases d'un consensus, comment avancer avec les pays en dehors de la zone euro ? Je ne songe pas uniquement au Royaume-Uni, qui prend notre argent pour financer son rabais, ce qui est assez discutable.

Si ces idées trouvent un certain écho, il nous faudra avancer vite eu égard aux échéances qui nous attendent : 2017 en France ; 2018 dans d'autres pays de l'Union européenne. Or

toute modification du statut du MES passe par un traité. Si nous ne lançons donc pas rapidement le processus de négociation, nous n'y arriverons pas.

Telles sont mes propositions. Elles sont, je le reconnais, quelque peu brutales et sortent du cadre de notre discussion, mais j'ai profité de l'occasion qui m'était offerte pour vous en faire part, monsieur le secrétaire d'État.

J'en reviens au texte qui nous est soumis.

Concernant les rabais, le rapporteur a tout dit. Ce sujet nous laisse un goût d'amertume, d'incompréhension, d'injustice. À tout le moins, la position française est juste : elle refuse d'entrer dans le jeu du « petit cadeau ». Nous avons bien fait de résister à cette mécanique, mais il faudra bien un jour tout remettre à plat. La France, avec l'Italie et le Danemark, est le seul contributeur net qui ne bénéficie pas d'un rabais spécifique. Cette situation n'est pas normale.

Tout se passe comme si l'Union européenne était un supermarché, dans lequel chaque État membre se promènerait et choisirait de prendre tel article ou tel autre. Que dire de ces pays qui obtiennent des rabais sur les droits d'importation, alors qu'ils pratiquent un *dumping* douanier à l'encontre même des intérêts français ! Un tel système ne peut que nous laisser ce petit goût d'amertume dont je parlais à l'instant.

Nous attendons tous beaucoup des réformes à venir. Si quelqu'un peut formuler des propositions fortes, c'est bien Mario Monti, personnalité éminente, exceptionnelle. Je rappelle toutefois qu'il sera entre les mains des États : il ira donc jusqu'où il pourra, mais pas au-delà.

Je dirai un mot des ressources que l'on appelle à tort « propres » – seules les recettes douanières sont en réalité des ressources propres de l'Union européenne, les autres étant des restitutions. S'il est un domaine où nous pouvons nous rejoindre – assiette, taux, problème des dérivés –, c'est bien celui de l'impôt sur les sociétés. Si nous parvenions à harmoniser ces différents éléments, une part de cet impôt pourrait devenir une ressource propre de l'Union européenne.

Nous devrions également nous pencher sur la question de la mutualisation des indemnités sociales, qui finance une partie de notre système social. Il s'agit de ressources considérables, dont le solde est au moins équivalent, sinon supérieur, à celui du budget de l'État. Cette mutualisation nous permettrait non seulement de dégager des ressources, mais aussi de rapprocher les systèmes sociaux et de rendre l'Europe plus lisible. Une telle proposition avait déjà été formulée voilà quelques années ; elle est aujourd'hui quelque peu passée à l'arrière-plan des réflexions, mais elle a le mérite d'être forte.

Enfin, je pense bien évidemment à la TTF, la taxe sur les transactions financières. Tous ceux qui souhaitent que l'Union européenne se dote de véritables ressources propres appellent de leurs vœux la mise en place de cette taxe. Malheureusement, je vois les résistances se développer : le système bancaire français y est assez hostile, à l'instar des autres systèmes de l'Union européenne, sauf celui du Royaume-Uni. Comment élargir aux autres pays ce qu'il est déjà si difficile de faire à onze ? Ce sujet est complexe, et nous nous réjouissons de la moindre avancée.

Sous le bénéfice de toutes ces remarques, c'est avec enthousiasme que nous voterons ce projet de loi. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain, du RDSE et de l'UDI-UC.*)

**M. Yves Daudigny.** Un enthousiasme mesuré !

**M. le président.** La parole est à Mme Fabienne Keller.

**Mme Fabienne Keller.** Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, mes chers collègues, ce projet de loi prévoit d'autoriser l'approbation de la décision du Conseil du 26 mai 2014 – voilà déjà plus d'un an ! – relative au système des ressources propres de l'Union européenne, dans le cadre financier pluriannuel 2014-2020.

Vous l'avez tous rappelé, mes chers collègues, le budget de l'Union européenne est alimenté non pas par des impôts européens, mais par des « ressources propres » : les droits de douane et la « ressource TVA », avec un taux d'appel de 0,3 %, représentent respectivement 12 % du budget, les trois quarts restants provenant d'une contribution directe de chaque État membre.

Les choses ont – mal – évolué dans le temps : historiquement, l'Union européenne disposait, à l'exception du tout début, de ressources liées à son activité beaucoup plus importantes.

**M. François Marc, rapporteur.** Tout à fait !

**Mme Fabienne Keller.** Les mécanismes compensatoires existent, ils ont été rappelés : en matière de TVA, un taux d'appel réduit pour l'Allemagne, les Pays-Bas et la Suède ; en matière de ressource RNB, une contribution allégée pour la Suède et les Pays-Bas. Par ailleurs, nos grands amis du Royaume-Uni bénéficient, depuis la première ou la deuxième année ayant suivi leur adhésion, du fameux « chèque britannique ».

Cela a été dit, la France ne bénéficie d'aucun rabais, et sa contribution va augmenter de 10 %, passant de 20,7 milliards d'euros pour 2015 à 22,8 milliards d'euros pour 2016.

Le projet de loi qui nous est soumis vise à réaffirmer l'existence de ces régimes dérogatoires et, bien pire – je reprends vos propres mots, monsieur le rapporteur –, tend à renforcer les défauts du système.

Le Danemark bénéficie d'un nouveau rabais sur le RNB, en contrepartie de l'augmentation de son taux réduit de TVA, qui passe de 0,10 % à 0,15 %, alors que le taux normal est de 0,30 %, à l'instar de la Suède et des Pays-Bas, s'alignant ainsi sur le taux réduit allemand.

Heureusement que nos concitoyens ne sont pas informés de ces tractations, qui seraient plutôt de nature à les inquiéter ! Ces accords complexes sont le fruit des nombreuses concessions que doit accepter une Europe à vingt-huit. Toujours est-il que les principes d'équité et de clarté ne guident pas le texte qui nous est soumis.

Une réalité forte s'impose : la France ne bénéficie d'aucun rabais, je le répète. C'est tout à son honneur, dans la mesure où elle a refusé le principe même de défendre cette posture. Il n'en reste pas moins qu'il s'agit d'une charge budgétaire lourde : nous finançons ainsi le rabais britannique à hauteur de 27 % : ce sont 2,1 milliards d'euros qui seront ponctionnés sur le budget national.

Tous les orateurs l'ont souligné, ce système des rabais n'est pas satisfaisant. Il opacifie la part prise par chaque État membre dans l'effort budgétaire, et ce au moment même où chacun de ces États est confronté à des difficultés.

À l'instar de mes collègues, je tiens à souligner le caractère imparfait de ce système, tout en regrettant l'absence de décision en matière de ressources propres.

Au regard de l'accumulation des rabais et de la complexité des systèmes, on ne peut que s'inquiéter de la réalité de l'esprit communautaire.

Vous le savez, ces rabais ne prennent en compte que les contributions nationales au budget et les versements en retour à chaque État membre; ils ne s'intéressent aucunement à l'impact de certaines réglementations, dont bénéficie l'économie de certains États membres. Je pense, par exemple, à la libre circulation.

Comme l'ont souligné plusieurs de nos collègues, notamment Yves Pozzo di Borgo, la faiblesse de ce budget rend difficile la mise en place de véritables stratégies européennes pour absorber les chocs, tels que le ralentissement économique.

Mes chers collègues, vous avez salué le travail de la commission Juncker. Toutefois, cette instance manque des leviers budgétaires qui lui permettraient de mener une véritable politique stratégique et de relance.

Mon collègue Jean Bizet l'a souligné, ces mécanismes sont contraires à la lettre et à l'esprit des traités, à l'esprit communautaire.

La question des nouvelles ressources a été évoquée. Un groupe d'experts de haut niveau travaillant sur les ressources propres, présidé par Mario Monti, va prochainement se réunir.

J'ai réalisé quelques travaux au sein de la commission des affaires européennes sur la taxe sur les transactions financières. Je tiens à souligner les nombreuses difficultés qui se posent pour mettre en œuvre une taxe à laquelle je croyais beaucoup, mais dont le caractère immatériel rend les contournements assez aisés.

Comme vient de le rappeler à l'instant mon collègue Richard Yung, la coopération renforcée sur ce sujet ne regroupe que onze États membres. Nous attendons toutefois que la Commission formule une deuxième proposition, après l'échec de la première.

Le produit de cette taxe, à la fois complexe et difficile à mettre en place, a déjà été distribué trois fois: il a été promis aux États membres, il doit être dédié au développement des pays du Sud et au financement des objectifs climatiques!

Nous sommes tous des Européens responsables, et nous avons conscience qu'il ne faut pas donner de coup d'arrêt à ce stade, en refusant cet accord. Pour autant, comme l'ont souligné plusieurs de mes collègues, le moment est venu de marquer une exigence, afin de faire naître une réelle volonté européenne, en vue de créer de véritables ressources, plus équitablement réparties entre les États membres et ne faisant pas l'objet de correctifs nationaux incompréhensibles, dans un esprit communautaire constructif.

Pour toutes ces raisons, le groupe Les Républicains approuve ce projet de loi, tout en demandant qu'un travail de fond soit conduit non seulement par notre pays, mais aussi par l'Europe, afin d'élaborer, en vue de la prochaine perspective européenne, de véritables nouvelles ressources européennes. *(Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains, de l'UDI-UC et du RDSE, ainsi que sur certaines travées du groupe socialiste et républicain.)*

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

**M. Harlem Désir, secrétaire d'État.** Je tiens tout d'abord à remercier les orateurs de leur contribution à ce débat.

François Marc m'a interrogé sur la contribution de la France et son éventuelle augmentation. Une telle décision est en effet probable, même si le chiffre exact ne sera communiqué que dans les prochains jours. Elle s'explique par un double effet.

Tout d'abord, les dépenses budgétaires de l'Union européenne ont augmenté à la suite de l'élargissement: la PAC concerne davantage de pays – nous-mêmes avons été attentifs à ce qu'elle ne diminue pas, que ce soit pour la France ou les autres pays –; la politique de cohésion profite à davantage de « pays de l'élargissement », si je puis dire, bien qu'elle continue à jouer son rôle dans notre propre pays, et les politiques de compétitivité prennent de l'ampleur. Il s'agit, j'y ai fait référence précédemment, des politiques en faveur de la recherche, de l'innovation et des infrastructures, qui concernent majoritairement les pays de l'élargissement, mais aussi nos propres territoires.

Ensuite, la part de notre propre RNB a augmenté par rapport au RNB total de l'Union européenne. En effet, pendant la crise, le RNB d'un certain nombre de pays a littéralement plongé; je pense aux pays de l'Europe du Sud, comme l'Espagne, mais aussi à l'Allemagne, pendant un certain temps, et à la Grande-Bretagne. Même si ces pays ont retrouvé le chemin de la croissance, la part de la France a légèrement augmenté durant cette période, les calculs se fondant sur l'année précédente. Le poids de notre pays a donc été plus important dans l'économie européenne. Bien sûr, nous souhaitons que la croissance soit plus forte. Et il le faut, pour des raisons évidentes, en particulier pour stimuler l'emploi et le dynamisme économique de notre pays. La France est la deuxième économie de l'Union européenne et donc, vous avez eu raison de la souligner, mesdames, messieurs les sénateurs, le deuxième contributeur net au budget de l'Union européenne.

C'est vrai, le système des rabais bénéficie aux autres pays. Nous nous retrouvons ainsi, avec l'Italie, notamment, à être les seuls contributeurs nets ne profitant d'aucun rabais. Comme l'ont souligné tous les orateurs, notamment Fabienne Keller, Jean Bizet, André Gattolin et Jean-Claude Requier, ce système n'est pas satisfaisant. Il s'est stratifié, créant de l'opacité, et il est contraire à l'esprit communautaire.

Les recettes des droits de douane constituaient auparavant une véritable ressource propre, au sens exact du terme, ainsi que l'ont rappelé Richard Yung et Fabienne Keller. Mais elles ont diminué, ce qui est en soi une bonne chose puisque cela favorise le commerce, l'ouverture de l'économie européenne sur l'extérieur et offre aux consommateurs des prix plus compétitifs. Aujourd'hui, les ressources propres proviennent en fait de réaffectations de TVA et de parts de RNB, et les négociations successives concernant les rabais ont contribué, je le répète, à rendre le système opaque, inéquitable et peu efficace. Mais il permet tout de même à l'Union européenne d'avoir un budget, monsieur Gattolin! Nous en avons besoin pour financer la politique agricole, les fonds structurels, les politiques de recherche et d'innovation.

Cela a été dit, il existe un décalage entre les dépenses et les recettes, puisque le cadre financier européen court depuis le début de l'année 2014. Nous avons d'abord trouvé un accord concernant les dépenses. Il a ensuite fallu ajuster le

mécanisme des recettes. Il convenait de modifier le régime juridique concernant les recettes, qui date du cadre financier 2007-2013. Sinon, on se serait trouvé dans une sorte de vide juridique, puisque nous sommes dans un nouveau cadre financier, celui de 2014-2020.

Si nous agissons ainsi, c'est parce que nous voulons que l'Union européenne fonctionne. Nous voulons la réformer ; nous voulons que le rapport de Mario Monti permette de mettre en évidence la nécessité de supprimer les rabais, une position que nous avons défendue, et de créer de nouvelles ressources propres. En attendant, il ne saurait être question de suspendre le fonctionnement de l'Union européenne, en ne versant plus aux régions, aux agriculteurs ni aux universités ce qu'ils perçoivent au titre du budget de l'Union européenne !

Faire preuve de responsabilité – je remercie à cet égard les orateurs de l'immense majorité des groupes qui sont intervenus en ce sens –, c'est adopter ce projet de loi, même si nous discutons fermement avec les autres États membres d'une réforme du système des ressources propres.

Notre contribution devrait être conforme à l'ordre de grandeur que vous avez indiqué, monsieur le rapporteur, soit environ 22 milliards d'euros, mais le chiffre précis n'est pas tout à fait fixé. Vous le savez, cette contribution est parfois révisée en cours d'année. C'est ainsi que la Grande-Bretagne a eu la mauvaise surprise, l'an dernier, de découvrir au cours d'un Conseil européen qu'elle devait 1 milliard d'euros supplémentaires au budget de l'Union européenne, malgré le « chèque britannique ». C'était dû au fait que la croissance était répartie en Grande-Bretagne !

Notre contribution sera bien évidemment soumise au Parlement au moment où sera voté le prélèvement sur recettes. Ensuite, certains ajustements pourraient avoir lieu en cours d'année.

La plupart des interventions ont porté sur les ressources propres.

D'abord, cela a été rappelé, le Président de la République a souhaité que la part principale de la taxe sur les transactions financières soit affectée à la lutte contre le changement climatique, alors même que nous allons accueillir la vingt et unième conférence des Nations unies sur les changements climatiques.

La question posée est celle du financement de l'adaptation aux changements climatiques des pays en développement. Ces derniers sont d'accord pour émettre à l'avenir moins de CO<sub>2</sub>, tout en rappelant qu'ils ne sont pas responsables des émissions des gaz à effet de serre qui se sont produites durant l'ère industrielle. On leur demande de ne pas utiliser de charbon, de ne pas polluer. Laurent Fabius et Ségolène Royal l'ont souvent rappelé, 400 à 500 millions de personnes vivent dans la pauvreté en Inde. Ce pays a donc besoin de développement économique, de croissance, d'énergie et d'industries.

Tel est bien évidemment aussi le cas de nombreux autres pays, notamment du continent africain, qui ont besoin d'énergie. Ceux-ci sont prêts à lutter contre le réchauffement climatique, mais ils s'interrogent sur les moyens à mettre en œuvre pour y parvenir.

La réponse de la communauté internationale est la suivante : ne faites surtout pas comme nous, ne commencez pas à utiliser les énergies fossiles, car, si vous vous mettez à produire autant de pollution par habitant que ce que nous

avons fait pendant la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle, voire la seconde d'ailleurs, c'est la planète tout entière qui sera en danger. Nous leur demandons donc d'utiliser – et nous allons les y aider – les nouvelles façons de produire et de consommer de l'énergie. Mais, bien évidemment, le développement de l'énergie solaire et des énergies renouvelables en général, ainsi que l'efficacité énergétique, suppose des transferts de technologie et des financements. Dans ce cadre, il est donc absolument décisif de trouver de nouvelles ressources.

Dans le même temps, le Conseil européen avait indiqué qu'une part de la taxe sur les transactions financières pourrait servir au financement du budget de l'Union européenne. Pour le moment, la taxe a été élaborée sur la base d'une coopération renforcée à onze États membres. À nos yeux, il s'agit d'une étape. Notre objectif est d'avoir, à terme, une taxe qui concernerait au minimum l'ensemble des pays de la zone euro et pourrait même constituer une nouvelle ressource propre du budget de l'Union européenne à vingt-huit. Cette taxe pourrait donc en partie contribuer au financement du budget communautaire.

Au demeurant, il existe d'autres ressources propres. Ainsi, la TVA participe aujourd'hui relativement peu, bien que ce ne soit pas négligeable, au budget de l'Union européenne. La Commission européenne elle-même avait proposé une contribution non pas de 0,30 %, comme c'est le cas aujourd'hui – sans compter les rabais dont bénéficient certains pays, qui la fixent à 0,15 % –, mais de 1 %, calculée sur la réalité de la recette TVA, ce qui élargirait l'assiette actuelle de la TVA. La part de cette taxe dans le financement du budget de l'Union européenne pourrait ainsi être beaucoup plus importante.

À cela pourrait s'ajouter une part des ressources provenant de la fiscalité écologique, ainsi que je l'ai évoqué. Je pense en effet qu'il convient de mettre en place un bouquet, un *mix*, de recettes. Nous avons créé un marché du carbone à l'échelle européenne. Nos différentes ressources budgétaires mises en place pour lutter contre les pollutions pourraient tout à fait contribuer au budget de l'Union européenne. C'est dans cette direction que nous voulons avancer.

À cet égard, nous encourageons le président du groupe de haut niveau sur les ressources propres, Mario Monti, et la Commission européenne à continuer à formuler des propositions en ce sens.

Bien sûr, le budget de l'Union européenne – je sors là du débat portant sur les mécanismes permettant de l'alimenter – devrait être à l'avenir beaucoup plus important. D'ailleurs, le Sénat l'a souvent souligné quand l'Union européenne a été confrontée à des besoins de financement.

Toutefois, ce budget peut-il être comparé à un budget fédéral, comme celui des États-Unis ? Il s'agit là d'un autre ordre de grandeur. Alors que le budget européen représente environ 1 % du revenu national brut, il atteindrait alors 20 ou 25 %. Mais n'oublions pas que les budgets des fédérations incluent les budgets de la défense, ainsi qu'une grande partie des dépenses liées à l'éducation et à la protection sociale, ce qui est loin d'être le cas du budget européen.

Quoi qu'il en soit, pour financer les politiques communes, pour mieux répondre aux enjeux en matière d'innovation et de recherche, pour mieux financer notre action extérieure, il nous faudra augmenter le budget européen. À cet égard, je pense à la crise des migrants. Il va être nécessaire d'intervenir davantage en faveur des pays de transit, ceux qui accueillent

le plus de réfugiés fuyant la guerre syrienne, tels la Jordanie, la Turquie, le Liban, ou encore des pays d'Afrique, le Niger, débordé mais prêt à coopérer, car ils constituent désormais une véritable voie de passage. C'est d'ailleurs ce que nous faisons !

Éric Bocquet a affirmé que l'Union européenne ne se donnait pas les moyens de répondre à une crise comme celle des migrants. Pourtant, vous le savez, le Conseil européen extraordinaire qui s'est tenu la semaine dernière a décidé de demander à la Commission d'affecter 1,7 milliard d'euros pour répondre précisément à cette crise dans le cadre de la coopération avec les pays d'origine et de transit. Ce n'est pas négligeable !

Toutefois, vous avez raison de le relever, plus on regarde l'ampleur des crises et l'instabilité grandissante, plus la coopération avec la rive sud de la Méditerranée s'avère nécessaire et plus il est essentiel de disposer de moyens plus importants. Un euro dépensé pour la stabilisation et le développement de la Jordanie, du Niger ou, demain, après un accord de paix, de la Libye sera sans doute beaucoup plus efficace que dix euros dépensés dans des centres d'enregistrement, des *hotspots*, en Grèce ou en Sicile, même s'il faut aussi mettre en place des procédures de contrôle aux frontières. L'action la plus efficace est celle qui nous permettra d'ancrer, dans les pays d'origine et de transit, des éléments de coopération, de développement économique et de stabilité démocratique.

Évidemment, les anti-européens, ceux qui affirment que l'Europe n'est pas assez efficace, sont aussi ceux qui ne veulent pas donner de moyens à l'Europe. Or, à l'inverse, nous avons besoin d'un budget européen plus important encore, afin de développer les politiques communes.

Je remercie tous les orateurs de leurs analyses et de leurs contributions, et plus particulièrement ceux qui ont décidé d'apporter leur soutien à ce projet de loi : c'est essentiel pour permettre aujourd'hui à l'Europe de fonctionner et mettre en œuvre le cadre financier pluriannuel 2014-2020. Toutefois, nous profitons de cette occasion pour affirmer dans le même temps qu'il conviendra d'adopter un système plus transparent, plus équitable, sans rabais, reposant sur des ressources propres plus importantes. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain, du groupe écologiste, du RDSE et du groupe Les Républicains.*)

**M. le président.** La discussion générale est close.

Nous passons à la discussion de l'article unique.

PROJET DE LOI AUTORISANT  
L'APPROBATION DE LA DÉCISION  
DU CONSEIL DU 26 MAI 2014  
RELATIVE AU SYSTÈME DES  
RESSOURCES PROPRES DE  
L'UNION EUROPÉENNE

**Article unique**

Est autorisée l'approbation de la décision du Conseil du 26 mai 2014 relative au système des ressources propres de l'Union européenne, et dont le texte est annexé à la présente loi.

**M. le président.** Personne ne demande la parole?...

Je mets aux voix, dans le texte de la commission, l'article unique constituant l'ensemble du projet de loi.

(*Le projet de loi est adopté.*)

**M. le président.** Mes chers collègues, nous allons interrompre nos travaux pour quelques instants.

La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à seize heures quarante-cinq, est reprise à seize heures cinquante.*)

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

14

**MODERNISATION DE NOTRE SYSTÈME DE  
SANTÉ**

**Suite de la discussion en procédure accélérée d'un projet  
de loi dans le texte de la commission**

**M. le président.** Nous reprenons la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé.

Dans la suite de la discussion des articles, nous en sommes parvenus, au sein du chapitre I<sup>er</sup> du titre III, aux amendements portant article additionnel après l'article 28 *bis*.

**Article additionnel après l'article 28 bis**

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

L'amendement n° 111 rectifié est présenté par MM. Commeinhes, Mayet et D. Robert, Mme Hummel, MM. Houel, Calvet et Charon et Mmes Deromedi et Mélot.

L'amendement n° 171 rectifié *sexies* est présenté par MM. Vasselle, Cornu, Cambon, Laufoaulu, Trillard, Saugey, César, B. Fournier et G. Bailly, Mme Lopez, M. Dassault et Mme Gruny.

L'amendement n° 348 rectifié est présenté par Mme Loisier et MM. Kern, Guerriau, Canevet, Cadic, Médevielle et L. Hervé.

L'amendement n° 365 rectifié *quater* est présenté par MM. Mouiller et Mandelli, Mme Cayeux et MM. de Nicolay, Pellevat, Lefèvre, Bignon, Fouché, Morisset, Falco, A. Marc, Gremillet, Pointereau, Genest, Darnaud et Houpert.

L'amendement n° 771 est présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

L'amendement n° 1092 est présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste.

Ces six amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 28 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 1110-1-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Les mots : « , ainsi que l'annonce du handicap » sont remplacés par les mots : « l'annonce du handicap et le rôle et la santé des aidants familiaux » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :



« Un décret précise les modalités d'application du présent article pour chaque formation initiale et continue des professionnels de santé et du secteur médico-social. »

La parole est à Mme Jacky Deromedi, pour présenter l'amendement n° 111 rectifié.

**Mme Jacky Deromedi.** La méconnaissance du handicap et de l'impact sur la vie quotidienne des personnes rend le système de santé peu accessible aux personnes handicapées.

La formation des professionnels de santé est un enjeu important dans l'optique de transformer les pratiques de ces derniers. Il s'agit de trouver le meilleur équilibre entre le refus de soins et une surmédicalisation, et de prévenir le renoncement aux soins.

Ainsi, la loi du 11 février 2005 avait inscrit au sein du code de la santé publique l'obligation d'intégrer dans la formation initiale et continue une formation spécifique au handicap. Mais force est de constater que cette mesure est peu appliquée, faute de dispositions relatives à la mise en œuvre de celle-ci.

Par ailleurs, plus de huit millions d'aidants non professionnels, souvent familiaux, jouent aujourd'hui un rôle central dans l'aide et l'accompagnement d'un proche dépendant de son entourage pour les actes de la vie quotidienne, en raison d'un handicap ou d'une maladie.

Les professionnels de santé et du secteur médico-social doivent être sensibilisés, par leur formation initiale et continue, aux signes de fragilité physique et psychique des aidants, afin de pouvoir contribuer à la préservation de leur santé globale.

Le rôle d'aidant peut avoir des retentissements graves sur la santé – fatigue physique et psychique, stress et isolement pouvant conduire au « *burn-out* » –, lesquels doivent être pris en compte par les acteurs professionnels qui côtoient ceux qui tiennent un tel rôle.

Outre le domaine de la santé, les formations que reçoivent les professionnels doivent leur permettre d'appréhender la situation et les besoins des aidants, ainsi que de reconnaître leur « expertise », afin de faciliter le dialogue et l'établissement d'une relation de partenariat avec eux.

Cet amendement vise à rendre opérationnelles les dispositions de l'article L. 1110-1-1 du code de la santé publique et à étendre la formation à la santé des aidants.

**M. le président.** Les amendements identiques n°s 171 rectifié *sexies* et 348 rectifié ne sont pas soutenus.

La parole est à M. Philippe Mouiller, pour présenter l'amendement n° 365 rectifié *quater*.

**M. Philippe Mouiller.** Je partage les arguments qui viennent d'être développés. Cet amendement est donc défendu, monsieur le président.

**M. le président.** La parole est à M. Dominique Watrin, pour présenter l'amendement n° 771.

**M. Dominique Watrin.** Je partage la volonté d'assurer une meilleure prise en compte de la santé des aidants. Les associations de personnes en situation de handicap défendent la revendication que nous portons et qui nous apparaît plus que justifiée.

À cet égard, permettez-moi de souligner que le groupe CRC est cohérent avec lui-même. En effet, nous avons déposé à l'article 1<sup>er</sup> un amendement relatif à la reconnais-

sance des besoins des personnes en situation de handicap et de leurs aidants familiaux, ainsi qu'un autre amendement relatif à la formation continue des professionnels de santé.

Le sujet des aidants familiaux est central. Le Gouvernement a d'ailleurs lui-même reconnu – ce n'est pas un hasard! – un droit au répit pour les aidants des personnes âgées, même si celui-ci demeure, à nos yeux, trop théorique. Il est indispensable d'adresser un signal en ce sens aux aidants familiaux qui s'occupent de personnes handicapées. Le projet de loi de modernisation de notre système de santé nous paraît très en retrait sur ce point.

C'est la raison pour laquelle nous défendons cet amendement visant à intégrer dans la formation des professionnels de santé des modules concernant le handicap et l'accompagnement des aidants.

**M. le président.** La parole est à Mme Aline Archimbaud, pour présenter l'amendement n° 1092.

**Mme Aline Archimbaud.** Les arguments plaidant en faveur de cet amendement ont déjà été largement développés.

Permettez-moi simplement d'insister sur le fait que les aidants familiaux non professionnels représentent huit millions de personnes. La formation des professionnels de santé constitue donc un enjeu important : les professionnels de santé doivent être sensibilisés à la question des aidants, afin de contribuer à la préservation de la santé de ces derniers.

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

**Mme Élisabeth Doineau, corapporteur de la commission des affaires sociales.** Je l'ai déjà dit ce matin, ce sujet est essentiel. Nous avons d'ailleurs eu l'occasion d'en débattre à différentes reprises, notamment lors de l'examen du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement. C'est pourquoi nous devons accorder à cette question la place éminente qui lui revient.

Cependant, comme je l'ai déjà indiqué lors de l'examen de différents amendements ce matin, ajouter toujours et encore des éléments ayant trait à la formation professionnelle initiale ou continue des professionnels de santé nous paraît compliqué, d'autant que de tels éléments relèvent du domaine réglementaire.

En outre, je m'interroge sur la présence de cet amendement. En effet, je rappelle que l'article 28 *bis*, inséré par l'Assemblée nationale, vise à donner la possibilité aux médecins en exercice d'intégrer le troisième cycle des études médicales. Je ne vois donc pas bien le lien avec la proposition qui nous est faite.

C'est pourquoi la commission est défavorable à ces amendements identiques.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.** Le Gouvernement est également défavorable à ces amendements identiques, pour les mêmes raisons.

La question n'est pas de savoir si l'on partage l'objectif d'assurer un meilleur accompagnement des aidants, de mieux prendre en compte la situation des aidants et donc d'adapter éventuellement certaines formations. Mais on ne peut pas tout inscrire dans la loi ! Cette question n'est d'ailleurs que l'un des très nombreux sujets de grande importance qui ne figurent pas dans les dispositions relatives aux formations délivrées aux professionnels de santé.

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement prévoit non pas des mesures de formation, mais des mesures concrètes en direction des aidants. Nous travaillons sur cette question et nous sensibilisons les professionnels. Ce texte n'est tout simplement pas le cadre approprié pour introduire des précisions supplémentaires en la matière.

En conséquence, le Gouvernement est défavorable à ces amendements identiques.

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n°s 111 rectifié, 365 rectifié *quater*, 771 et 1092.

*(Les amendements ne sont pas adoptés.)*

### Article 29 (Non modifié)

- ① I. – Le 2° de l'article L. 4311-12 du code de la santé publique est ainsi rédigé :
- ② « 2° Aux étudiants préparant le diplôme d'État dans le cadre de leur période de stage, dans les établissements et centres de santé ou les établissements et services médico-sociaux, les structures de soins ambulatoires et les cabinets libéraux agréés pour l'accomplissement des stages. Les étudiants peuvent réaliser personnellement des actes dans chaque lieu de stage, sous la responsabilité d'un infirmier diplômé.
- ③ « Pour le remboursement ou la prise en charge par l'assurance maladie, les actes ainsi effectués sont réputés être accomplis par l'infirmier diplômé ; ».
- ④ II. – Le même code est ainsi modifié :
- ⑤ 1° L'article L. 6323-1 est ainsi modifié :
- ⑥ a) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑦ « Un centre de santé pluriprofessionnel universitaire est un centre de santé, ayant signé une convention tripartite avec l'agence régionale de santé dont il dépend et un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel comportant une unité de formation et de recherche de médecine, ayant pour objet le développement de la formation et de la recherche en soins primaires. Les modalités de fonctionnement, d'organisation et d'évaluation de ces centres de santé pluriprofessionnels universitaires sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur. » ;
- ⑧ b) Au début du deuxième alinéa, le mot : « Ils » est remplacé par les mots : « Les centres de santé » ;
- ⑨ 2° L'article L. 6323-3 est ainsi modifié :
- ⑩ a) Au début du deuxième alinéa, le mot : « Ils » est remplacé par les mots : « Ces professionnels » ;
- ⑪ b) Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑫ « Une maison de santé pluriprofessionnelle universitaire est une maison de santé, ayant signé une convention tripartite avec l'agence régionale de santé dont elle dépend et un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel comportant une unité de formation et de recherche de médecine, ayant pour objet le développement de la formation et la recherche en soins primaires. Les modalités de fonctionnement, d'organisation et d'évaluation de ces maisons de santé

pluriprofessionnelles universitaires sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur. » – *(Adopté.)*

### Articles additionnels après l'article 29

**M. le président.** L'amendement n° 655 rectifié, présenté par MM. Husson, Mandelli et Lefèvre, Mme Duchêne, MM. Mouiller, Longuet, Laufoaulu et Saugey, Mme Mélot, MM. Calvet et Karoutchi, Mmes Deseyne et Micouleau, MM. Vasselle, Paul, Chaize, Vogel et Falco, Mme Hummel et MM. Laménie et Kennel, est ainsi libellé :

Le chapitre II du titre IV du livre II du code de l'action sociale et des familles est complété par une section ainsi rédigée :

« Section 3

« Transport des enfants et adolescents handicapés

« Article L. 242-... Les chauffeurs de taxi assurant le transport d'enfants et d'adolescents handicapés en dehors des transports individuels organisés par les collectivités publiques doivent avoir satisfait à une formation spécifique dédiée aux prescriptions de sécurité particulières à observer pour le transport de personnes handicapées et sanctionnée par la délivrance d'un certificat de capacité.

« Mention de ce certificat de capacité est portée sur la carte professionnelle autorisant l'exercice de la profession de conducteur de taxi.

« Le contenu et les conditions d'obtention de ce certificat de capacité sont fixés par un arrêté commun du ministre en charge des personnes handicapées et du ministre en charge des transports. »

La parole est à M. Philippe Mouiller.

**M. Philippe Mouiller.** Alors que le transport d'enfants en voiture particulière et le transport scolaire sont rigoureusement encadrés et soumis à des conditions strictes en vue d'assurer la sécurité des jeunes passagers, paradoxalement, ces mesures de sécurité s'appliquent de manière facultative aux chauffeurs de taxi assurant un tel service pour les enfants handicapés.

Ainsi, le paragraphe III de l'article R. 412-2 du code de la route dispose que « l'utilisation d'un système homologué de retenue pour enfant n'est pas obligatoire pour tout enfant transporté dans un taxi ».

Cette dispense pose un grave problème lorsqu'elle concerne le transport d'enfants handicapés.

On constate donc un vide juridique, auquel il convient de remédier pour permettre aux parents concernés de confier sereinement la responsabilité du transport de leur enfant aux chauffeurs de taxi.

Le problème est double : celui de l'équipement du véhicule, qui relève du domaine réglementaire et celui de la capacité des chauffeurs à bien conditionner l'enfant transporté, qui relève du domaine de la loi.

C'est donc pour pallier ce vide juridique avéré en matière de transport d'enfants handicapés et pour assurer la sécurité, le confort et le bien-être de cette clientèle vulnérable, que cet amendement prévoit de créer un certificat de capacité, qui sera obligatoire pour tout chauffeur de taxi appelé à assurer le transport d'enfants handicapés.

Ce certificat viendra sanctionner une formation dédiée au transport d'enfants handicapés, dont le contenu et les modalités seront fixés par décret. Il constituera un atout notable, dont pourront se prévaloir les chauffeurs de taxi pour assurer la prise en charge de clients accompagnés d'enfants handicapés, et témoignera de l'attention portée par la profession aux attentes des familles.

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

**Mme Élisabeth Doineau, corapporteur.** Nous partageons évidemment une telle exigence de qualité pour le transport des enfants handicapés.

Toutefois, donner suite à la demande de créer un certificat de capacité au transport d'enfants handicapés pour les chauffeurs de taxi reviendrait à interdire le transport en taxi d'enfants ou d'adolescents handicapés lorsque le chauffeur ne dispose pas d'un certificat de formation spécifique.

Le transport en taxi n'est pas une solution satisfaisante pour les jeunes handicapés. Il ne doit y être recouru qu'en l'absence de moyen de transport adapté. C'est d'ailleurs ce qui se passe la plupart du temps.

Néanmoins, alors que les chauffeurs de taxi spécifiquement formés sont encore trop peu nombreux, le fait d'interdire le recours à un taxi classique risque de priver les familles concernées de toute solution dans les cas où il n'y a ni véhicule adapté ni chauffeur de taxi spécifiquement formé.

À nos yeux, un tel dispositif aurait des effets contraires aux objectifs visés.

C'est pourquoi je vous demande, mon cher collègue, de bien vouloir retirer votre amendement ; à défaut, la commission émettra un avis défavorable.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Même avis, pour les mêmes raisons.

**M. le président.** Monsieur Mouiller, l'amendement n° 655 rectifié est-il maintenu ?

**M. Philippe Mouiller.** Non, je le retire, monsieur le président.

J'espère simplement que le message est bien passé : les préoccupations sont réelles, et la situation doit évoluer.

**M. le président.** L'amendement n° 655 rectifié est retiré.

L'amendement n° 272 rectifié *quinquies*, présenté par Mme Deseyne, M. Malhuret, Mme Des Esgaulx, MM. de Nicolaï, Commeinhes, Charon et Lemoyne, Mme Duranton, MM. Chasseing et Longuet, Mmes Keller et Mélot, MM. Falco, Vaspert, Cornu et B. Fournier, Mme Deromedi, M. G. Bailly, Mme Primas, MM. Lefèvre, César, Chatillon, A. Marc, Bonhomme, Vogel et Trillard, Mme Micoulet et MM. Laménie, Pointereau, Husson et Béchu, est ainsi libellé :

Après l'article 29

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le second alinéa de l'article L. 632-5 du code de l'éducation est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les internes de médecine générale en fin de cursus, ayant validé leur stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisés, peuvent intégrer une maison de santé pluridisciplinaire située dans les zones dans lesquelles est constaté un déficit en matière d'offre de

soins, définies en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, à condition d'exercer sous la responsabilité d'un médecin senior. »

La parole est à M. Claude Malhuret.

**M. Claude Malhuret.** Il ne me semble pas nécessaire d'insister sur les graves problèmes posés par la désertification médicale dans de nombreux territoires du pays, ni sur les difficultés rencontrées pour y remédier. Toutes les solutions de bon sens méritent d'être expérimentées.

Cet amendement vise à permettre aux internes de médecine générale ayant validé leur stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisés d'exercer dans une maison de santé sous la responsabilité d'un médecin senior dans les zones qui subissent la désertification médicale.

Une telle mesure a le triple avantage de sensibiliser les jeunes internes à l'offre de soins, de lutter contre la désertification médicale et de venir en appui pour soulager les médecins qui travaillent dans des zones affectées par la désertification médicale.

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

**Mme Élisabeth Doineau, corapporteur.** Nous partageons évidemment le constat des auteurs de cet amendement.

Toutefois, une telle rédaction nous paraît un peu problématique. Il paraît difficile, au regard du principe d'égalité entre les internes en médecine générale, de limiter la possibilité visée ici aux seules zones connaissant un déficit de l'offre de soins.

Par ailleurs, la notion de « médecin senior » ne correspond à aucune définition juridique.

Tout en comprenant les préoccupations des auteurs de cet amendement, la commission est donc contrainte d'émettre un avis défavorable sur cet amendement.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Le dispositif que vous proposez, monsieur le sénateur, existe déjà ! Eu égard à l'organisation actuelle, votre demande – parfaitement légitime – est donc satisfaite.

Les maisons de santé pluriprofessionnelles doivent désormais prévoir des chambres ou des logements pour accueillir les étudiants, en particulier dans les zones rurales, où ils peuvent éprouver des difficultés à se déplacer s'ils sont loin d'une gare ou n'ont pas de moyen de transport.

C'est pourquoi le Gouvernement vous demande, monsieur le sénateur, de bien vouloir retirer votre amendement ; à défaut, j'émettrais un avis défavorable.

**M. le président.** Monsieur Malhuret, l'amendement n° 272 rectifié *quinquies* est-il maintenu ?

**M. Claude Malhuret.** Non, je vais le retirer, monsieur le président.

Toutefois, je suis un peu interloqué. Mme la rapporteure m'explique que mon amendement pose un problème juridique, car il pourrait créer une discrimination selon les zones, tandis que Mme la ministre m'indique qu'une telle possibilité existe déjà ! (Mme la ministre le confirme.) Je tenais à noter cette contradiction, et j'aimerais bien avoir un éclairage à cet égard.

Pour l'heure, je retire mon amendement.

**M. le président.** L'amendement n° 272 rectifié *quinquies* est retiré.

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

Les deux premiers sont identiques.

L'amendement n° 261 rectifié est présenté par MM. Pointereau, Mouiller, Commeinhes, Charon, Saugey et B. Fournier, Mme Deromedi, MM. César, Trillard et Pellevat, Mme Mélot et M. Houel.

L'amendement n° 896 rectifié est présenté par MM. Amiel, Arnell, Barbier, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin et Guérini, Mme Malherbe et MM. Mézard, Requier et Vall.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 29

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 4131-6 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 4131-6.* – Les étudiants de troisième cycle peuvent être autorisés à effectuer une partie de leurs stages pratiques auprès de praticiens généralistes ou spécialistes agréés libéraux, dans des conditions fixées par décret. »

La parole est à M. Philippe Mouiller, pour présenter l'amendement n° 261 rectifié.

**M. Philippe Mouiller.** Cet amendement a pour objet d'ouvrir la possibilité aux étudiants en médecine de troisième cycle d'effectuer une partie de leurs stages pratiques non seulement auprès de praticiens généralistes agréés, mais également auprès de médecins spécialistes agréés exerçant en cabinets de ville et/ou en établissements de santé privés.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Claude Requier, pour présenter l'amendement n° 896 rectifié.

**M. Jean-Claude Requier.** Notre pays manque, certes, de médecins généralistes, mais également de médecins spécialistes, notamment en ophtalmologie, pédiatrie ou gériatrie.

Par cet amendement, nous proposons d'ouvrir aux étudiants en médecine de troisième cycle la possibilité d'effectuer une partie de leurs stages pratiques auprès de médecins spécialistes exerçant en cabinets de ville ou en établissements privés.

**M. le président.** L'amendement n° 224 rectifié *bis*, présenté par M. Gilles, Mme Cayeux, MM. Vasselle, de Nicolăy, Commeinhes, Bignon, Charon, César, Lefèvre et de Raincourt, Mmes Deromedi, Hummel et Garriaud-Maylam, M. Trillard et Mmes Mélot, Micouleau et Gruny, est ainsi libellé :

Après l'article 29

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 4131-6 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 4131-6.* – Les étudiants de troisième cycle peuvent être autorisés à effectuer une partie de leurs stages pratiques auprès de praticiens généralistes ou d'autres spécialistes agréés, exerçant en cabinets de ville ou en établissements de santé privés, dans des conditions fixées par décret. »

La parole est à Mme Jacky Deromedi.

**Mme Jacky Deromedi.** Cet amendement a pour objet d'ouvrir la possibilité aux étudiants en médecine de troisième cycle d'effectuer une partie de leurs stages pratiques non seulement auprès de praticiens généralistes agréés, comme le prévoit déjà le code de la santé publique, mais également auprès de médecins d'autres disciplines agréés exerçant les uns et les autres en cabinets de ville ou en établissements de santé privés. Il tend donc à modifier en conséquence l'article L. 4131-6 du code de la santé publique.

Les praticiens libéraux de médecine générale exerçant en établissements de soins privés ou en cabinets peuvent d'ores et déjà être agréés comme praticiens maîtres de stage.

D'ailleurs, on peut s'étonner du peu de services ayant reçu le fameux sésame permettant l'ouverture de terrains de stages privés aux internes de médecine générale.

Il est essentiel pour la formation des futurs médecins de toutes disciplines que tous les étudiants en médecine, et pas seulement ceux qui se destinent à la médecine générale, aient une vision et un début de pratique de la médecine libérale dans son ensemble à la sortie de leurs études.

Cette offre représente un complément indispensable à la formation médicale des étudiants pour décloisonner les disciplines.

En outre, la nécessité d'étendre la possibilité d'accueillir en stage des étudiants de toutes les filières aux médecins libéraux de disciplines autres que la médecine générale s'impose. Cette initiation de tous les étudiants de médecine de troisième cycle à une médecine libérale devrait contribuer – tout au moins peut-on l'espérer! – à l'installation de jeunes médecins de toutes spécialités dans les zones sous-dotées.

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

**Mme Élisabeth Doineau, corapporteuse.** La commission est effectivement favorable à l'ouverture des stages pratiques auprès des médecins spécialistes.

Pendant, lors des débats à l'Assemblée nationale, Mme la ministre a indiqué que de tels amendements étaient déjà satisfaits par le droit existant, ce qui avait amené leurs auteurs à les retirer.

C'est pourquoi je souhaite connaître l'avis du Gouvernement sur ce point.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Comme je l'ai dit précédemment, le praticien doit se faire connaître pour être agréé comme maître de stage ou avoir une relation avec l'unité de formation. Cela vaut pour les médecins généralistes comme pour les médecins spécialistes.

Pour ce qui concerne les médecins spécialistes, je souhaite que la pratique actuelle se généralise. Un travail est mené actuellement dans le cadre de la réforme des maquettes. Le ministère de l'enseignement supérieur et le ministère de la santé ont mis en place la Commission nationale des études de maïeutique, médecine, odontologie et pharmacie, que les étudiants connaissent bien sous l'acronyme de CNEMMOP. Cette instance procède à la révision des maquettes d'enseignement.

C'est dans ce cadre, non pas législatif, mais réglementaire, que l'on peut systématiser une telle pratique, dont je rappelle qu'elle est déjà possible avec les textes actuels.

Le Gouvernement demande donc le retrait de ces amendements. À défaut, l'avis serait défavorable.

**M. le président.** Monsieur Mouiller, l'amendement n° 261 rectifié est-il maintenu ?

**M. Philippe Mouiller.** Non, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 261 rectifié est retiré.

Qu'en est-il de l'amendement n° 896 rectifié, monsieur Requier ?

**M. Jean-Claude Requier.** Je le retire également, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 896 rectifié est retiré.

L'amendement n° 224 rectifié *bis* est-il maintenu, madame Deromedi ?

**Mme Jacky Deromedi.** Je le retire aussi, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 224 rectifié *bis* est retiré.

L'amendement n° 383, présenté par Mme Gatel, n'est pas soutenu.

Je suis saisi de trois amendements identiques.

L'amendement n° 123 rectifié *bis* est présenté par MM. Perrin, Raison, Charon, Grosperin, Morisset, Lefèvre, Vogel, B. Fournier, Houel, Béchu et de Raincourt, Mme Mélot, MM. Mouiller, Vaspert, Cornu, Houpert, Laménie et Vasselle, Mme Primas, M. G. Bailly, Mme Deseyne, MM. Pellevat, Paul, Mayet et Gournac, Mme Deromedi et MM. Genest et Darnaud.

L'amendement n° 345 rectifié est présenté par Mme Loisier, MM. Kern et Guerriau, Mme Férat et MM. Détraigne, Canevet, Cadic, Médevielle et L. Hervé.

L'amendement n° 628 rectifié est présenté par Mme Blondin, M. F. Marc, Mme Yonnet, MM. Marie, Poher et Lalande, Mme Khiari, M. Raoul, Mmes Conway-Mouret et Bataille, M. Vincent, Mme Jourda, M. Courteau, Mmes S. Robert, D. Gillot et Schillinger et M. Sueur.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 29

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 4321-2 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation aux présentes dispositions, l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute est permis aux étudiants préparant le diplôme d'État dans le cadre de leur période de stage, dans les établissements de santé ou médico-sociaux, les structures de soins ambulatoires et les cabinets libéraux agréés pour l'accomplissement des stages. Les étudiants peuvent réaliser personnellement des actes dans chaque lieu de stage, sous la responsabilité d'un masseur-kinésithérapeute et dans le respect des dispositions de l'article R. 4321-52 du code de la santé publique. Pour le remboursement ou la prise en charge par l'assurance-maladie, les actes ainsi effectués sont réputés être accomplis par le masseur-kinésithérapeute diplômé. »

La parole est à Mme Jacky Deromedi, pour présenter l'amendement n° 123 rectifié *bis*.

**Mme Jacky Deromedi.** Cet amendement vise à protéger juridiquement les étudiants qui réalisent des actes de kinésithérapie dans le cadre de leurs stages cliniques.

En effet, pendant leur formation, les 7 700 étudiants en kinésithérapie réalisent des stages cliniques au cours desquels ils prennent en charge progressivement les patients.

Or le code de la santé publique impose la détention du diplôme d'État ou d'un titre équivalent pour réaliser les actes de kinésithérapeute. Il ne reconnaît donc pas à ce jour de dérogation autorisant les étudiants à en pratiquer durant leur formation. Une telle carence expose les étudiants et les professionnels qui les encadrent à une réelle insécurité juridique en cas de dommage.

Le 2° de l'article 30 *quinquies* du projet de loi prévoit une dérogation pour les étudiants en kinésithérapie en matière d'exercice illégal de la profession. Il y a donc une protection en matière pénale, mais l'insécurité juridique demeure en matière civile, par nature bien plus large.

La dérogation que nous souhaitons instituer tend à pallier une telle lacune. Elle s'inspire des dérogations qui s'appliquent à d'autres professions de santé, notamment les étudiants infirmiers.

**M. le président.** L'amendement n° 345 rectifié n'est pas soutenu.

La parole est à Mme Evelyne Yonnet, pour présenter l'amendement n° 628 rectifié.

**Mme Evelyne Yonnet.** Mon argumentation rejoint celle de ma collègue Jacky Deromedi.

Cet amendement a pour objet de sécuriser la pratique des 7 700 étudiants en kinésithérapie.

En effet, dans le cadre de leur formation, les étudiants réalisent des stages cliniques au cours desquels ils prennent en charge progressivement les patients au moyen des actes professionnels enseignés.

Or le code de la santé publique impose la détention du diplôme d'État ou d'un titre équivalent pour réaliser les actes de la profession de kinésithérapeute et ne reconnaît donc pas à ce jour de dérogation autorisant les étudiants à les pratiquer pendant leur formation. Cette absence de disposition expose les étudiants, mais également les professionnels qui les encadrent à une réelle insécurité juridique en cas de dommage.

Le 2° de l'article 30 *quinquies* du projet de loi prévoit une dérogation pour les étudiants en kinésithérapie en matière d'exercice illégal de la profession, leur octroyant ainsi une sécurité juridique en matière pénale. Toutefois, cette mesure ne couvre pas la pratique des étudiants sur le plan civil, par nature bien plus large.

La dérogation proposée vient donc pallier une telle lacune. Elle est sur le modèle des dérogations en vigueur pour d'autres professions de santé, notamment les étudiants infirmiers.

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

**Mme Élisabeth Doineau, corapporteur.** L'adoption de ces amendements identiques permettrait de compléter le 2° de l'article 30 *quinquies*, qui prévoit une dérogation à l'exercice illégal de la profession de masseur-kinésithérapeute pour les étudiants.

Il me semble cependant que ces dispositions viennent d'être mises en place par voie réglementaire avec le décret n° 2015-1110 du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, lequel va d'ailleurs moins loin que la formulation ici proposée. En effet, aux termes de ce

décret, « l'étudiant assiste aux activités du maître de stage ou du tuteur et participe, sous la responsabilité et la supervision du maître de stage ou du tuteur, aux actes professionnels que ce dernier accomplit habituellement ».

En outre, il faut veiller à mettre en place un régime harmonisé pour l'ensemble des professionnels de santé.

Par conséquent, nous sollicitons l'avis du Gouvernement sur ces deux amendements identiques.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** La démarche proposée est un peu la même que précédemment, à savoir la sécurisation juridique de l'exercice d'étudiants kinésithérapeutes dans le cadre de leurs études en cabinet libéral.

Aujourd'hui, les étudiants ont déjà la possibilité de pratiquer des actes. En effet, des dispositions réglementaires autorisent l'étudiant masseur-kinésithérapeute à exercer des actes de kinésithérapie sous le contrôle du maître de stage – il ne peut évidemment pas le faire tout seul – et sur le lieu du stage.

Par ailleurs, des dispositions ont été introduites dans l'article 30 *quinquies* du présent projet de loi pour exclure ces étudiants de l'exercice illégal de la profession pendant leur période de stage et pour éviter les problèmes juridiques ou procéduriers qui ont été évoqués.

Ces deux amendements identiques me semblent donc déjà satisfaits. D'une part, les dérogations sont déjà prévues. D'autre part, l'article 30 *quinquies*, que nous examinerons dans quelques instants, répond de manière précise au problème soulevé.

Par conséquent, le Gouvernement demande le retrait de ces deux amendements identiques.

**M. le président.** Madame Deromedi, l'amendement n° 123 rectifié *bis* est-il maintenu ?

**Mme Jacky Deromedi.** Non, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 123 rectifié *bis* est retiré.

Qu'en est-il de l'amendement n° 628 rectifié, madame Yonnet ?

**Mme Evelynne Yonnet.** Je le retire également, monsieur le président.

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

Je suis saisi de cinq amendements identiques.

L'amendement n° 122 rectifié *bis* est présenté par MM. Perrin, Raison, Charon, Groperrin, Morisset, Lefèvre, Vogel, B. Fournier, Houel, P. Leroy et de Raincourt, Mme Mélot, MM. Mouiller, Vaspert, Cornu, Houpert, Laménie et Vasselle, Mmes Primas et Deseyne, MM. Pellevat, Paul et Gournac, Mme Deromedi et MM. Genest et Darnaud.

L'amendement n° 344 rectifié est présenté par Mme Loiser et MM. Guerriau, Kern, Canevet, Cadic et Médevielle.

L'amendement n° 507 rectifié est présenté par Mmes D. Gillot, Espagnac et Khiari et MM. Raoul, S. Larcher, Antiste, Duran, Manable et Cornano.

L'amendement n° 627 rectifié *bis* est présenté par Mme Blondin, M. F. Marc, Mme Yonnet, MM. Marie, Poher et Lalande, Mmes Conway-Mouret, Bataille et Jourda, M. Courteau, Mmes S. Robert et Schillinger et M. Sueur.

L'amendement n° 902 rectifié est présenté par Mme Malherbe et MM. Amiel, Bertrand, Guérini et Requier.

Ces cinq amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 29

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 4383-3 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4383-3-... ainsi rédigé :

« *Art. L. 4383-3 -...* – La formation initiale des masseurs-kinésithérapeutes peut être organisée au sein des universités, par dérogation à l'article L. 4383-3, sous réserve de l'accord du conseil régional. Cet accord doit notamment porter sur les modalités de financement de la formation. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur fixe les modalités de cette intégration à l'université pour le ou les sites concernés, et notamment le mode d'administration et les conditions de mise en œuvre. »

La parole est à M. Philippe Mouiller, pour présenter l'amendement n° 122 rectifié *bis*.

**M. Philippe Mouiller.** Cet amendement vise à permettre la mise en œuvre d'une formation initiale des masseurs-kinésithérapeutes à l'université, à l'instar d'autres professions de santé. Il s'agit d'une recommandation ancienne.

Dans le cadre de la réforme de la formation initiale des masseurs-kinésithérapeutes, qui voit la reconnaissance d'un parcours d'études de niveau master, il apparaît indispensable d'ouvrir la possibilité d'organiser cette formation à l'université.

En accord avec l'ensemble des parties prenantes dans les régions, notamment la direction des instituts de formation en masso-kinésithérapie, cette mesure permettrait aux étudiants de bénéficier de moyens supplémentaires dans leur parcours de formation et d'accéder plus facilement à la recherche.

Plusieurs instituts de formation ont d'ailleurs d'ores et déjà engagé des projets de collaboration avec l'université – notamment à Amiens et à Grenoble –, mais ne peuvent poursuivre leurs efforts du fait du cadre légal actuel.

Enfin, en confortant la qualité de la formation des masseurs-kinésithérapeutes, cette proposition répond également à un enjeu européen visant à structurer l'offre de soins dans une logique de développement des coopérations entre les professionnels de santé, laquelle est favorisée dès la première année à l'université.

**M. le président.** L'amendement n° 344 rectifié n'est pas soutenu.

La parole est à Mme Dominique Gillot, pour présenter l'amendement n° 507 rectifié.

**Mme Dominique Gillot.** Cet amendement vise à faciliter l'intégration des instituts de formation en kinésithérapie à l'université.

Dans la continuité de la loi du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche, et en lien avec la suppression à venir du concours d'admission physique-

chimie-biologie, qui implique un accès à la formation initiale de kinésithérapie par une première année universitaire, il est indispensable d'ouvrir la possibilité d'intégrer la formation des masseurs-kinésithérapeutes à l'université en s'inspirant des expérimentations conduites à l'université Claude-Bernard à Lyon 1, à l'université de Grenoble ou à celle d'Amiens.

Certains instituts de formation en masso-kinésithérapie ont déjà tissé des liens de collaboration et de grande proximité avec l'université, mais ne peuvent poursuivre leurs efforts du fait du cadre légal actuel.

Cette possibilité répond aux enjeux européens de la formation initiale et doit permettre d'organiser l'offre de soins dans une logique de développement des coopérations entre les professionnels de santé, qui a été favorisée dès la formation initiale.

Sans que cette intégration conduise à supprimer les instituts de formation en masso-kinésithérapie, elle doit permettre une évaluation du dispositif pour envisager la place de cette formation à l'université.

Cette intégration est à même de poursuivre l'objectif de diversification des profils des étudiants, tout en s'ancrant dans le schéma licence-master-doctorat, ou LMD, et le processus de Bologne, dont la France assure le secrétariat depuis cette année.

Cet amendement vise aussi à permettre l'adossement de la formation de masso-kinésithérapie à la recherche, gage d'innovation en matière de santé au service des usagers.

**M. le président.** La parole est à M. François Marc, pour présenter l'amendement n° 627 rectifié *bis*.

**M. François Marc.** Permettez-moi auparavant de remercier Mme la ministre des propos qu'elle a tenus sur l'amendement précédent relatif aux kinésithérapeutes.

Avec Mme Blondin et les signataires du présent amendement, nous souhaitons, nous aussi, donner la possibilité d'organiser la formation initiale des masseurs-kinésithérapeutes à l'université, à l'instar d'autres professions de santé.

On le sait, les instituts de formation en kinésithérapie présentent différents statuts : public, privé à but non lucratif, ou privé à but lucratif. Sans, bien sûr, les remettre en question, nous proposons de leur permettre, sur la base du volontariat, d'intégrer une université.

Cela conforterait tout d'abord la qualité de la formation des masseurs-kinésithérapeutes, en permettant, notamment, aux étudiants d'accéder plus facilement à la recherche et de bénéficier de conditions d'études optimisées.

Cela permettrait ensuite d'être en cohérence avec la réforme de la formation initiale de la profession, qui prévoit la reconnaissance d'un haut niveau d'études pour l'obtention du diplôme : cinq ans de cursus, un niveau master et 300 ECTS, ou *European credits transfer system*.

Une telle mesure pourrait également être de nature à approfondir les collaborations déjà engagées sur le territoire entre les instituts de formation en masso-kinésithérapie et les universités, alors qu'elles ne peuvent pas actuellement poursuivre leurs efforts de rapprochement en raison du cadre juridique existant. C'est, par exemple, le cas à Amiens et à Grenoble, comme cela a déjà été souligné.

La mise en œuvre d'une telle mesure nécessiterait évidemment un accord des parties prenantes dans les régions, à savoir le président du conseil régional, les directions de l'institut de formation en masso-kinésithérapie et l'université concernée.

Ainsi, les instituts de formation se verraient octroyer la possibilité de trouver de nouvelles synergies avec le monde universitaire, à l'image du système existant pour la profession de sage-femme. En effet, une mesure identique a été adoptée en 2009 pour cette profession, et plusieurs instituts de formation ont pu bénéficier des apports de l'université au profit des étudiants.

Cette proposition s'inscrit donc dans l'esprit de la réforme actuelle de la formation initiale de la profession, en faveur d'un cursus de haut niveau pour les étudiants en masso-kinésithérapie. Ce haut niveau de formation se justifie à la fois, je le rappelle, par la complexité des actes réalisés au plus près des patients par les 80 000 masseurs-kinésithérapeutes et par le nombre de patients traités, à savoir près de 1,5 million tous les jours.

C'est pourquoi je vous propose, mes chers collègues, d'adopter cet amendement.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Claude Requier, pour présenter l'amendement n° 902 rectifié.

**M. Jean-Claude Requier.** Cet amendement vise à donner la possibilité d'organiser la formation initiale des masseurs-kinésithérapeutes à l'université, comme cela se fait pour d'autres professions de santé.

Cette mesure permettrait d'être en cohérence avec la réforme de la formation initiale de la profession, qui prévoit la reconnaissance d'un haut niveau d'études – un niveau master avec cinq ans d'études – pour l'obtention du diplôme, d'accompagner l'approfondissement des collaborations déjà engagées sur le territoire entre les instituts de formation en masso-kinésithérapie et les universités, et de favoriser, dès la formation initiale, l'organisation d'une offre de soins basée sur la coopération entre les professionnels de santé.

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

**Mme Élisabeth Doineau, corapporteur.** Il nous a été indiqué que les travaux relatifs à la réingénierie de la formation des kinésithérapeutes touchent à leur fin, au terme d'un processus de concertation.

Comme je l'ai indiqué précédemment, le niveau master ne figure pas dans le décret n° 2015-1110 du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute. Ce décret prévoit seulement que la formation peut être organisée « en lien avec l'université ».

J'entends bien les propos qui ont été tenus par M. Marc. Même si je suis, à titre personnel, plutôt favorable à ce que la formation des masseurs-kinésithérapeutes ait lieu à l'université, il n'a pas paru opportun à la commission de s'interroger et de revenir, à ce stade, sur l'équilibre qui vient d'être atteint avec ce décret, qui est tout récent.

C'est pourquoi la commission aimerait connaître l'avis du Gouvernement.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Mesdames, messieurs les sénateurs, vous lancez un débat qui est loin d'être anodin. Par vos amendements, il ne s'agit absolument pas de procéder à un aménagement à la marge – je reviendrai d'ailleurs sur

certaines formulations qui ont été employées. L'adoption de ces amendements entraînerait un bouleversement complet de la formation des professions paramédicales – aujourd'hui des kinésithérapeutes, demain des infirmières.

Soyons clairs, à l'heure actuelle, les liens entre les instituts de formation et les universités ne sont pas seulement possibles, ils sont obligatoires. Depuis la mise en place du processus dit d'« universitarisation », qui s'accompagne de la reconnaissance des diplômes, les liens avec l'université sont bien réels.

Avec la mise en œuvre du dispositif LMD, la formation des professions paramédicales est assurée, à l'exception des orthophonistes, par des instituts qui dépendent des régions et qui sont gérés, par exemple, par la Croix-Rouge, l'une des grandes structures de formation des professions paramédicales.

Ce sont donc des instituts privés ou publics, financés en partie par la région, qui gèrent la formation et dont les diplômes sont reconnus par l'université. Il existe donc des protocoles.

Avec ces amendements identiques, il ne s'agit pas, pour reprendre la formulation de l'un d'entre vous, de faciliter l'intégration dans l'université. C'est un transfert de la formation des professions paramédicales des instituts aujourd'hui dédiés vers l'université qui nous est ici proposé, un modèle totalement différent.

Je peux parfaitement entendre certaines de vos motivations. Je peux, notamment, comprendre que certains d'entre vous souhaitent passer d'un modèle de formation géré par des instituts, publics ou privés, dédiés à un modèle de formation géré par l'université. J'attire néanmoins votre attention sur deux points. Premièrement, il importe de demander à l'université ce qu'elle en pense. Deuxièmement, il convient d'interroger les régions sur ce projet et cette démarche.

Nous discutons de cette proposition quelques semaines seulement après le vote d'une loi sur la répartition des compétences des collectivités territoriales. Or cette question n'a absolument pas été versée au débat.

Par ailleurs, depuis trois ans, depuis que je suis ministre, dans le cadre de la réforme LMD, les représentants des régions m'ont indiqué à plusieurs reprises qu'ils veillaient à ce que l'université ne vienne pas prendre trop de place dans la formation des professions paramédicales. En effet, ils ont le sentiment que, en ayant la main sur les lieux de formation et d'implantation de leurs centres de formation, ils peuvent se donner les moyens de lutter contre les zones sous-denses, qui sont souvent appelées « déserts médicaux » – je ne veux pas les nommer ainsi, car il n'existe nulle part sur notre territoire de désert médical absolu.

Ainsi, les présidents de région estiment qu'il importe de garantir l'existence de lieux de formation dans les zones rurales si l'on veut que des kinésithérapeutes s'y installent par la suite.

**Mme Catherine Deroche, corapporteur.** Tout à fait !

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Si tous les étudiants se forment à la faculté de médecine, alors nous aboutirons à une concentration des formations dans certains territoires. J'attire votre attention sur ce point, mesdames, messieurs les sénateurs.

Comprenez-moi bien : ce n'est pas que je considère que l'université ne peut pas former. Je pense que l'université peut le faire, mais au prix d'un certain nombre d'évolutions. Il faut, notamment, des locaux, des amphithéâtres, des professeurs. Tout cela ne se fait pas du jour au lendemain, à la faveur d'un amendement qui n'a été débattu, à ma connaissance, ni avec les universités ni avec les payeurs actuels, c'est-à-dire les régions.

Sans préjuger ce que sera l'évolution dans les années à venir, je vous appelle, mesdames, messieurs les sénateurs, à être prudents dans la mise en œuvre de mesures qui conduiraient à des bouleversements beaucoup plus considérables que ce que laissent à penser les exposés des motifs de vos amendements.

C'est pourquoi je vous demande de bien vouloir retirer vos amendements ; à défaut, j'émets un avis défavorable.

**M. le président.** Monsieur Mouiller, l'amendement n° 122 rectifié *bis* est-il maintenu ?

**M. Philippe Mouiller.** Les arguments de Mme la ministre m'ont convaincu. Cependant, n'étant pas l'auteur de l'amendement, je ne puis le retirer.

**M. le président.** Madame Gillot, l'amendement n° 507 rectifié est-il maintenu ?

**Mme Dominique Gillot.** L'ambition de l'universitarisation des études, notamment paramédicales, est forte. Elle est défendue par un certain nombre de représentants de ces professions.

Néanmoins, les arguments développés par Mme la ministre sont tout à fait convaincants. Il faut laisser le temps au temps. Aussi, je retire mon amendement, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 507 rectifié est retiré.

Monsieur Marc, l'amendement n° 627 rectifié *bis* est-il maintenu ?

**M. François Marc.** Non, je le retire, monsieur le président.

Les précisions apportées par Mme la ministre nous confortent dans l'idée qu'un travail important reste à faire. D'ailleurs, dans mon argumentation, j'ai bien souligné qu'un accord des parties prenantes était nécessaire dans les régions, à savoir avec le président du conseil régional, les directions d'instituts de formation et l'université concernée. Nous en sommes bien conscients, madame la ministre, un travail préparatoire doit être entrepris de la façon la plus efficace possible ; c'est un préalable nécessaire.

En tout état de cause, l'orientation souhaitée me paraît aller dans le bon sens. Il importe que toutes les parties prenantes œuvrent en ce sens.

**M. le président.** L'amendement n° 627 rectifié *bis* est retiré.

Monsieur Requier, l'amendement n° 902 rectifié est-il maintenu ?

**M. Jean-Claude Requier.** Non, je le retire, monsieur le président : même raisonnement, même conclusion !

**M. le président.** L'amendement n° 902 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 122 rectifié *bis*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

**M. le président.** L'amendement n° 772, présenté par M. Vergès, Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :



Après l'article 29

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Afin d'augmenter l'offre de soins dans les départements, régions et collectivités d'outre-mer, le Gouvernement favorise la conclusion d'accords internationaux de coopération régionale en matière de santé.

La parole est à Mme Annie David.

**Mme Annie David.** Le Conseil économique, social et environnemental, le CESE, préconise dans l'un de ses rapports de favoriser l'intégration économique des territoires ultramarins dans leur zone de référence et dans les secteurs où ils possèdent une plus-value, notamment le domaine de la santé, et ce malgré les faiblesses et les retards de ce système par rapport à la situation existant dans l'Hexagone. En effet, il y a outre-mer des soins de qualité et un réel savoir-faire.

La coopération régionale – mais ne serait-il pas plus positif de parler de « codéveloppement » ? – est d'autant plus nécessaire outre-mer que les maladies émergentes représentent une menace croissante. Dans l'océan Indien, par exemple, on se souvient de l'épidémie de chikungunya, qui s'est traduite par un affaiblissement considérable de la fréquentation touristique à la Réunion. La vulnérabilité économique de ces îles est évidente.

Dès lors, il est nécessaire, d'une part, d'organiser rationnellement et durablement un système d'alerte efficace et, d'autre part, d'apporter des réponses rapides aux épidémies sur toute la zone géographique.

Pour ce faire, il est urgent de créer les conditions propices à l'élaboration de stratégies partagées par l'ensemble des acteurs de la coopération en matière de santé dans une zone géographique donnée. Cela passe par la connaissance des besoins et des ressources des pays concernés.

Il est également indispensable de faciliter le déplacement des personnels médicaux et paramédicaux entre les pays et les îles proches des outre-mer français. Bien souvent, en effet, ces personnels sont bloqués dans leur pays, faute d'obtention d'un visa ou d'un titre de séjour sur le territoire français.

À terme, on peut aussi espérer que le codéveloppement se concrétise par la création d'un grand pôle universitaire francophone dans chaque zone géographique ou par la mise en place d'un dispositif scolaire et universitaire de type Erasmus dans ces mêmes zones.

Il apparaît alors nécessaire de réfléchir à la question de la gouvernance de la coopération régionale.

Enfin, il y a une certaine urgence : les pays environnants des départements et régions d'outre-mer n'ont, pour la plupart d'entre eux, pas terminé leur transition démographique. Ces pays vont donc connaître une augmentation et, dans le même temps, un vieillissement de leur population, une situation qui se traduira par un accroissement des besoins. Il faudra donc apporter une réponse adaptée, pensée à l'échelle non seulement d'une région ou d'une collectivité d'outre-mer, mais aussi de la zone géographique.

Telle est la raison d'être de cet amendement de Paul Vergès, que je vous demande, mes chers collègues, de bien vouloir adopter.

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

**Mme Élisabeth Doineau, corapporteur.** La rédaction de cet amendement est par trop imprécise puisqu'il n'y est fait mention ni du contenu des accords internationaux de coopération régionale en matière de santé ni des moyens permettant au Gouvernement de les favoriser.

La commission a donc émis un avis défavorable.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Ce dispositif existe déjà, madame la sénatrice. L'article 52 de la Constitution autorise en effet de tels accords, dès lors qu'ils sont conclus sous la responsabilité du Président de la République.

La France a même favorisé la conclusion d'accords avec d'autres territoires de l'océan Indien et reçoit ainsi des patients originaires de pays non français avec lesquels des coopérations ont été établies. Par ailleurs, les départements français d'Amérique – Martinique, Guadeloupe, Guyane – ont conclu des accords internationaux dans plusieurs disciplines médicales. Je partage donc votre démarche, madame David.

Votre amendement étant satisfait, je vous demande de bien vouloir le retirer ; à défaut, j'émettrais un avis défavorable.

**M. le président.** Madame David, l'amendement n° 772 est-il maintenu ?

**Mme Annie David.** J'ai bien entendu vos explications, madame le ministre. Peut-être que cette coopération existe, mais elle ne semble pas très bien fonctionner pas à la Réunion.

En tant que porte-parole de Paul Vergès dans cet hémicycle, je maintiens cet amendement, monsieur le président.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 772.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 773, présenté par M. Vergès, Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 29

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement, dans les dix-huit mois qui suivent la promulgation de la présente loi, un rapport visant à mettre en place une réelle coopération régionale en matière de santé par l'ouverture de terrains de stage dans les pays de l'environnement géographique de chaque collectivité, département et région d'outre-mer.

La parole est à M. Dominique Watrin.

**M. Dominique Watrin.** Un peu dans le même esprit, cet amendement concerne le développement de la coopération régionale outre-mer dans le domaine de la formation.

Notre collègue Paul Vergès tient à rappeler que, aux termes de l'article 1<sup>er</sup> bis de ce projet de loi, la stratégie nationale de santé doit prendre en compte le développement de la coopération régionale outre-mer dans le domaine de la santé, et que, au titre III de ce projet de loi, le chapitre I<sup>er</sup> vise à « innover en matière de formation des professionnels ».

Cet amendement tend à proposer une innovation concrète dans ce domaine. Il s'agit de permettre aux étudiants des filières médicales et paramédicales de réaliser leur stage dans

une structure hospitalière, dans des établissements et des centres de santé implantés dans leur environnement géographique proche. À la Réunion, par exemple, les étudiants pourraient effectuer leur stage dans des structures situées à Madagascar, en Afrique du Sud et, plus généralement, dans les pays membres de la Commission de l’océan Indien.

Cela permettrait d’accroître les terrains de stage pour les étudiants et, par voie de conséquence, de permettre l’éventuelle augmentation du *numerus clausus*, tout en donnant un réel contenu à la coopération régionale en matière sanitaire.

En outre, cette proposition répond à l’une des préoccupations de l’agence régionale de santé de l’océan Indien, qui souhaite la mise en place de diplômes interuniversitaires et de formations diplômantes, dans le cadre de partenariats hospitalo-universitaires, pour ce qui concerne la formation médicale spécialisée.

Cet amendement a donc pour objet l’établissement d’un rapport visant à mettre en place une réelle coopération régionale en matière de santé par l’ouverture de terrains de stage dans les pays de l’environnement géographique de chaque collectivité, département et région d’outre-mer.

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

**Mme Élisabeth Doineau, corapporteur.** Chacun sait ici quelle issue est réservée aux demandes de rapport... Notre avis n’a pas changé sur ce point : il est défavorable.

Par ailleurs, cette proposition d’ouverture de stages à l’étranger se heurterait aux pratiques médicales en vigueur dans d’autres pays que le nôtre : la formation y étant dispensée selon des modalités différentes, cela pourrait entraîner des difficultés.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Ces possibilités existant déjà, le Gouvernement est défavorable à cet amendement.

**M. le président.** Je mets aux voix l’amendement n° 773.

*(L’amendement n’est pas adopté.)*

## Chapitre II

### INNOVER POUR PRÉPARER LES MÉTIERS DE DEMAIN

#### Article 30

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Au début du livre III de la quatrième partie, il est ajouté un titre préliminaire ainsi rédigé :
- ③ « TITRE PRÉLIMINAIRE
- ④ « EXERCICE EN PRATIQUE AVANCÉE
- ⑤ « Art. L. 4301-1. – I. – Les auxiliaires médicaux relevant des titres I<sup>er</sup> à VII du présent livre peuvent exercer en pratique avancée :
- ⑥ 1° En pratique ambulatoire, au sein d’une équipe de soins primaires coordonnée par un médecin généraliste, au sein d’un pôle de santé en assistance d’un médecin de premier ou de deuxième recours, ou en assistance d’un médecin spécialiste ;
- ⑦ 2° En établissement de santé, au sein d’une équipe de soins coordonnée par un médecin.

⑧ « Un décret en Conseil d’État, pris après avis de l’Académie nationale de médecine et des représentants des professionnels de santé concernés, définit pour chaque profession d’auxiliaire médical :

⑨ « 1° Les domaines d’intervention en pratique avancée qui peuvent comporter :

⑩ « a) Des activités d’orientation, d’éducation, de prévention ou de dépistage ;

⑪ « b) Des actes d’évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et para-clinique ;

⑫ « c) Des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d’examens complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales ;

⑬ « 2° Les conditions et les règles de l’exercice en pratique avancée.

⑭ « II. – Peuvent exercer en pratique avancée de grade master les professionnels mentionnés au I qui justifient d’une durée d’exercice minimale de leur profession et d’un diplôme de formation en pratique avancée délivré par une université habilitée à cette fin dans les conditions mentionnées au III.

⑮ « Sont tenues de se faire enregistrer auprès du service ou de l’organisme désigné à cette fin par le ministre chargé de la santé, avant un exercice professionnel, les personnes ayant obtenu un titre de formation requis pour l’exercice en pratique avancée.

⑯ « La nature du diplôme, la durée d’exercice minimale de la profession et les modalités d’obtention du diplôme et de reconnaissance mutuelle sont définies par décret.

⑰ « III. – Toute université assurant une formation conduisant à la délivrance du diplôme de formation en pratique avancée doit avoir été habilitée, à cet effet, sur le fondement d’un référentiel de formation défini par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l’enseignement supérieur, dans le cadre de la procédure d’accréditation de son offre de formation.

⑱ « IV. – Les règles professionnelles et éthiques de chaque profession, ainsi que celles communes à l’ensemble des professionnels de santé, notamment celles figurant aux articles L. 1110-4 et L. 1111-2, demeurent applicables sous réserve, le cas échéant, des dispositions particulières ou des mesures d’adaptation nécessaires prises par décret en Conseil d’État.

⑲ « Le professionnel agissant dans le cadre de la pratique avancée est responsable des actes qu’il réalise dans ce cadre. » ;

⑳ 2° Au dernier alinéa de l’article L. 4161-1, après les mots : « ses malades, », sont insérés les mots : « ni aux auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée en application de l’article L. 4301-1, ».

㉑ II (*nouveau*). – Dans un délai de deux ans après leur entrée en vigueur, la mise en œuvre des dispositions de l’article L. 4301-1 du code de la santé publique fait l’objet d’une évaluation transmise au Parlement visant notamment à s’assurer de la qualité et de la sécurité des soins effectués dans le cadre d’un exercice en pratique avancée et, le cas échéant, d’identifier les obstacles rencontrés par les professions visées au I de cet article pour l’accès à l’exercice en pratique avancée.

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

L'amendement n° 544, présenté par Mme Génisson, M. Daudigny, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Campion et Claireaux, M. Durain, Mmes Emery-Dumas et Féret, MM. Godefroy, Jeansannetas et Labazée, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mme Yonnet et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

I. – Alinéas 5 à 7

Remplacer ces alinéas par un alinéa ainsi rédigé :

« Art. L. 4301-1. – I. – Les auxiliaires médicaux relevant des titres I<sup>er</sup> à VII du présent livre peuvent exercer en pratique avancée au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou au sein d'une équipe de soins en établissements de santé ou en établissements médico-sociaux coordonnée par un médecin ou, enfin, en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire.

II. – Alinéa 14

Supprimer les mots :

de grade master

III. – Alinéa 21

Supprimer cet alinéa.

La parole est à Mme Catherine Génisson.

**Mme Catherine Génisson.** Tout d'abord, nous nous réjouissons de l'existence du chapitre II, intitulé « Innover pour préparer les métiers de demain », et de la définition de l'exercice en pratique avancée, sur laquelle a travaillé le Gouvernement. La commission des affaires sociales du Sénat s'en est également préoccupée ; son président et moi-même avons commis un rapport sur cette question.

L'exercice en pratique avancée est très important en termes, à la fois, de qualité des soins apportés au patient et de qualité d'exercice des professionnels de santé. Il permet en particulier d'ouvrir des perspectives de promotion à des professionnels travaillant dans le secteur paramédical.

Cet amendement vise à réécrire partiellement l'article 30 : c'est non pas le lieu d'exercice – le pôle de santé, comme mentionné dans la version proposée par la commission des affaires sociales – qui caractérise l'exercice en pratique avancée, mais l'exercice au sein d'une équipe coordonnée par un médecin, une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires en pratique ambulatoire.

Il tend aussi à rétablir la rédaction initiale de l'article en ajoutant, pour ce qui concerne les équipes de soins hospitalières, les établissements médico-sociaux.

Il prévoit également de supprimer la référence au grade de master, d'abord parce que ce niveau de diplôme ne relève pas du domaine législatif, mais, surtout, parce qu'il paraît peu justifié de définir *a priori* le niveau d'un diplôme avant d'avoir précisé le cadre juridique et pédagogique de l'exercice en pratique avancée.

Enfin – cela fera plaisir au président de la commission ! –, cet amendement vise à supprimer l'obligation d'élaborer et de transmettre au Parlement un bilan concernant l'exercice en pratique avancée des professions paramédicales dans les

deux ans suivant l'entrée en vigueur du dispositif. Ce délai est en effet trop court pour que l'on puisse tirer des conclusions valables et aller plus avant dans le débat.

**M. le président.** L'amendement n° 1151 rectifié, présenté par MM. Barbier, Arnell, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin, Guérini, Mézard, Requier et Vall, est ainsi libellé :

I. – Alinéas 5 et 20

Remplacer les mots :

auxiliaires médicaux

par les mots :

professionnels de santé

II. – Alinéa 8

Supprimer les mots :

d'auxiliaire médical

La parole est à M. Gilbert Barbier.

**M. Gilbert Barbier.** Les propos de Mme Génisson sont certes importants, mais se pose aussi une question de terminologie.

Entend-on laisser l'ensemble des auxiliaires médicaux exercer en pratique avancée ? Ne serait-il pas plus judicieux de réserver ce statut aux professionnels de santé ? Nous risquons, sinon, d'avoir un champ très vaste, ce qui posera des problèmes de délégation de tâches concernant cette pratique, telle que définie à l'article 30.

**M. le président.** L'amendement n° 871 rectifié, présenté par MM. Amiel, Barbier et Guérini, Mmes Laborde et Malherbe et M. Requier, est ainsi libellé :

Alinéa 7

Après les mots :

de santé

insérer les mots :

ou en établissement ou service médico-social

La parole est à M. Jean-Claude Requier.

**M. Jean-Claude Requier.** L'article 30 prévoit, avec la mise en place de l'exercice en pratique avancée, une nouvelle conception de la coordination entre les professions médicales. Ce mécanisme a déjà fait ses preuves, notamment au Canada, pour compenser la baisse de la démographie médicale dans certains territoires.

Le niveau de médicalisation des établissements et services médico-sociaux est très variable, et le temps des médecins y exerçant est contraint, ce qui a pour conséquence de rendre très difficile la mise en place d'actions d'éducation à la santé, de prévention ou de dépistage.

Aussi, cet amendement vise à étendre le champ d'application de l'article 30, afin d'améliorer les parcours de santé des personnes handicapées sur leur lieu de vie. L'autorisation donnée aux auxiliaires médicaux d'exercer en pratique avancée dans les établissements et services médico-sociaux reste soumise à la responsabilité du médecin.

**M. le président.** Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 542 est présenté par Mmes Campion et Génisson, M. Daudigny, Mme Bricq, M. Caffet, Mme Claireaux, M. Durain, Mmes Emery-Dumas et

Féret, MM. Godefroy, Jeansannetas et Labazée, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mme Yonnet, M. Sueur et les membres du groupe socialiste et républicain.

L'amendement n° 1093 est présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'alinéa 7

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° En établissement ou service médico-social.

La parole est à Mme Claire-Lise Champion, pour présenter l'amendement n° 542.

**Mme Claire-Lise Champion.** Dans un contexte où les établissements et les services médico-sociaux sont confrontés au défi de la pénurie de professionnels de santé et aux contraintes organisationnelles, la pratique avancée constitue une solution sécurisée pour les professionnels et les usagers.

L'amendement n° 542 vise donc à étendre le champ d'application de l'article 30 aux auxiliaires médicaux.

L'autorisation donnée à ces professionnels d'exercer en pratique avancée dans les établissements et services médico-sociaux reste soumise à la responsabilité du médecin y exerçant, comme c'est déjà prévu, notamment, pour les établissements de santé. Cela contribuera, par ailleurs, à valoriser les différentes professions « intermédiaires » par rapport aux professions de santé et permettra de libérer du temps médical en organisant une meilleure répartition des compétences.

**M. le président.** La parole est à Mme Aline Archimbaud, pour présenter l'amendement n° 1093.

**Mme Aline Archimbaud.** Comme mes collègues viennent de l'expliquer, le niveau de médicalisation des établissements et services médico-sociaux est très variable, et le temps des médecins y exerçant est contraint. Cette carence rend très difficile la mise en place d'actions d'éducation à la santé, de prévention ou de dépistage, ainsi qu'une bonne observance.

L'autorisation donnée aux auxiliaires médicaux d'exercer en pratique avancée dans les établissements et services médico-sociaux resterait soumise à la responsabilité du médecin y exerçant, comme c'est déjà prévu, notamment, pour les établissements de santé, mais permettrait d'y améliorer la prise en charge des résidents.

Cet amendement vise à améliorer les parcours de santé des personnes handicapées sur leur lieu de vie.

**M. le président.** L'amendement n° 1209, présenté par Mmes Deroche et Doineau et M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 14

Rédiger ainsi cet alinéa :

II. – Peuvent exercer en pratique avancée les professionnels mentionnés au I qui justifient d'une durée d'exercice minimale de leur profession et d'un diplôme de formation en pratique avancée de grade master délivré par une université habilitée à cette fin dans les conditions mentionnées au III.

La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

**M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales, corapporteur.** Cet amendement vise à corriger une erreur matérielle.

**M. le président.** L'amendement n° 508 rectifié, présenté par Mmes D. Gillot et Espagnac et MM. Raoul, S. Larcher, Antiste, Duran, Manable et Cornano, est ainsi libellé :

Alinéa 14

Remplacer le mot :

formation

par le mot :

master

La parole est à Mme Dominique Gillot.

**Mme Dominique Gillot.** Il est question à l'alinéa 14 de l'article 30, à la fois, de grade de master et de diplôme de formation en pratique avancée.

Soit il s'agit d'une formation en pratique avancée reconnue par un référentiel, soit il s'agit d'un master. Mais les termes « grade de master », quant à eux, risquent d'être source de confusion, notamment dans les écoles proposant des formations à des tarifs d'inscription non conventionnés.

C'est pourquoi je propose de supprimer les mots « grade de master » pour les remplacer par ceux de « diplôme de formation en pratique avancée » ou « diplôme de master ».

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

**M. Alain Milon, corapporteur.** L'amendement n° 544, présenté par Mme Génisson, tend à supprimer plusieurs précisions introduites dans le texte par la commission des affaires sociales : celle selon laquelle l'exercice en pratique avancée peut se faire au sein d'un pôle de santé ; celle selon laquelle le niveau de formation requis est le master ; et celle selon laquelle le dispositif doit faire l'objet d'une évaluation dans un délai de deux ans après l'application des dispositions.

Sur le premier point, je souligne que le pôle de santé est non pas un lieu d'exercice, mais un mode d'organisation des pratiques professionnelles, comme les équipes de soins primaires. Je ne comprends donc pas bien pourquoi la mention des pratiques semblerait plus acceptable que celle du pôle de santé. Comme tout mode de fonctionnement reposant sur un travail en équipe, ce pôle est adapté à la mise en place des pratiques avancées.

Sur le second point, il me semblait que Mme Génisson était d'accord avec moi, dans le cadre du rapport que nous avons présenté sur les coopérations entre professionnels de santé, pour constater que l'organisation de nos professions médicales et paramédicales se caractérisait par une béance au niveau des professions intermédiaires.

Le choix du niveau master présente plusieurs avantages. Il permet de combler le manque de formations entre le niveau bac + 2 ou bac + 3, c'est-à-dire les formations paramédicales, et le niveau bac + 8 et plus, qui concerne la formation des médecins. Il correspond au niveau de formation des professions intermédiaires à l'étranger, notamment des infirmiers cliniciens. Il offre une perspective d'évolution et de reprise des études aux professionnels formés en deux ou trois ans. Enfin, il a le mérite de s'inscrire dans le système licence, master, doctorat, dit LMD, que tout le monde connaît.

Sur le troisième point, je pense, au contraire, qu'il est indispensable de conduire très rapidement une évaluation : la rédaction que nous avons proposée vise non pas seulement

à contrôler que toutes les conditions de sécurité sont bien réunies, mais aussi à identifier les obstacles qui entraveraient la montée en puissance des pratiques avancées. Or si nous voulons véritablement moderniser notre système de santé, il nous faut agir vite en matière de reconnaissance de professions intermédiaires.

C'est pourquoi la commission a émis un avis défavorable sur l'amendement n° 544.

L'amendement n° 1151 rectifié vise à ouvrir l'exercice en pratique avancée aux professionnels de santé plutôt qu'aux auxiliaires médicaux.

Si je ne peux qu'être d'accord avec l'objet de l'amendement, qui fait référence au rapport que Mme Génisson et moi-même avons consacré aux coopérations entre professionnels de santé, il me semble que le choix du terme d'« auxiliaires médicaux » permet de bien identifier les professionnels concernés par la pratique avancée au sein du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique.

Nous demanderons cependant des précisions à Mme la ministre sur ce point et aimerions connaître l'avis du Gouvernement.

Concernant l'amendement n° 871 rectifié et les amendements identiques n° 542 et 1093, il ne semble pas souhaitable d'étendre l'exercice en pratique avancée aux établissements et services médico-sociaux, et ce pour deux raisons.

D'abord, ces établissements et services ne sont pas toujours le lieu d'un véritable exercice en équipe, comme dans les établissements de santé, alors que c'est une condition *sine qua non* de la mise en place des pratiques avancées.

Ensuite, l'objet de ces amendements indique que cette extension est justifiée par le temps contraint des médecins dans le secteur médico-social. On sait en effet que certains établissements ont des difficultés à recruter des personnels médicaux. Toutefois, les pratiques avancées ne doivent pas être mises en place pour pallier des défauts d'organisation.

C'est pourquoi la commission émet un avis défavorable sur l'amendement n° 971 rectifié et sur les amendements identiques n° 542 et 1093.

S'agissant de l'amendement n° 508 rectifié, il est satisfait par la rédaction de l'article 14, tel que corrigé par l'amendement que nous avons présenté. L'avis est donc défavorable, à moins qu'il ne soit retiré.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Je suis favorable à l'amendement n° 544, présenté par Mme Génisson, qui vise à réintroduire dans le projet de loi la référence aux équipes exerçant en établissements médico-sociaux.

Monsieur le rapporteur, j'entends bien l'argument selon lequel il n'y a pas toujours d'équipes dans ces établissements. Certes, mais, dans le principe, les pratiques avancées s'inscrivent dans le cadre d'une équipe, sous la supervision, si j'ose dire, d'un médecin. Si un établissement médico-social ne comprend pas d'équipe, il ne pourra pas y avoir de pratiques avancées.

Votre argument ne me semble donc pas pertinent. Aux termes de la rédaction adoptée par la commission, les pratiques avancées n'existent pas, y compris dans les établissements médico-sociaux ayant des équipes de soins.

Par conséquent, je demande le retrait de l'amendement n° 871 rectifié et des amendements identiques n° 542 et 1093, qui s'inscrivent dans la même logique et seraient satisfaits par l'adoption de l'amendement de Mme Génisson auquel, je le répète, je suis favorable.

Monsieur Barbier, avec l'amendement n° 1151, vous posez une question de fond.

Dans l'état actuel des choses, le Gouvernement entend réserver la possibilité des pratiques avancées aux professions paramédicales. Cela ne signifie pas qu'ultérieurement d'autres dispositifs, avec d'autres appellations et d'autres protocoles, ne pourront pas être mis en place, mais, en l'espèce, il s'agit véritablement de permettre à des professions paramédicales de travailler sous la supervision d'un médecin dans des situations bien identifiées. C'est pourquoi j'émet un avis défavorable sur cet amendement.

Monsieur le rapporteur, il y a assurément une erreur matérielle dans la rédaction de l'article issue des travaux de la commission s'agissant du niveau de diplôme exigé, c'est-à-dire le master. Néanmoins, je suis défavorable à l'amendement n° 1209, car la détermination du niveau de diplôme ne relève pas du niveau législatif.

Comme l'a d'ailleurs indiqué Mme Génisson, il paraît totalement inopportun de préciser qu'un master est exigé, en tout cas dans la loi. Je comprends bien que vous souhaitiez faire cette rectification matérielle, mais, dans la mesure où le Gouvernement ne souhaite pas que le niveau master figure dans le texte, j'émet un avis défavorable sur l'amendement de la commission.

Enfin, je demande le retrait de l'amendement n° 508 rectifié de Mme Gillot.

Là encore, la détermination du niveau de diplôme ne relève pas du domaine législatif. Comme vous l'avez vous-même relevé, madame la sénatrice, la rédaction adoptée par la commission présente de nombreux « miroitements ». Néanmoins, je le redis, il ne me paraît pas souhaitable de préciser le niveau master, la rédaction proposée de Mme Génisson me paraissant satisfaisante.

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

**M. Gilbert Barbier.** Madame la ministre, je suis quelque peu étonné par votre réponse s'agissant de mon amendement.

Comme l'a souligné M. le rapporteur, la définition de l'auxiliaire médical figure dans le livre III du code de la santé publique. Vingt professions sont concernées, dont celles d'infirmiers, de masseurs-kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes, de psychomotriciens, d'orthophonistes, d'orthoptistes, de manipulateurs en électroradiologie, de techniciens de laboratoire médical, d'audioprothésistes, d'opticiens-lunetiers, de diététiciens, d'aides-soignants et d'auxiliaires de puériculture et ambulanciers.

Autant je suis favorable à la pratique avancée telle que nous la concevions pour un certain nombre de métiers paramédicaux, autant j'estime que nous allons là très loin. C'est pourquoi je m'étonne, madame la ministre, que vous rejetiez mon amendement.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 544.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant de la commission.

Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable et que celui du Gouvernement est favorable.

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

Le scrutin est ouvert.

*(Le scrutin a lieu.)*

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

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

*(Il est procédé au dépouillement du scrutin.)*

**M. le président.** Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 263 :

Nombre de votants .....	344
Nombre de suffrages exprimés .....	328
Pour l'adoption .....	139
Contre .....	189

Le Sénat n'a pas adopté.

Je mets aux voix l'amendement n° 1151 rectifié.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 871 rectifié.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n° 542 et 1093.

*(Les amendements ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1209.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** En conséquence, l'amendement n° 508 rectifié n'a plus d'objet.

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

L'amendement n° 262 rectifié *bis*, présenté par MM. Pointereau, Commeinhes, Charon et Saugey, Mme Deromedi, M. Trillard, Mme Mélot, M. Houel et Mme Gruny, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 12

Après les mots :

prescription médicale obligatoire

supprimer la fin de cet alinéa.

II. – Après l'alinéa 13

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Cette disposition fait l'objet d'une expérimentation d'une durée de quatre ans et d'une évaluation selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État ».

La parole est à Mme Jacky Deromedi.

**Mme Jacky Deromedi.** En premier lieu, dans un souci de respect de la maîtrise médicalisée, l'exercice en pratique avancée ne doit pas pouvoir inclure la prescription d'exams complémentaires ni le renouvellement ou l'adaptation de prescriptions médicales.

En second lieu, cet exercice doit d'abord être envisagé dans le cadre d'une expérimentation, puis faire l'objet d'une évaluation avant, enfin, d'être éventuellement généralisé.

**M. le président.** L'amendement n° 203 rectifié, présenté par MM. Barbier et Mézard, Mme Malherbe et MM. Arnell, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin, Requier et Vall, est ainsi libellé :

Alinéa 12

Compléter cet alinéa par les mots :

, en accord avec le médecin prescripteur

La parole est à M. Gilbert Barbier.

**M. Gilbert Barbier.** Il s'agit de soumettre les prescriptions réalisées par des auxiliaires médicaux, puisque c'est le terme retenu, à l'accord du médecin prescripteur. Cela m'apparaît à la fois logique et nécessaire.

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

**M. Alain Milon, corapporteur.** En ce qui concerne l'amendement n° 262 rectifié *bis*, j'insiste sur le fait que la reconnaissance d'une possibilité de prescrire, d'ailleurs très limitée, reconnue aux auxiliaires exerçant en pratique avancée s'accompagne de toutes les garanties de sécurité. En effet, l'auxiliaire ne pourra intervenir que sous la supervision d'un médecin et au terme d'une formation spécifique.

Dans le cadre de la rédaction du rapport relatif aux coopérations entre professionnels de santé, que Catherine Génisson et moi avons présenté, nous avons pu constater que certains protocoles de l'article 51 de la loi HPST, qui comprenait un volet relatif à l'adaptation des prescriptions, avaient permis d'améliorer significativement le fonctionnement de différents services, notamment en oncologie, en dégageant du temps pour les médecins. Il permettait également d'améliorer la qualité de vie des patients, qui voyaient ainsi se réduire très sensiblement le délai d'attente pour se voir délivrer une simple ordonnance d'adaptation de prescription.

Par ailleurs, nous sommes opposés à la formule de l'expérimentation. Les protocoles de l'article 51 de la loi précitée existent depuis 2009. En outre, ainsi que nous le soulignons dans notre rapport, la France est en retard dans la reconnaissance de métiers intermédiaires. Cessons de différer : il s'agit maintenant d'entrer dans le vif du sujet, pour améliorer tant la prise en charge des patients que les conditions d'exercice des professionnels de santé.

Pour toutes ces raisons, faute de retrait, nous émettons un avis défavorable sur votre amendement, madame Deromedi.

En ce qui concerne l'amendement n° 203 rectifié, la précision qu'il vise à apporter paraît inutile, monsieur Barbier, dans la mesure où les alinéas 6 et 7 de l'article définissent de manière limitative les configurations dans lesquelles peut être mis en place un exercice en pratique avancée.

Dans l'ensemble de ces configurations, l'auxiliaire médical intervient en assistance d'un médecin et sous son contrôle. Il ne peut donc y avoir aucune situation dans laquelle un auxiliaire médical pourrait exercer cette possibilité de prescription sans l'accord *a priori* du médecin hospitalier ou prescripteur.

Je vous demande, par conséquent, de retirer votre amendement, faute de quoi l'avis de la commission sera défavorable.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Mêmes avis sur ces deux amendements.

**M. le président.** Madame Deromedi, l'amendement n° 262 rectifié *bis* est-il maintenu ?

**Mme Jacky Deromedi.** Non, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 262 rectifié *bis* est retiré.

**M. Gilbert Barbier.** Je retire également l'amendement n° 203 rectifié, monsieur le président !

**M. le président.** L'amendement n° 203 rectifié est retiré.

La parole est à M. Jean-Baptiste Lemoyne, pour explication de vote sur l'article.

**M. Jean-Baptiste Lemoyne.** Je souhaite manifester mon enthousiasme au moment de voter cet article : après les expérimentations prévues par la loi HPST et les rapports rédigés par nos éminents collègues, nous passons aux travaux pratiques !

Je pense que nous sentons tous, sur le terrain, l'attente d'un certain nombre de professionnels paramédicaux qui ne demandent qu'à pouvoir étoffer la gamme de leurs tâches et de leurs missions. Cette dimension de ressources humaines me semble en effet capitale dans la mesure où nous sommes parfois confrontés à une pénurie de professionnels ; c'est pourquoi il est important d'ouvrir des perspectives d'évolution, d'autant que cela ne peut qu'avoir des répercussions positives en matière de temps médical libéré.

Je tenais à marquer solennellement mon adhésion à cet article.

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 30, modifié.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant de la commission.

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

Le scrutin est ouvert.

*(Le scrutin a lieu.)*

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

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

*(Il est procédé au dépouillement du scrutin.)*

**M. le président.** Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 264 :

Nombre de votants .....	342
Nombre de suffrages exprimés .....	326
Pour l'adoption .....	188
Contre .....	138

Le Sénat a adopté.

#### Articles additionnels après l'article 30

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

L'amendement n° 264 rectifié est présenté par MM. Pointereau, Mayet, Commeinhes, Charon, Saugéy, Trillard et Pellevat, Mme Mélot, M. Houel et Mme Deromedi.

L'amendement n° 619 est présenté par MM. Daudigny et Anziani, Mme Bataille, M. Berson, Mme Bonnefoy, MM. Cazeau, Courteau, Madrelle, Manable et F. Marc, Mmes Monier et Schillinger et MM. Tourenne et Vincent.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 30

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le chapitre I<sup>er</sup> du titre V du livre I<sup>er</sup> de la première partie du code de la santé publique est complété par un article L. 1151-... ainsi rédigé :

« Art L. 1151-... – En application des articles L. 1151-1 à L. 1151-3 :

« I. – Seuls les médecins autorisés à exercer sont habilités à utiliser les lampes flash.

« Dans le strict cadre de leur exercice, ils peuvent déléguer des actes d'épilation à tout personnel qualifié sous leur surveillance physique et dans le cadre du lieu d'exercice professionnel du médecin.

« II. – Un moratoire de trois ans est mis en place sur les matériels « lampes flash » déjà en service dans les salons d'esthétique.

« III. – Une classification du matériel « lampes flash » en classe 4 sera fixée par décret. »

La parole est à Mme Jacky Deromedi, pour défendre l'amendement n° 264 rectifié.

**Mme Jacky Deromedi.** Le présent chapitre traite de la qualité et de la sécurité des pratiques.

Le manque de réglementation et de cadre juridique pour les appareils à rayonnement optique et électromagnétique, tels que les « lampes flash », utilisés hors circuit médical par des personnes non habilitées et non formées à ces pratiques, constitue un risque majeur de santé publique.

En effet, les technologies fondées sur la lumière, qu'elles soient utilisées à des fins médicales ou esthétiques, ont des actions en profondeur sur les cellules et les tissus. La modification de lésions cutanées à potentiel cancéreux représente une perte de chance de diagnostic précoce pour le patient. La manipulation exige par ailleurs de très strictes précautions pour éviter des séquelles oculaires insidieuses.

Malgré les messages de prévention et d'information de la communauté dermatologique et des autorités de santé aux consommateurs de soins, on a observé une utilisation croissante de ces machines hors cadre médical et par des personnes n'étant pas médecins, notamment dans des centres esthétiques ou de beauté. Il s'agit d'une évolution que ni la réglementation applicable aux lasers médicaux – arrêté du 30 janvier 1974 – ni la seule interdiction de l'épilation – arrêté du 6 janvier 1962 – ne semblent pouvoir freiner ou arrêter.

Dès lors, le présent amendement vise, à l'heure de la mise en œuvre du troisième plan cancer, à mettre en place les mesures adaptées à l'évolution de ces technologies, afin de garantir la santé des patients et la sécurité des consommateurs.

**M. le président.** La parole est à M. Yves Daudigny, pour présenter l'amendement n° 619.

**M. Yves Daudigny.** Madame la ministre, lors de la présentation à l'Assemblée nationale de cet amendement visant à clarifier les règles applicables aux appareils à lumière pulsée, ou « lampes flash », vous avez objecté que les dispositions du code de la santé publique permettaient déjà d'encadrer leur utilisation. Or une cinquantaine de procès liés à l'utilisation de ces appareils seraient actuellement en cours.

La réglementation actuelle date, pour l'essentiel, de plus de quarante ans : il s'agit en l'occurrence des arrêtés du 6 janvier 1962 et du 30 janvier 1974. Elle est, à l'évidence, obsolète et impropre à répondre à l'évolution des matériels, des pratiques et des métiers, au point que les appareils à lumière pulsée sont autorisés à la vente pour l'usage domestique du consommateur, mais interdits d'utilisation commerciale par les esthéticiennes professionnelles. Vous conviendrez qu'il y a là une situation paradoxale !

Des propositions et des recommandations ont été formulées, notamment par la commission de la sécurité des consommateurs, en 2001 et en 2014, ainsi que par la mission commune d'information sénatoriale sur les dispositifs médicaux implantables et les interventions à visée esthétique dans le rapport présenté en juillet 2012 par nos collègues Bernard Cazeau et Chantal Jouanno.

Je sais, madame la ministre, que vous êtes attentive à ces questions, qui ne sont pas simples, car aux enjeux de santé publique se mêlent – ne faisons pas semblant de l'ignorer ! – des enjeux économiques, lesquels concernent deux professions, dont l'une est médicale et l'autre, non.

La direction générale de la santé a saisi l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, l'ANSES, d'une mission d'expertise sur les technologies à visée esthétique, notamment l'épilation par lumière pulsée.

Peut-être notre amendement devance-t-il les conclusions attendues de cette mission, mais il ne faudrait pas que celles-ci tardent trop. C'est ce sur quoi il nous a semblé devoir vous alerter à nouveau : à quelle échéance les professionnels concernés peuvent-ils espérer une nouvelle réglementation pour exercer leur activité dans un cadre juridique et assurantiel sécurisé ?

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

**M. Alain Milon, corapporteur.** Sur le fond, la commission serait plutôt favorable à la mesure que proposent les auteurs de ces deux amendements.

Cependant, comme Mme Deromedi et M. Daudigny l'ont d'ailleurs rappelé, la définition des actes dont la réalisation est réservée aux médecins ainsi que la classification des lampes flash relèvent de dispositions réglementaires contenues dans les arrêtés du 6 janvier 1962 et du 30 janvier 1974.

Le Gouvernement pourra sans doute nous renseigner sur les évolutions qu'il juge nécessaire d'apporter à la réglementation actuelle afin de garantir la sécurité des usagers.

La commission demande aux auteurs de ces amendements de bien vouloir les retirer ; à défaut, son avis sera défavorable.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Je demande le retrait de ces amendements. Je comprends bien la préoccupation exprimée par leurs auteurs. Néanmoins, comme cela a été indiqué, les dispositions en place sont de nature réglementaire.

La question est de savoir non pas si l'utilisation de ces lampes est encadrée, puisque tel est bien le cas, mais si la réglementation est appliquée. Monsieur Daudigny, vous avez évoqué des procès : sans préjuger leur issue, on peut donc tout de même penser que cette réglementation est au moins contournée.

En d'autres termes, il s'agit de déterminer si l'on se donne les moyens d'un contrôle suffisant et s'il existe des ambiguïtés dans la rédaction des textes réglementaires. C'est pour éclaircir ces questions que l'ANSES a été saisie. Son travail doit être rendu dans les prochains mois. C'est à partir de ses conclusions que nous proposerons d'éventuelles évolutions réglementaires, qui n'ont pas, en tout état de cause, à figurer dans cette loi.

**M. le président.** Madame Deromedi, l'amendement n° 264 rectifié est-il maintenu ?

**Mme Jacky Deromedi.** Non, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 264 rectifié est retiré.

Monsieur Daudigny, faites-vous de même avec l'amendement n° 619 ?

**M. Yves Daudigny.** Au vu des explications fournies par M. le rapporteur et Mme la ministre, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 619 est retiré.

L'amendement n° 374 rectifié *bis*, présenté par Mme Deseyne, MM. Cornu et Mandelli, Mmes Morhet-Richaud et Deromedi, M. Falco, Mme Mélot, M. Lefèvre, Mme Lopez et M. Reichardt, est ainsi libellé :

Après l'article 30

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le chapitre I<sup>er</sup> du titre V du livre I<sup>er</sup> de la première partie du code de la santé publique est complété par des articles L. 1151-4 à L. 1151-6 ainsi rédigés :

« Art. L. 1151-4. – Les personnes qualifiées pour exercer la profession d'esthéticien peuvent pratiquer les actes à visée esthétique d'épilation, de rajeunissement et d'amincissement. Les actes peuvent être réalisés soit manuellement, soit à l'aide d'un produit cosmétique ou d'un appareil à visée esthétique.

« Toutefois, les actes à visée esthétique avancés ne peuvent être pratiqués que par des personnes qualifiées titulaires d'un diplôme de niveau IV ou supérieur et ayant validé une formation complémentaire définie dans les conditions prévues à l'article L. 1151-2. La liste desdits actes avancés est fixée par décret.

« L'usage du laser est interdit aux esthéticiens.

« Art. L. 1151-5. – Les esthéticiens exerçant à titre libéral ainsi que toute personne morale proposant des activités à visée esthétique non médicales ou paramédicales sont tenus de souscrire une assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile professionnelle.



« *Art. L. 1151-6.* – Les esthéticiens sont soumis à une obligation de formation continue annuelle d'au moins vingt et une heures. »

La parole est à Mme Jacky Deromedi.

**Mme Jacky Deromedi.** Durant les vingt dernières années, la profession d'esthéticienne n'a cessé de s'améliorer, au regard tant des qualifications que de la qualité des pratiques. Ainsi, outre le traditionnel CAP, un nombre croissant de professionnels est désormais titulaire d'un brevet professionnel, voire d'un BTS.

Le secteur s'est également organisé et a pris l'initiative de mettre en place une norme AFNOR, qui prévoit des exigences d'accueil, de qualité de service, de compétences, de sécurité et d'hygiène.

Pourtant, l'esthéticienne reste très contestée dans son rôle de professionnelle de la beauté et du bien-être. D'aucuns souhaiteraient même la remplacer par le médecin, ce qui paraît totalement aberrant dans le contexte de désertification médicale que connaît notre pays.

Le présent amendement vise à atteindre un double objectif : d'une part, clarifier la situation, en précisant quels types d'actes les esthéticiennes sont autorisées à pratiquer ; d'autre part, sécuriser les pratiques, en introduisant des obligations renforcées de formation et d'assurance.

Cette réforme de la profession d'esthéticienne s'inscrit naturellement dans le cadre d'une loi de santé. En effet, depuis la loi HPST de 2009 et l'introduction dans le code de la santé publique des articles L. 1151-1 à L. 1152-2, la réglementation des activités esthétiques, qu'elles soient médicales ou de bien-être, relève de la compétence du ministre chargé de la santé.

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

**M. Alain Milon, corapporteur.** Les esthéticiens ne constituent ni une profession médicale ni même une profession paramédicale. Il ne paraît donc pas utile de prévoir des dispositions qui leur soient dédiées dans le code de la santé publique. Par conséquent, l'avis de la commission est défavorable.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Même avis !

**Mme Jacky Deromedi.** Je retire l'amendement, monsieur le président !

**M. le président.** L'amendement n° 374 rectifié *bis* est retiré.

L'amendement n° 1078 rectifié, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 30

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le chapitre unique du titre Ier du livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 4011-... ainsi rédigé :

« *Art. L. 4011-...* – Il est créé un Haut conseil pour les compétences des professionnels de santé, auprès du ministre chargé de la santé.

« Il peut formuler de sa propre initiative des propositions au ministre chargé de la santé sur les thèmes mentionnés.

« Le président du Haut Conseil pour les compétences des professionnels de santé est nommé par arrêté du ministre chargé de la santé parmi les personnalités ayant manifesté, par leurs travaux ou leurs activités professionnelles, leur connaissance du domaine des métiers de santé et de l'organisation des soins.

« Le Haut Conseil est composé :

« – des membres du haut conseil des professions paramédicales ;

« – des collègues de spécialités des différents professionnels de santé ;

« – des Ordres professionnels ;

« – de représentants de l'assurance-maladie ;

« – de représentants du domaine de la formation de chaque profession ;

« Les membres de ce Haut Conseil ne sont pas rémunérés.

« Le Haut Conseil pour les compétences des professionnels de santé est saisi sur l'ensemble des projets de décret concernant la modification de contour des métiers de santé. Il formule, une série de préconisations relatives à la formation, à la responsabilité et à la rémunération. Ces préconisations sont intégrées dans le décret de création de la profession intermédiaire.

« Il peut être saisi sur tous sujets portant sur les compétences des professionnels.

« Le Haut Conseil pour les compétences des professionnels peut formuler de sa propre initiative des propositions au ministre chargé de la santé. »

La parole est à Mme Aline Archimbaud.

**Mme Aline Archimbaud.** Le transfert de compétences entre professionnels est un enjeu majeur pour le système de santé : en redéfinissant la place et le rôle de chacun, il permettra d'adapter notre modèle de prise en charge à des pathologies qui tendent vers la chronicité et à des équipes qui s'organisent entre différentes professions de santé.

Cette évolution se conjugue bien, d'une part, avec la nécessité d'un suivi plus important des patients, en particulier ceux qui sont atteints d'une maladie chronique, et, d'autre part, avec le besoin de libérer du temps médical pour les médecins, qui exécutent aujourd'hui trop de tâches administratives.

L'article 30 du présent projet de loi prévoit la création de la notion d'exercice en pratique avancée. Cette évolution du contour du métier d'infirmier doit être précisée par un décret ponctuel, et la question de l'évolution des métiers et des pratiques se voit renvoyée à un prochain texte.

Cette procédure ne prend pas en compte l'évolution de la rémunération qui suit la compétence, l'impact sur la formation des nouvelles compétences données aux professionnels ou encore les conséquences sur le plan de la responsabilité juridique.

Le texte prévoit, par ailleurs, un certain nombre de transferts de compétences ponctuels, fondés sur des problématiques de santé publique spécifiques, telles que la vaccination de l'entourage familial par les sages-femmes.

Il semble nécessaire, pour l'évolution de notre système de santé, d'aborder le transfert de compétences de manière durable et concertée, dès lors qu'il apparaît nécessaire.

Par cet amendement, nous proposons donc la création d'une entité chargée de formuler des propositions et de statuer sur des décrets traitant du transfert de compétences, afin de fluidifier la concertation.

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

**M. Alain Milon, corapporteur.** Cet amendement tend à créer un Haut Conseil pour les compétences des professionnels de santé.

Il apparaît que les compétences que les auteurs de cet amendement souhaitent voir dévolues à cette nouvelle instance sont déjà en grande partie exercées par le Haut Conseil des professions paramédicales, ou HCPP, institué par le décret n° 2007-974 du 15 mai 2007. Cette instance, placée auprès de la ministre de la santé, promeut une réflexion interprofessionnelle sur les conditions d'exercice des professions paramédicales, l'évolution de leurs métiers, la coopération entre les professionnels, la répartition des compétences, la formation et les diplômes, ainsi que leur place dans le système de santé.

Je vous demanderai donc de bien vouloir retirer cet amendement ; à défaut, l'avis de la commission sera défavorable.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Ce Haut Conseil existe. Certes, on peut constater avec vous qu'il peine quelque peu à trouver ses marques dans le paysage institutionnel et que, en son sein, le dialogue entre les professions paramédicales et médicales n'est pas aussi abouti qu'il devrait l'être. Les médecins y siègent avec avis consultatif, mais il faudrait sans doute mettre un peu d'huile dans les rouages des relations entre représentants des deux catégories.

Je doute néanmoins que ce soit en ajoutant un nouveau conseil, en créant une nouvelle strate, que l'on arrivera à dépasser cette situation. Je vous appelle donc, madame la sénatrice, à retirer votre amendement et à travailler avec nous afin que la structure existante trouve sa place et que les professions se parlent entre elles.

**M. le président.** Madame Archimbaud, l'amendement n° 1078 rectifié est-il maintenu ?

**Mme Aline Archimbaud.** Compte tenu des explications données, je vais le retirer, monsieur le président. Toutefois, il faut bien prendre note des difficultés de dialogue dans l'actuelle structure, et donc de la nécessité de travailler pour que ce dialogue ait lieu et soit fructueux.

**M. le président.** L'amendement n° 1078 rectifié est retiré.

### **Article 30 bis A (Supprimé)**

**M. le président.** L'amendement n° 774, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 4311-15 ainsi modifié :

a) À la première phrase du sixième alinéa, après les mots : « premier alinéa et », sont insérés les mots : « , pour les infirmiers souhaitant exercer à titre libéral, » ;

b) Les septième et huitième alinéas sont supprimés ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 4312-1, après les mots : « à l'exception de ceux », sont insérés les mots : « qui sont employés par des structures publiques et privées et de ceux » ;

3° L'article L. 4321-10 est ainsi modifié :

a) Au sixième alinéa, après les mots : « à l'exception de ceux », sont insérés les mots : « qui sont employés par des structures publiques et privées et de ceux » ;

b) Les neuvième et dixième alinéas sont supprimés ;

4° À l'article L. 4321-13 du même code, après les mots : « à l'exception des masseurs-kinésithérapeutes », sont insérés les mots : « employés par des structures publiques et privées et de ceux ».

La parole est à Mme Annie David.

**Mme Annie David.** Cet amendement constitue à nos yeux une proposition médiane entre l'article 30 bis A tel qu'il avait été adopté par l'Assemblée nationale, qui supprimait purement et simplement l'ordre des infirmiers, et la position de la commission, qui maintient l'ordre en supprimant l'article.

Nous maintenons, pour notre part, notre opposition aux ordres professionnels corporatistes : il nous semble en effet qu'ils ont bien souvent été créés en opposition aux organisations syndicales. Néanmoins, tout comme les corapporteurs, nous nous interrogeons sur la pertinence qu'il y aurait à supprimer l'ordre des infirmiers et à maintenir les autres.

Aussi préférons-nous, dans l'attente d'une réflexion globale sur le fonctionnement des ordres professionnels, proposer cet amendement, qui vise seulement, si j'ose dire, à supprimer le caractère obligatoire de l'adhésion à ces ordres pour les infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes salariés.

La loi de 2004 qui a créé l'ordre national des masseurs-kinésithérapeutes et la loi de 2006 portant création de l'ordre national des infirmiers ont non seulement rendu obligatoire l'adhésion de tous les professionnels à l'ordre dont ils relèvent, qu'ils soient libéraux ou salariés, mais ont surtout conduit au transfert de certaines missions jusqu'alors confiées aux pouvoirs publics vers les ordres ainsi créés. Cela signifie qu'auparavant les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes fonctionnaient parfaitement sans instances ordinales.

J'ajouterai que, pour leur part, les professionnels concernés sont majoritairement opposés à ces ordres. Lors des élections ordinaires de 2014, seulement 6 % du corps électoral avait participé au vote ; il faut savoir que la profession d'infirmier compte 14 000 libéraux pour 450 000 salariés.

De la même manière, les masseurs-kinésithérapeutes salariés ont majoritairement refusé de participer aux élections les concernant ; de fait, moins d'un tiers d'entre eux auraient adhéré à l'ordre.

Par ailleurs, l'idée selon laquelle les ordres permettraient le respect du code de déontologie nous semble fautive. En effet, chacun de ces professionnels exerce dans un cadre qui lui est propre, avec des responsabilités différentes mais toujours

beaucoup de professionnalisme; il nous semble donc inopportun d'appliquer à des salariés des dispositifs jusqu'alors applicables aux seuls libéraux.

Mes chers collègues, sans supprimer ces ordres, la loi doit au moins prévoir que les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes peuvent librement décider d'adhérer ou non à l'ordre dont ils relèvent.

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

**M. Alain Milon, rapporteur.** Cet amendement vise à rétablir l'article 30 *bis* A dans une nouvelle rédaction, aux termes de laquelle, s'agissant de l'ordre des infirmiers et de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, les obligations ordinaires ne s'appliqueraient pas aux professionnels exerçant à titre salarié.

Nous avons discuté longuement de cette question en commission. La position des rapporteurs était la suivante : si des raisons précises peuvent justifier la suppression d'un ordre, alors, les mêmes raisons justifient nécessairement la suppression de tous les ordres. Symétriquement, les raisons qui justifieraient le maintien d'un seul ordre peuvent être appliquées à tous les autres : si on ne les supprime pas tous, il n'y a aucune raison d'en supprimer un seul.

En outre, les ordres jouent un rôle général de régulation de la profession, indépendamment du statut libéral ou salarié des professionnels. Morceler la compétence des professionnels risquerait de porter atteinte à l'unité des règles, notamment déontologiques, qui régissent ces deux professions paramédicales et de créer des statuts différents et parallèles.

L'avis de la commission sur cet amendement est donc défavorable.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Honnêtement, madame la sénatrice, je ne suis pas sûre que votre proposition représente une position de conciliation. Elle a sa cohérence, assurément, mais je doute qu'elle satisfasse les uns et les autres. Elle aboutirait plutôt à créer des incertitudes et des inquiétudes de part et d'autre. En effet, pourquoi permettre aux seuls infirmiers ou masseurs-kinésithérapeutes salariés de ne pas adhérer à un ordre, alors que d'autres professionnels de santé sont eux aussi, bien évidemment, salariés d'établissements publics de santé ?

**Mme Annie David.** C'est un premier pas !

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Vous semblez donc considérer que les salariés des établissements de santé devraient bénéficier d'une adhésion facultative aux ordres professionnels, sans aller toutefois, dans le cadre de cet amendement, aussi loin que vous le souhaiteriez. De fait, votre proposition intermédiaire ne paraît pas de nature à rapprocher des points de vue extrêmement différents.

L'avis du Gouvernement sur cet amendement est donc défavorable.

**M. le président.** La parole est à Mme Catherine Génisson, pour explication de vote.

**Mme Catherine Génisson.** Le sujet de l'existence des ordres, surtout pour les professions paramédicales, a déjà fait couler et fera encore couler beaucoup d'encre.

Je rappellerai que, depuis longtemps, le groupe socialiste s'est montré plutôt défavorable à la création d'ordres pour les professions paramédicales. Nous jugeons toutefois nécessaire qu'une organisation professionnelle existe pour ces professions.

D'ailleurs, le travail de notre collègue député Philippe Nauche avait abouti à des propositions de création d'un Conseil national des professions paramédicales. Une telle instance permettrait de répondre aux attentes de la majorité des professionnels paramédicaux en remplissant la plupart des fonctions d'un ordre.

Je rappelle que la création de l'ordre national des infirmiers, comme celle d'autres ordres, a soulevé de nombreuses questions, et cela au sein des diverses familles politiques ; c'est ce qui explique que l'adhésion à ce dispositif ait été assez tardive.

Pour autant, il me paraît impossible de supprimer un ordre sans créer une structure de remplacement. Proposer une adhésion facultative pour ceux qui exercent à titre salarié ne tient pas juridiquement, dès lors que l'existence d'un ordre est consubstantielle à l'autorisation d'exercice d'une profession : à partir du moment où un ordre professionnel existe, il faut une inscription au tableau de l'ordre en question pour exercer.

Si intéressante que soit la proposition de nos collègues, elle est peu compatible avec le droit. Cela étant, le sujet reste ouvert...

**M. le président.** La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

**Mme Laurence Cohen.** Vous l'aurez compris, il s'agit d'un amendement de repli puisque notre position de fond demeure la suppression de tous les ordres.

J'avoue que les arguments avancés par certains de mes collègues me laissent dubitative. On invoque la nécessaire « organisation professionnelle », notamment des professions paramédicales, qui ne passerait que par l'existence d'ordres. Or certaines professions paramédicales ne sont pas régies par un ordre et fonctionnent néanmoins très bien : c'est le cas des orthophonistes ; une structure syndicale organise la profession, et cela n'a posé aucun problème jusqu'à présent. Ainsi, la déontologie est respectée par tous les orthophonistes.

Annie David l'a rappelé, l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes a été créé en 2004, celui des infirmiers en 2006. Avant, c'était le chaos?...

Par conséquent, affirmer qu'il faut des structures de remplacement si l'on supprime les ordres ne témoigne pas d'une bonne analyse de la situation : certaines professions se sont longtemps passées d'un ordre et d'autres n'en ont toujours pas. Ces arguments me semblent donc un peu légers...

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

**M. Gilbert Barbier.** Cet amendement me surprend. Les ordres professionnels, notamment en matière médicale et paramédicale, correspondent à un code de déontologie que chacun des professionnels régis par l'ordre considéré s'engage à respecter, qu'il exerce à titre bien libéral ou en tant que salarié. De plus, mes chers collègues, permettez-moi de vous rappeler que les syndicats ne sont pas là pour défendre une déontologie. (*Exclamations sur les travées du groupe CRC.*) C'est pour cette raison que des ordres ont été créés, même si l'on peut admettre que, notamment pour ce qui concerne l'ordre des infirmiers, la gestion des premières années a été un peu chaotique. C'est, du reste, ce qui a suscité l'opposition de certains.

Vouloir introduire une distinction entre ceux qui, au sein d'une même profession, exercent à titre libéral et ceux qui exercent à titre salarié me paraît parfaitement contraire aux enjeux de la profession, notamment le dialogue avec le patient, que l'on veut d'ailleurs renforcer. Pour faire progresser la pratique de ces professions, il faut un engagement à respecter une déontologie, mais aussi des possibilités de sanction en cas de non-respect des règles. Les ordres ont en effet un rôle disciplinaire, lequel, d'ailleurs, n'est peut-être pas exercé suffisamment.

Il ne paraît pas possible de scinder l'adhésion à un ordre. En revanche, on peut être franchement contre l'existence de telles instances pour des raisons idéologiques. Selon moi, pour les professions médicales et paramédicales, l'existence d'un ordre est nécessaire et il faudrait au contraire que lui soient confiées des responsabilités plus importantes. C'est pourquoi j'avais déposé des amendements visant à permettre à l'ordre des médecins d'appliquer des sanctions financières. Je regrette qu'ils aient été repoussés.

**M. le président.** Madame David, l'amendement n° 774 est-il maintenu ?

**Mme Annie David.** Je vais le retirer, monsieur le président. Non que nous renoncions à croire que notre proposition était pertinente, mais il s'agit bien d'un amendement de repli, comme l'a souligné Laurence Cohen.

Pour notre part, nous souhaitons la suppression des ordres. Nous nous sommes opposés à la création de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes en 2004 et à celui des infirmiers en 2006, car il nous semblait que ces professions fonctionnaient très bien sans structure ordinaire : les missions de régulation étaient menées par le ministère de la santé. Pour des raisons d'économie, on a préféré confier ces missions aux enjeux importants à des ordres. Supprimer purement et simplement les ordres, c'est permettre que ces missions reviennent dans les mains des pouvoirs publics.

C'est la raison pour laquelle nous avons proposé dans un premier temps de rendre facultative l'adhésion d'un praticien à l'ordre de sa profession. J'ai bien compris que cela rendrait en quelque sorte la profession boiteuse, ce que nous ne souhaitons pas. Nous persistons cependant à défendre l'idée que les métiers d'infirmier et de masseur-kinésithérapeute devraient pouvoir s'exercer sans structure particulière.

**M. le président.** L'amendement n° 774 est retiré.

L'article 30 *bis* A demeure supprimé.

**Article 30 bis**  
**(Suppression maintenue)**

**Article 30 ter**  
**(Non modifié)**

- ① Le livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° À la fin de l'intitulé du livre III et du titre IX, les mots : « et ambulanciers » sont remplacés par les mots : « , ambulanciers et assistants dentaires » ;
- ③ 2° Après le chapitre III du titre IX, il est inséré un chapitre III *bis* ainsi rédigé :
- ④ « CHAPITRE III BIS
- ⑤ « Assistants dentaires

⑥ « Art. L. 4393-8. – La profession d'assistant dentaire consiste à assister le chirurgien-dentiste ou le médecin exerçant dans le champ de la chirurgie dentaire dans son activité professionnelle, sous sa responsabilité et son contrôle effectif. Dans ce cadre, l'assistant dentaire contribue aux activités de prévention et d'éducation pour la santé dans le domaine bucco-dentaire.

⑦ « L'assistant dentaire est soumis au secret professionnel.

⑧ « Art. L. 4393-9. – Peuvent exercer la profession d'assistant dentaire les personnes titulaires du titre de formation français permettant l'exercice de cette profession.

⑨ « Les modalités de la formation, notamment les conditions d'accès, le référentiel des compétences ainsi que les modalités de délivrance de ce titre, sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis conforme d'une commission comprenant des représentants de l'État et des chirurgiens-dentistes et des assistants dentaires, dont la composition est fixée par décret.

⑩ « Art. L. 4393-10. – Peuvent également exercer la profession d'assistant dentaire les personnes titulaires d'un certificat ou d'un titre dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, dès lors que la formation correspondante a débuté avant la date d'entrée en vigueur de l'arrêté mentionné au second alinéa de l'article L. 4393-9.

⑪ « Art. L. 4393-11. – L'autorité compétente peut, après avis de la commission prévue à l'article L. 4393-9, autoriser individuellement à exercer la profession d'assistant dentaire les ressortissants d'un État membre de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen qui ont suivi avec succès un cycle d'études secondaires et qui, sans posséder l'un des titres ou certificats mentionnés aux articles L. 4393-9 et L. 4393-10, sont titulaires :

⑫ « 1° D'un titre de formation délivré par un État mentionné au premier alinéa du présent article et requis par l'autorité compétente d'un État mentionné au même premier alinéa qui régit l'accès à cette profession ou son exercice, et permettant d'exercer légalement ces fonctions dans cet État ;

⑬ « 2° Ou, lorsque les intéressés ont exercé dans un État mentionné audit premier alinéa qui ne régit pas l'accès à cette profession ou son exercice, d'un titre de formation délivré par un État mentionné au même premier alinéa attestant de la préparation à l'exercice de la profession, accompagné d'une attestation justifiant, dans cet État, de son exercice à temps plein pendant deux ans au cours des dix dernières années ou à temps partiel pendant une durée correspondante au cours de la même période. Cette condition n'est pas applicable lorsque la formation conduisant à cette profession est réglementée ;

⑭ « 3° Ou d'un titre de formation délivré par un État tiers et reconnu dans un État, membre ou partie, autre que la France, permettant d'y exercer légalement la profession.

⑮ « Dans ces cas, lorsque l'examen des qualifications professionnelles attestées par l'ensemble des titres de formation et de l'expérience professionnelle pertinente fait apparaître des différences substantielles au regard

des qualifications requises pour l'accès et l'exercice de la profession en France, l'autorité compétente exige que l'intéressé se soumette à une mesure de compensation qui consiste, au choix du demandeur, en une épreuve d'aptitude ou en un stage d'adaptation.

- 16 « La délivrance de l'autorisation d'exercice permet à l'intéressé d'exercer la profession dans les mêmes conditions que les personnes titulaires de l'un des titres ou certificats mentionnés aux articles L. 4393-9 et L. 4393-10.
- 17 « *Art. L. 4393-12.* – L'assistant dentaire 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.
- 18 « Dans le cas où le titre de formation de l'État d'origine, membre ou partie, est susceptible d'être confondu avec un titre exigeant en France une formation complémentaire, l'autorité compétente peut décider que l'assistant dentaire fera état du titre de formation de l'État d'origine, membre ou partie, dans une forme appropriée qu'elle lui indique.
- 19 « L'intéressé porte le titre professionnel d'assistant dentaire.
- 20 « *Art. L. 4393-13.* – L'assistant dentaire, ressortissant d'un État membre de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, qui est établi et exerce légalement les activités d'assistant dentaire dans un État, membre ou partie, peut exécuter en France des actes professionnels, de manière temporaire ou occasionnelle.
- 21 « Lorsque l'exercice ou la formation conduisant à la profession n'est pas réglementé dans l'État où il est établi, l'assistant dentaire prestataire de services doit justifier y avoir exercé pendant deux ans au moins au cours des dix années précédentes. L'exécution de cette activité est subordonnée à une déclaration préalable qui est accompagnée de pièces justificatives dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.
- 22 « L'assistant dentaire prestataire de services est soumis aux conditions d'exercice de la profession ainsi qu'aux règles professionnelles applicables en France. L'assistant dentaire prestataire de services ne peut exercer que sous la responsabilité et le contrôle effectif d'un chirurgien-dentiste ou d'un médecin.
- 23 « Les qualifications professionnelles de l'assistant dentaire prestataire de services sont vérifiées par l'autorité compétente, après avis de la commission prévue à l'article L. 4393-9, avant la première prestation de service. En cas de différence substantielle entre les qualifications de l'assistant dentaire prestataire de services et la formation exigée en France de nature à nuire à la santé publique, l'autorité compétente demande à l'assistant dentaire prestataire de services d'apporter la preuve qu'il a acquis les connaissances et compétences manquantes, notamment au moyen de mesures de compensation.
- 24 « L'assistant dentaire prestataire de services 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.
- 25 « Dans le cas où le titre de formation de l'État d'origine, membre ou partie, est susceptible d'être confondu avec un titre exigeant en France une formation

complémentaire, l'autorité compétente peut décider que l'intéressé fera état du titre de formation de l'État d'origine, membre ou partie, dans une forme appropriée qu'elle lui indique.

- 26 « La prestation de services est réalisée sous le titre professionnel de l'État d'établissement, de manière à éviter toute confusion avec le titre professionnel français. Toutefois, dans le cas où les qualifications ont été vérifiées, la prestation de services est réalisée sous le titre professionnel français.
- 27 « *Art. L. 4393-14.* – L'assistant dentaire, lors de la délivrance de l'autorisation d'exercice ou de la déclaration de prestation de services, doit posséder les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de la profession et les connaissances relatives aux systèmes de poids et mesures utilisés en France.
- 28 « *Art. L. 4393-15.* – Sont déterminés par décret en Conseil d'État :
- 29 « 1° Les conditions dans lesquelles l'intéressé est soumis à une mesure de compensation ;
- 30 « 2° Les modalités de vérification des qualifications professionnelles mentionnées à l'article L. 4393-13. » ;
- 31 3° Le chapitre IV du titre IX est complété par un article L. 4394-4 ainsi rédigé :
- 32 « *Art. L. 4394-4.* – L'usage sans droit de la qualité d'assistant dentaire ou d'un diplôme, certificat, ou autre titre légalement requis pour l'exercice de cette profession est puni comme le délit d'usurpation de titre prévu à l'article 433-17 du code pénal.
- 33 « Les personnes morales peuvent être déclarées pénalement responsables de ce délit, dans les conditions prévues à l'article 121-2 du même code. Elles encourent les peines prévues pour le délit d'usurpation de titre aux articles 433-17 et 433-25 dudit code. »

**M. le président.** L'amendement n° 1225, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

I. – Après l'alinéa 7

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« La liste des activités ou actes que l'assistant dentaire peut se voir confier est déterminée par décret en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine et de l'Académie nationale de chirurgie dentaire.

II. – Alinéa 9

Supprimer le mot :

conforme

III. – Alinéa 11 et alinéa 23, première phrase

Remplacer les mots :

de la commission prévue à l'article L. 4393-9

par les mots :

d'une commission composée notamment de professionnels

IV. – Alinéa 29

Après la référence :

1°

insérer les mots :

La composition et le fonctionnement de la commission mentionnée aux articles L. 4393-11 et L. 4393-13 ainsi que

V. – Après l'alinéa 30

Insérer cinq alinéas ainsi rédigés :

« *Art. L. 4393-16* – Les personnes ayant obtenu un titre de formation ou une autorisation requis pour l'exercice de la profession d'assistant dentaire sont tenues de se faire enregistrer auprès du service ou de l'organisme désigné à cette fin par le ministre chargé de la santé avant leur entrée dans la profession.

« L'enregistrement de ces personnes est réalisé après vérification des pièces justificatives attestant de leur identité et de leur titre de formation ou de leur autorisation. Elles informent le même service ou organisme de tout changement de situation professionnelle.

« La procédure d'enregistrement est sans frais.

« Il est établi, pour chaque département, par le service ou l'organisme désigné à cette fin, des listes distinctes de ces professions, portées à la connaissance du public.

« Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret. »

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Les députés ont introduit dans le texte, avec l'avis favorable du Gouvernement, des dispositions relatives à la profession d'assistant dentaire. Néanmoins, des aménagements rédactionnels sont nécessaires pour assurer l'homogénéité entre ces dispositions et celles qui ont trait à d'autres professionnels de santé.

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

**M. Alain Milon, corapporteur.** Avis favorable.

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

**M. Alain Vasselle.** Je suivrai la position de la commission. Néanmoins, je m'étonne que soit supprimé le mot « conforme » à l'alinéa 9, alors qu'il s'agit de l'avis d'une commission comprenant des représentants de l'État et des professionnels de santé. Cette nouvelle rédaction se révèle donc en retrait par rapport à un dispositif qui fonctionnait correctement jusqu'à ce jour. Cette initiative me surprend, même si Mme la ministre a fait valoir que ces dispositions tendaient à mettre en harmonie l'ensemble des professions au regard de la réglementation et de la loi.

Cela étant, si les professionnels de santé ont donné leur accord, je n'y vois pas d'inconvénient. Je tenais cependant à faire cette remarque.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1225.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 376, présenté par Mme Gatel, n'est pas soutenu.

Je mets aux voix l'article 30 *ter*, modifié.

*(L'article 30 ter est adopté.)*

### Article 30 *quater* (Non modifié)

① Le code de la santé publique est ainsi modifié :

② 1° Après l'article L. 4111-1-1, il est inséré un article L. 4111-1-2 ainsi rédigé :

③ « *Art. L. 4111-1-2.* – Par dérogation au 1° de l'article L. 4111-1, peuvent être autorisés individuellement par le ministre chargé de la santé, après avis du conseil national de l'ordre compétent, à exercer temporairement la médecine ou la chirurgie dentaire dans le cadre d'une formation spécialisée effectuée en France au sein de lieux de stage agréés pour la formation des internes, lorsqu'ils remplissent des conditions déterminées par décret en Conseil d'État portant sur la durée, les modalités et les lieux d'exercice ainsi que sur les enseignements théoriques et pratiques devant être validés :

④ « 1° Les internes en médecine à titre étranger et les étudiants en médecine ayant validé une formation médicale dans un État autre que les États membres de l'Union européenne, les États parties à l'accord sur l'Espace économique européen ou la Confédération suisse et autorisés à poursuivre une formation spécialisée en médecine dans leur pays d'origine, venant effectuer l'intégralité d'un troisième cycle de médecine en France dans le cadre du 3° de l'article L. 632-12 du code de l'éducation ou d'un accord de coopération bilatéral avec la France, lorsque le diplôme de spécialité qu'ils poursuivent nécessite pour sa validation l'accomplissement de fonctions hospitalières de plein exercice ;

⑤ « 2° Les médecins ou chirurgiens-dentistes spécialistes titulaires d'un diplôme de spécialité permettant l'exercice effectif et licite de la spécialité dans leur pays d'origine, venant effectuer, dans le cadre d'un accord de coopération bilatéral avec la France ou d'un accord de coopération entre, d'une part, une personne de droit public ou privé et, d'autre part, un établissement public de santé en application de l'article L. 6134-1 du présent code ou une université française ou ces deux entités, une formation complémentaire dans leur discipline ou leur spécialité. » ;

⑥ 2° Après l'article L. 4221-1, il est inséré un article L. 4221-1-1 ainsi rédigé :

⑦ « *Art. L. 4221-1-1.* – Par dérogation au 1° de l'article L. 4221-1, peuvent être autorisés individuellement par le ministre chargé de la santé, après avis du Conseil national de l'ordre des pharmaciens, à exercer temporairement la pharmacie dans le cadre d'une formation spécialisée effectuée en France au sein de lieux de stages agréés pour la formation des internes, lorsqu'ils remplissent des conditions déterminées par décret en Conseil d'État portant sur la durée, les modalités et les lieux d'exercice ainsi que sur les enseignements théoriques et pratiques devant être validés :

⑧ « 1° Les internes en pharmacie à titre étranger et les pharmaciens titulaires d'un diplôme obtenu dans un État autre que les États membres de l'Union européenne, les États parties à l'accord sur l'Espace économique européen ou la Confédération suisse permettant l'exercice de la pharmacie dans leur pays d'origine, venant effectuer l'intégralité d'un troisième cycle spécialisé de pharmacie en France dans le cadre du 3° de l'article L. 633-4 du code de l'éducation ou d'un accord de coopération

bilatéral avec la France, lorsque le diplôme de spécialité qu'ils poursuivent nécessite pour sa validation l'accomplissement de fonctions hospitalières de plein exercice ;

- 9 « 2° Les pharmaciens spécialistes titulaires d'un diplôme de spécialité permettant l'exercice effectif et licite de la spécialité dans leur pays d'origine, venant effectuer, dans le cadre d'un accord de coopération bilatéral avec la France ou d'un accord de coopération entre, d'une part, une personne de droit public ou privé et, d'autre part, un établissement public de santé en application de l'article L. 6134-1 du présent code ou une université française ou ces deux entités, une formation complémentaire dans leur discipline ou leur spécialité. »

**M. le président.** L'amendement n° 157 rectifié, présenté par MM. Barbier et Mézard, Mme Laborde et MM. Arnell, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin, Requier et Vall, est ainsi libellé :

Alinéas 3 et 7

Après les mots :

après avis

insérer le mot :

conforme

La parole est à M. Gilbert Barbier.

**M. Gilbert Barbier.** L'article 30 *quater* soulève, selon moi, deux problèmes majeurs.

Le premier est celui de la formation des étudiants étrangers qui viennent en France et de la possibilité qui leur est accordée d'exercer. Nous connaissons les méfaits que produit l'engagement par les directeurs d'établissement de praticiens dont les compétences ne sont pas toujours à la hauteur des exigences des services hospitaliers. De nombreux hôpitaux publics souffrent de la qualité insuffisante de ces étudiants étrangers due à l'absence de contrôle de leur capacité effective.

Pour revenir sur un sujet qui vient de nous occuper, cela montre bien l'intérêt des ordres. Il serait important que l'ordre des médecins puisse émettre un avis conforme. Actuellement, il donne son avis, mais celui-ci est rarement négatif et reste purement formel. C'est la raison pour laquelle je souhaite que soit rétabli l'avis conforme.

Le second problème est d'ordre éthique. Les médecins qui viennent se former en France doivent, en principe, repartir dans leur pays pour y développer la médecine. Malheureusement, un certain nombre d'entre eux se trouvent bien dans notre pays et y restent. Il est vrai qu'ils y sont accueillis à bras ouverts, parce que nous manquons de médecins spécialistes, notamment dans les établissements publics. Mais, de fait, les pays étrangers qui envoient leurs étudiants se voient spoliés d'une évolution de la médecine, alors que la France devrait avant tout être un pays formateur et exporter ses formations.

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

**M. Alain Milon, corapporteur.** La commission a considéré que la procédure d'accès était déjà suffisamment encadrée par le caractère individuel de l'autorisation qui était accordée et par l'avis préalable du conseil de l'ordre concerné. Il ne lui a pas paru souhaitable d'alourdir davantage la procédure.

C'est pourquoi 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 Marisol Touraine, ministre.** La France est l'un des pays qui connaissent les procédures les plus restrictives, ce qui pose d'ailleurs des difficultés pour accueillir des professionnels étrangers qui souhaitent venir quelques années dans notre pays. Je ne parle pas seulement de ceux qui viennent de pays dans lesquels ils ont vocation à retourner pour contribuer à leur développement ; je pense aussi aux professionnels originaires de pays tout à fait comparables au nôtre sur le plan économique.

En tout état de cause, la procédure française est ultra-restrictive et l'enjeu est de desserrer la contrainte plutôt que de la resserrer davantage. Par conséquent, le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement.

**M. le président.** Monsieur Barbier, l'amendement n° 157 rectifié est-il maintenu ?

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

**M. le président.** L'amendement n° 157 rectifié est retiré.

Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 651 est présenté par Mme Génisson, M. Daudigny, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Campion et Claireaux, M. Durain, Mmes Emery-Dumas et Féret, MM. Godefroy, Jeansannetas et Labazée, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mme Yonnet et les membres du groupe socialiste et républicain.

L'amendement n° 1163 rectifié est présenté par M. Bonne-carrère, Mme Billon et M. Kern.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

I. – Alinéa 3

Après les mots :

pour la formation des internes

insérer les mots :

relevant d'établissements de santé publics ou privés à but non lucratif

II. – Alinéa 5

Remplacer les mots :

établissement public de santé

par les mots :

établissement de santé public ou privé à but non lucratif

III. – Après l'alinéa 9

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° À la première phrase du premier alinéa et au second alinéa de l'article L. 6134-1, les mots : « établissements publics de santé » sont remplacés par les mots : « établissements de santé publics ou privés à but non lucratif ».

La parole est à Mme Evelyne Yonnet, pour présenter l'amendement n° 651.

**Mme Evelyne Yonnet.** Cet amendement vise à permettre aux établissements de santé privés à but non lucratif d'accueillir, comme les établissements publics de santé, des professionnels médicaux étrangers.

Le code de la santé publique prévoit plusieurs dispositifs permettant d'accueillir des professionnels médicaux étrangers titulaires d'un diplôme de médecin obtenu dans des pays tiers à l'Union européenne et à l'Espace économique européen.

Or, actuellement, seuls les établissements publics sont en mesure de bénéficier effectivement et largement de cette possibilité. Les établissements privés à but non lucratif, bien que concourant à l'intérêt collectif, au mieux n'y ont accès que de manière résiduelle, au pis se voient privés du bénéfice de certaines dispositions.

Il en est ainsi de la possibilité ouverte aux établissements publics d'employer, en qualité de stagiaires associés dans le cadre de conventions de coopération, des médecins titulaires d'un diplôme de docteur en médecine permettant l'exercice dans le pays d'obtention ou d'origine et n'effectuant pas de formation universitaire en France.

Ce dispositif n'ayant fait jusqu'à présent l'objet d'aucune extension aux établissements privés à but non lucratif, nous proposons, par cet amendement, de prévoir une telle extension.

**M. le président.** L'amendement n° 1163 rectifié n'est pas soutenu.

Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 651 ?

**M. Alain Milon, corapporteur.** La commission souhaite connaître l'avis du Gouvernement.

Au sein de la commission, la discussion sur cette question a été nourrie. J'anticipe sur l'examen de l'amendement n° 61 rectifié, mais, si une extension aux établissements privés à but non lucratif était possible, il serait souhaitable qu'elle concerne alors tous les établissements privés.

**M. Alain Vasselle.** Très bien ! Je suis d'accord !

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Le Gouvernement émet un avis favorable sur l'amendement n° 651. La mesure concerne des médecins qui viennent se former dans notre pays et qui peuvent souhaiter, soit pour la durée de la formation, soit de façon ponctuelle – un semestre, un stage –, se former plus spécifiquement à certaines disciplines, par exemple à l'oncologie.

Il s'agit donc de permettre aux établissements de lutte contre le cancer d'accueillir ces étudiants en formation ou à ces derniers de suivre les formations plus spécifiques dans des établissements privés à but non lucratif. Cette mesure est donc positive.

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

**M. Alain Milon, corapporteur.** La commission ne peut émettre qu'un avis favorable s'agissant des établissements privés à but non lucratif. Elle émettra le même avis concernant les établissements privés à but lucratif dans quelques instants.

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

**M. Alain Vasselle.** Je m'attendais à ce que le corapporteur et président de la commission des affaires sociales dépose un sous-amendement afin d'étendre la portée de cet amendement, qui a suscité un long débat en commission, aux établissements privés tout court. Je pense qu'il ne faut pas priver les établissements privés de la possibilité d'accueillir également des internes étrangers en formation.

Peut-être le problème sera-t-il réglé par un autre amendement, mais il me paraissait important que cela soit précisé au moment où nous allons voter sur cet amendement-ci.

**M. le président.** La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

**M. Alain Milon, corapporteur.** Peut-être suis-je allé un peu vite en besogne en évoquant les amendements suivants, mais je confirme en effet que cette autorisation sera également donnée aux établissements privés.

**M. Alain Vasselle.** Très bien !

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 651 rectifié.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 61 rectifié, présenté par MM. Commeinhes et Karoutchi, Mme Hummel, M. Houel et Mmes Mélot et Deromedi, est ainsi libellé :

Alinéa 4

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

L'accueil des internes en médecine à titre étranger peut se faire autant dans les établissements de santé publics que privés par le biais d'une convention avec le centre hospitalier universitaire de référence de l'interne.

La parole est à M. Roger Karoutchi.

**M. Roger Karoutchi.** Cet amendement vise à permettre l'accueil des internes en médecine à titre étranger aussi bien dans les établissements publics de santé que dans les établissements privés, par le biais d'une convention avec le CHU de référence de l'interne. À vrai dire, le débat sur ce sujet a commencé avant même que je présente mon amendement.

J'ai bien entendu tout ce qui a été dit concernant les établissements de santé à but non lucratif, mais, pour ma part, je ne pense pas qu'il faille faire une distinction dans ce domaine entre les établissements. Ne peut-on pas accepter l'idée que les internes à titre étranger puissent être accueillis aussi bien dans des établissements publics que dans des établissements privés, dans le cadre d'une convention avec le CHU de référence de l'interne ?

Je pense que ce n'est pas en limitant l'accès de ces internes aux seuls établissements publics que l'on promouvra la médecine française.

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

**M. Alain Milon, corapporteur.** La commission souhaite entendre l'avis du Gouvernement.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Les mots sont trompeurs. Les étudiants que vise votre amendement, monsieur Karoutchi, ne sont pas les mêmes que ceux dont il était question dans l'amendement précédent.

Les étudiants que vous évoquez, c'est-à-dire les internes à titre étranger, qui, certes étrangers, n'en ont pas moins passé avec succès les épreuves d'un examen national classant et ultra-sélectif, à savoir le concours de l'internat, vont donc pouvoir poursuivre leur troisième cycle d'études en France. En tant qu'internes, ils peuvent déjà effectuer, comme les internes de nationalité française, des stages dans des établissements privés à but lucratif. C'est la loi ! Ensuite, ils pourront s'installer en France ou dans leur pays d'origine.



Il faudrait qu'on sorte de cette sorte de vision schématique selon laquelle, aujourd'hui, les établissements privés ne pourraient rien faire et le Gouvernement, par principe, ne voudrait leur accorder aucune possibilité!

L'amendement précédent visait non pas les internes à titre étranger, mais de jeunes étrangers venant suivre une formation plus courte en France, durant une année ou deux, voire trois, sans passer de concours du type de l'internat et sans y effectuer tout leur cursus.

Dès lors, je vous demande de retirer votre amendement, monsieur le sénateur, car ce que vous proposez se pratique déjà. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

**M. le président.** Monsieur Karoutchi, l'amendement n° 61 rectifié est-il maintenu?

**M. Roger Karoutchi.** Comme je fais toujours confiance au Gouvernement, je considère que ce que dit Mme la ministre est, par définition, exact! (*Sourires.*)

Toutefois, ayant eu tout à l'heure le sentiment que le président de la commission éprouvait un petit doute sur la possibilité d'accepter cette disposition, je préférerais l'entendre m'assurer, comme Mme la ministre l'a fait, que ce que je propose est déjà possible, avant de retirer mon amendement, monsieur le président.

**M. le président.** La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

**M. Alain Milon, corapporteur.** Je confirme que cela est possible, monsieur Karoutchi. En revanche, peut-être aurions-nous dû être plus « regardants » concernant l'amendement précédent... Mais nous reverrons cela en deuxième lecture. (*M. Alain Vasselle s'exclame.*)

**M. Roger Karoutchi.** Je retire mon amendement, monsieur le président!

**M. le président.** L'amendement n° 61 rectifié est retiré.

L'amendement n° 775, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Compléter cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

...° Le quatrième alinéa de l'article L. 1161-5 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le médecin prescripteur ne peut percevoir aucune forme de rémunération financière ou tout autre avantage en nature en compensation de l'inclusion d'un patient dans le programme, exceptés les documents remis dans le cadre de l'apprentissage. »

La parole est à Mme Annie David.

**Mme Annie David.** Dans une logique de transparence, cet amendement vise à établir une séparation claire entre les activités commerciales lucratives et l'intérêt des malades.

Nous avons toutefois manqué de vigilance : nous n'avons pas déposé cet amendement au bon endroit, car nous aurions dû le défendre ce matin, lorsque notre collègue Claude Malhuret a évoqué les conflits d'intérêts. En conséquence, nous le retirons, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 775 est retiré.

L'amendement n° 1230, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Compléter cet article par sept alinéas ainsi rédigés :

...° L'article L. 4131-4-1 est rétabli dans la rédaction suivante :

« *Art. L. 4131-4-1.* – Les personnes autorisées à exercer temporairement la médecine en application de l'article L. 4131-4 peuvent solliciter une autorisation d'exercice dans une spécialité au plus tôt à la fin de la première année d'exercice et au plus tard dans l'année suivant la dernière période d'autorisation temporaire d'exercice accordée. Elles sont réputées avoir satisfait aux épreuves de vérification de connaissances prévues à l'article L. 4111-2. Le ministre chargé de la santé statue sur cette demande après avis d'une commission dont la composition est fixée par décret. » ;

...° L'article L. 4111-2 est ainsi modifié :

a) Après le troisième alinéa du I, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les médecins titulaires d'un diplôme d'études spécialisées obtenu dans le cadre de l'internat à titre étranger sont réputés avoir satisfait aux épreuves de vérification des connaissances prévues au deuxième alinéa. » ;

b) À la première phrase du premier alinéa du I bis, les mots : « de la commission mentionnée au I » sont remplacés par les mots : « d'une commission composée notamment de professionnels » ;

...° Après le deuxième alinéa de l'article L. 4221-12, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les pharmaciens titulaires d'un diplôme d'études spécialisées obtenu dans le cadre de l'internat à titre étranger sont réputés avoir satisfait aux épreuves de vérification des connaissances précitées. »

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Cet amendement a pour objet d'adapter les procédures d'autorisation d'exercice au profil spécifique de certains candidats. Il s'agit de permettre, d'une part, aux étudiants dont nous avons parlé à l'instant de poursuivre leur activité en France et, d'autre part, à des médecins venant de pays extérieurs à l'Union européenne de bénéficier, dans certaines conditions, de procédures allégées ; ce sont souvent des médecins qui, pour des raisons personnelles, s'installent de manière transitoire en France, pour quelques années.

Il est trop souvent arrivé que des médecins étrangers, canadiens ou américains, venus dans le cadre d'un voyage personnel ou tout simplement parce qu'ils étaient attirés par des centres de recherche ou des hôpitaux français, ne puissent pas exercer dans des établissements français, compte tenu des procédures existantes. C'est totalement absurde, sachant qu'ils ont un niveau de formation élevé. Il est regrettable de se priver de sources et de moyens de coopération, de compétences souvent spécialisées.

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

**M. Alain Milon, corapporteur.** Cet amendement nous ayant été transmis assez tardivement, nous n'avons pas pu y réfléchir de manière très approfondie. Toutefois, les explications que vient de nous donner Mme la ministre nous satisfont. Nous émettons donc un avis de sagesse.

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

**M. Alain Vasselle.** Comme M. Karoutchi, nous avons évidemment tendance à faire confiance à la fois au Gouvernement et à la commission.

Si l'on s'en tient aux explications que vient de donner Mme la ministre, on comprend que le dispositif proposé est limité aux internes étrangers dont la liste est parfaitement connue et dont les diplômes sont équivalents à ceux qui sont délivrés en France. En revanche, si l'on se fonde sur l'amendement tel qu'il est actuellement rédigé, on peut penser que tous les étudiants étrangers, quel que soit le pays d'où ils viennent, pourront bénéficier de cette homologation. Or je ne pense pas que cela soit souhaitable, car la formation en médecine n'est pas égale dans le monde entier.

Madame la ministre, la disposition que vous proposez est-elle limitée aux pays que vous avez évoqués, auquel cas elle ne pose aucune difficulté, ou n'avez-vous cité ces pays qu'à titre d'exemples? Votre amendement mérite alors que l'on y regarde à deux fois avant de le voter, car la liste des pays de provenance de ces étudiants étrangers n'est pas connue.

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

**M. Yves Daudigny.** Je soutiens sans réserve l'amendement présenté par le Gouvernement, qui a entre autres pour objet de faciliter l'accès à la commission d'autorisation d'exercice.

À cet égard, permettez-moi de vous livrer une réflexion.

Il est possible qu'un médecin accède à cette commission, mais qu'il reste finalement bloqué en raison de la mauvaise volonté d'un confrère ayant le pouvoir de délivrer l'attestation d'un stage probatoire. Dans cette hypothèse, le recours contentieux n'apparaît pas obligatoirement comme une perspective satisfaisante. Je pense évidemment à une situation précise, qui n'est peut-être pas isolée en France, et qui a pour effet aujourd'hui de priver des patients des compétences d'un médecin sur un territoire médicalement en difficulté, car il serait excessif de parler en l'occurrence de désert médical.

Le praticien non communautaire n'a pas forcément la plus grande facilité pour constituer son dossier et répondre aux demandes de la commission d'autorisation d'exercice. Peut-être faudrait-il envisager que les professionnels de santé non communautaires puissent bénéficier d'une assistance, d'un conseil, d'un appui, tout au long de ce processus d'autorisation d'exercice?

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Comme cela a déjà été dit à plusieurs reprises, les procédures françaises sont extrêmement restrictives et le champ d'application de cet amendement est très spécifique; je vais y revenir.

Franchement, à force d'empêcher, d'éviter ou d'hésiter, on se prive de ressources médicales utiles – en particulier dans nos hôpitaux –, et qui viennent souvent de manière temporaire.

Cet amendement n'a rien à voir avec le flux habituel. Il concerne en fait ceux que, dans le jargon administratif, on nomme, de manière exagérée, les « médecins stars ». Il s'agit de médecins accueillis par une université de médecine, invités en tant qu'enseignants associés pour donner des cours dans une discipline particulière, en général pour une durée d'un an ou deux.

Dès lors que l'université française juge que ces médecins sont suffisamment intéressants pour former nos étudiants, il semble juste de leur permettre également d'exercer la médecine et, pour ce faire, de mettre en place une procédure allégée et spécifique.

Je pense que ce dispositif est cohérent et que nous avons tout à gagner en permettant à ces enseignants d'exercer aussi la médecine.

**M. Alain Vasselle.** Très bien! Très bonne explication!

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1230.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 30 *quater*, modifié.

*(L'article 30 quater est adopté.)*

#### Article additionnel après l'article 30 *quater*

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

L'amendement n° 652 est présenté par Mme Génisson, M. Daudigny, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Campion et Claireaux, M. Durain, Mmes Emery-Dumas et Féret, MM. Godefroy, Jeansannetas et Labazée, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mme Yonnet et les membres du groupe socialiste et républicain.

L'amendement n° 1162 rectifié est présenté par M. Bonne-carrère, Mme Billon et MM. Médevielle et Kern.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 30 *quater*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 6161-5-1 du code de la santé publique, il est rétabli un article L. 6161-7 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6161-7.* – Les établissements de santé privés non lucratifs peuvent, par dérogation aux articles L. 1242-1, L. 1242-2, L. 1242-7, L. 1242-8 et L. 1243-13 du code du travail, recruter des praticiens par contrat à durée déterminée pour une période égale au plus à quatre ans renouvellements compris. »

La parole est à Mme Stéphanie Riocreux, pour présenter l'amendement n° 652.

**Mme Stéphanie Riocreux.** Cet amendement vise à rétablir l'article L. 6161-7 du code de la santé publique, qui a été abrogé par la loi HPST. Cet article autorisait les établissements privés participant au service public hospitalier à recruter des praticiens en contrat à durée déterminée pour une période au plus égale à quatre ans.

Cet article était initialement prévu pour le recrutement de médecins assistants post-internat. Il permettait également d'embaucher des médecins étrangers dans le cadre de la procédure d'autorisation d'exercice. En effet, conformément aux exigences de l'article L. 4111-2 du code de la santé publique, les lauréats des épreuves de vérification des connaissances et de maîtrise de la langue française sont ensuite recrutés à temps plein dans un service ou organisme agréé pour la formation des internes afin d'exercer des fonctions d'une durée de trois ans.

La disparition de cette possibilité de recrutement dans le cadre de contrats à durée déterminée dérogeant au droit commun priverait les établissements de santé privés non lucratifs d'un cadre juridique adapté au recrutement des médecins assistants et des médecins étrangers en cours de procédure d'autorisation d'exercice.

La réintroduction de cet article de manière pérenne est essentielle à la sécurisation juridique des conditions d'accueil des médecins assistants et des lauréats des épreuves de vérification des connaissances.

Il s'agit donc de redonner la possibilité aux centres de lutte contre le cancer, en particulier, de recourir à des contrats à durée déterminée pour une période au plus égale à quatre ans et de permettre le maintien de cette même possibilité pour les autres établissements de santé privés non lucratifs au-delà de la date du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

**M. le président.** L'amendement n° 1162 rectifié n'est pas soutenu.

Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 652 ?

**M. Alain Milon, corapporteur.** Cet amendement donne la possibilité aux établissements de santé privés à but non lucratif de recruter des praticiens dans le cadre d'un CDD, pour une durée maximale de quatre ans.

La semaine dernière, lors d'une visite au centre Gustave Roussy avec le président Larcher, cette demande nous a également été présentée et nous y avons été très sensibles.

Nous sommes tout à fait favorables à cet amendement.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Le Gouvernement est évidemment favorable à cet amendement.

Il est incompréhensible que cette possibilité ait été supprimée par la loi HPST. Concrètement, en effet, pour effectuer des cliniques ou des assistances au sein des centres de lutte anticancéreuse ou des établissements privés à but non lucratif, par exemple à Gustave Roussy ou à l'Institut mutualiste Montsouris, pour ne citer que des établissements très connus – il y en a beaucoup d'autres –, on n'a aujourd'hui le choix qu'entre un contrat de dix-huit mois ou un CDI.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 652.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 30 *quater*.

### Article 30 *quinquies*

- ① Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 4321-1 est ainsi modifié :
- ③ a) Le premier alinéa est remplacé par sept alinéas ainsi rédigés :
- ④ « La pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement :
- ⑤ « 1° Des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ;
- ⑥ « 2° Des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles.

⑦ « Le masseur-kinésithérapeute peut également concourir à la formation initiale et continue ainsi qu'à la recherche.

⑧ « Le masseur-kinésithérapeute exerce en toute indépendance et pleine responsabilité conformément au code de déontologie mentionné à l'article L. 4321-21.

⑨ « Dans le cadre des pathologies héréditaires, congénitales ou acquises, stabilisées ou évolutives impliquant une altération des capacités fonctionnelles, le masseur-kinésithérapeute met en œuvre des moyens manuels, instrumentaux et éducatifs et participe à leur coordination.

⑩ « Dans l'exercice de son art, seul le masseur-kinésithérapeute est habilité à utiliser les savoirs disciplinaires et les savoir-faire associés d'éducation et de rééducation en masso-kinésithérapie qu'il estime les plus adaptés à la situation et à la personne, dans le respect du code de déontologie précité. » ;

⑪ b) Au deuxième alinéa, les mots : « du massage et de la gymnastique médicale » sont remplacés par les mots : « des actes professionnels de masso-kinésithérapie, dont les actes médicaux prescrits par un médecin, » ;

⑫ c) Le dernier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

⑬ « Lorsqu'il agit dans un but thérapeutique, le masseur-kinésithérapeute pratique son art sur prescription médicale et peut adapter, sauf indication contraire du médecin, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an, dans des conditions définies par décret. Il peut prescrire, sauf indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de sa profession. La liste de ces dispositifs médicaux est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de l'Académie nationale de médecine.

⑭ « En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les premiers actes de soins nécessaires en masso-kinésithérapie. Un compte rendu des actes accomplis dans ces conditions est remis au médecin dès son intervention. » ;

⑮ 1° *bis (nouveau)* Au premier alinéa de l'article L. 4321-4 du code de la santé publique, les mots : « autoriser individuellement à exercer la profession de masseur-kinésithérapeute » sont remplacés par les mots : « délivrer à titre individuel l'équivalence du titre professionnel de masseur-kinésithérapeute ».

⑯ 2° Après l'article L. 4323-4, il est inséré un article L. 4323-4-1 ainsi rédigé :

⑰ « *Art. L. 4323-4-1.* – Exerce illégalement la profession de masseur-kinésithérapeute :

⑱ « 1° Toute personne qui pratique la masso-kinésithérapie, au sens de l'article L. 4321-1, sans être titulaire du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute ou de tout autre titre mentionné à l'article L. 4321-4 exigé pour l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute ou sans relever de l'article L. 4321-11 ;

⑲ « 2° Toute personne titulaire d'un diplôme, d'un certificat, d'une autorisation d'exercice ou de tout autre titre de masseur-kinésithérapeute qui exerce la masso-kinésithérapie sans être inscrite à un tableau de l'ordre

des masseurs-kinésithérapeutes conformément à l'article L. 4321-10 ou pendant la durée de la peine d'interdiction temporaire ou permanente prononcée en application de l'article L. 4124-6.

- ② « Le présent article ne s'applique ni aux étudiants en masso-kinésithérapie qui effectuent un stage dans le cadre de l'article L. 4381-1, ni aux étudiants qui sont appelés à intervenir dans le cadre de la réserve sanitaire en application de l'article L. 4321-7. »

**M. le président.** L'amendement n° 887 rectifié, présenté par MM. Amiel, Mézard, Guérini, Arnell, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin, Requier et Vall, est ainsi libellé :

I. – Après l'alinéa 6

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Toute prise en charge par un masso-kinésithérapeute doit être précédée d'un diagnostic médical de l'affection responsable des douleurs et troubles fonctionnels du patient.

II. – Alinéa 13, après la première phrase

Insérer une phrase ainsi rédigée :

Le médecin doit revoir le patient dans les trois mois suivant la prescription initiale pour les pathologies récentes et, au minimum, une fois par an pour les pathologies chroniques.

III. – Alinéa 13, deuxième phrase

Remplacer le mot :

Il

par les mots :

Le masseur-kinésithérapeute

IV. – Alinéa 14

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

En urgence et dans l'attente d'un avis médical, le masseur-kinésithérapeute doit se limiter à des mesures conservatoires et sédatives.

La parole est à M. Jean-Claude Requier.

**M. Jean-Claude Requier.** L'article 30 *quinquies* clarifie les compétences des masseurs-kinésithérapeutes, notamment s'agissant de leur droit de prescription, et précise les contours de l'exercice illégal de la profession.

L'objet de cet amendement est de rappeler que toute prise en charge par un masseur-kinésithérapeute doit être précédée d'un diagnostic établi par un médecin. Le masseur-kinésithérapeute a, en effet, le devoir de rechercher et de prendre en compte les avis médicaux utiles à la prise en charge de son patient.

Toutefois, le masseur-kinésithérapeute pourra renouveler lui-même et adapter, sauf indication contraire du médecin, les séances de kinésithérapie ayant fait l'objet d'une prescription médicale datant de moins d'un an.

Enfin, en urgence, et dans l'attente d'un avis médical, le masseur-kinésithérapeute doit se limiter à des mesures conservatoires et sédatives tant qu'un diagnostic médical n'a pas été établi.

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

**M. Alain Milon, corapporteur.** L'adoption de cet amendement tendrait à remettre en cause le consensus qui a pu être trouvé au sein de la profession sur la rédaction de l'article 30 *quinquies*, après avoir été négocié avec les services ministériels compétents.

Il ne paraît pas opportun à la commission de revenir, à ce stade, sur l'équilibre de cette rédaction. Si l'amendement n'était pas retiré, l'avis de la commission serait défavorable.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** En présence de représentants des services négociateurs, je ne puis que demander le retrait de cet amendement, monsieur Requier.

La rédaction de l'article 30 *quinquies* résulte en effet de discussions très précises et reflète un équilibre satisfaisant. Peut-être conviendra-t-il ultérieurement de faire évoluer encore ce texte, mais, aujourd'hui, il correspond à la solution équilibrée trouvée avec la profession.

**M. le président.** Monsieur Requier, l'amendement n° 887 rectifié est-il maintenu ?

**M. Jean-Claude Requier.** Ce n'est pas moi qui ai rédigé l'amendement, et je ne pensais pas qu'il ferait autant de vagues, au point de remettre en cause un équilibre ! (*Sourires.*) Membre d'un groupe qui recherche le consensus et l'équilibre, je ne peux que le retirer, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 887 rectifié est retiré.

L'amendement n° 343 rectifié, présenté par Mme Lozier et MM. Kern, Guerriau, Cadic, Canevet, Médevielle et L. Hervé, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 124 rectifié *bis*, présenté par MM. Perrin, Raison, Charon, Groperrin, G. Bailly, Morisset, Mouiller, Lefèvre, Vogel, B. Fournier, Houel, Béchu et de Raincourt, Mme Mélot, MM. Vaspert, Cornu, Houpert, Laménie et Vasselle, Mmes Primas et Deseyne, MM. Pellevat, Paul et Gournac, Mme Deromedi et MM. Genest et Darnaud, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 14

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° L'article L. 4321-2 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le grade master leur est reconnu. » ;

La parole est à Mme Jacky Deromedi.

**Mme Jacky Deromedi.** La récente réforme de la formation initiale de la profession de masseur-kinésithérapeute prévoit cinq années d'études et 300 crédits européens pour l'obtention du diplôme, sans toutefois reconnaître de grade universitaire à l'issue de ce cursus.

Aussi cet amendement vise-t-il à reconnaître aux praticiens masseurs-kinésithérapeutes le grade de master, en conformité avec leur formation et le cadre européen d'enseignement supérieur.

Cette mesure s'inscrit en outre dans la refonte de l'article L. 4321-1 du code de la santé publique, qui précise les contours de cette profession.

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

**M. Alain Milon, corapporteur.** Cet amendement tend, lui aussi, à remettre en cause le consensus qui a pu être trouvé au sein de la profession sur la rédaction de l'article 30 *quinquies*, et qui avait été négocié avec les services ministériels compétents.

En outre, des travaux visant à la réingénierie de la formation des kinésithérapeutes touchent à leur fin, et la réforme effective devrait être mise en place à la rentrée de 2015, si mes renseignements sont bons. Or le niveau master ne figure pas dans le décret n° 2015-1110 du 2 septembre 2015, relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute.

Il ne paraît pas opportun de revenir, à ce stade, sur l'équilibre qui vient d'être atteint ni de perturber un processus de concertation qui est en train de porter ses fruits. Dans ces conditions, ma chère collègue, la commission vous invite à retirer votre amendement.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Même avis.

**M. le président.** Madame Deromedi, l'amendement n° 124 rectifié *bis* est-il maintenu ?

**Mme Jacky Deromedi.** Non, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 124 rectifié *bis* est retiré.

Je mets aux voix l'article 30 *quinquies*.

(L'article 30 *quinquies* est adopté.)

### Article 30 *sexies*

- ① I. – L'article L. 4322-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Au premier alinéa, le mot : « seuls » est supprimé et le mot : « ont » est remplacé par les mots : « , à partir d'un diagnostic de pédicurie-podologie qu'ils ont préalablement établi, ont seuls » ;
- ③ 2° Au deuxième alinéa, le mot : « soulager » est remplacé par les mots : « prévenir ou à traiter » ;
- ④ 3° Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑤ « Les pédicures-podologues analysent et évaluent les troubles morphostatiques et dynamiques du pied et élaborent un diagnostic de pédicurie-podologie en tenant compte de la statique et de la dynamique du pied ainsi que de leurs interactions avec l'appareil locomoteur. »
- ⑥ I *bis* (nouveau). – Au premier alinéa de l'article L. 4322-4 du code de la santé publique, les mots : « autoriser individuellement à exercer la profession de pédicure-podologue » sont remplacés par les mots : « délivrer à titre individuel l'équivalence du titre professionnel de pédicure-podologue ».
- ⑦ II. – Après l'article L. 4323-4 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4323-4-2 ainsi rédigé :
- ⑧ « Art. L. 4323-4-2. – Exerce illégalement la profession de pédicure-podologue :
- ⑨ « 1° Toute personne qui pratique la pédicurie-podologie, au sens de l'article L. 4322-1, sans être titulaire du diplôme d'État de pédicure-podologue ou de tout autre titre mentionné aux articles L. 4322-4 et

L. 4322-5 exigés pour l'exercice de la profession de pédicure-podologue ou sans relever de l'article L. 4322-15 ;

- ⑩ « 2° Toute personne titulaire d'un diplôme, d'un certificat, d'une autorisation d'exercice ou de tout autre titre de pédicure-podologue qui exerce la pédicurie-podologie sans être inscrite à un tableau de l'ordre des pédicures-podologues conformément à l'article L. 4322-2 ou pendant la durée de la peine d'interdiction temporaire ou permanente prononcée en application de l'article L. 4124-6.
- ⑪ « Le présent article ne s'applique pas aux étudiants en pédicurie-podologie qui effectuent un stage dans le cadre de l'article L. 4381-1. » – (Adopté.)

### Articles additionnels après l'article 30 *sexies*

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

L'amendement n° 112 rectifié est présenté par M. Commeinhes, Mme Hummel, M. Houel, Mme Mélot, MM. Mayet et Charon et Mme Deromedi.

L'amendement n° 172 rectifié *octies* est présenté par MM. Vasselle, D. Robert, Cornu, Cambon, Calvet, Laufoaulu, Trillard, César, G. Bailly et Saugey, Mme Lopez et M. Dassault.

L'amendement n° 281 rectifié est présenté par MM. Barbier et Requier.

L'amendement n° 361 rectifié *quater* est présenté par MM. Mouiller et Mandelli, Mme Cayeux, MM. de Nicolaj, Pellevat, Lefèvre, Bignon, Fouché, Morisset, Falco et A. Marc, Mme Gruny et MM. Genest, Darnaud et Houpert.

L'amendement n° 494 rectifié est présenté par MM. Marseille, Maurey et Bockel.

L'amendement n° 1094 est présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste.

Ces six amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 30 *sexies*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 313-26 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret précise les conditions dans lesquelles les actes de soins infirmiers peuvent être délégués à des professionnels des établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1. »

La parole est à Mme Jacky Deromedi, pour présenter l'amendement n° 112 rectifié.

**Mme Jacky Deromedi.** La présence de médecins ou d'infirmiers dans les établissements médico-sociaux n'est pas systématique, du fait des contraintes financières et organisationnelles qui pèsent sur les établissements et du manque de disponibilité de ces professionnels sur certains territoires. Pourtant, certains actes de soins sont indispensables à la sécurité et à la qualité de vie des personnes en établissement : par exemple, administration de valium en cas de crise d'épilepsie convulsive, aspirations trachéales ou encore nutrition par gastrotomie.

Il convient, afin de répondre à cette situation insatisfaisante, d'abonder les budgets des établissements ou d'encadrer de nouvelles pratiques professionnelles adaptées.

Aussi cet amendement a-t-il pour objet, conformément aux préconisations formulées par Denis Piveteau dans son rapport *Zéro sans solution*, d'accroître la capacité de tous à porter dans la durée des situations plus lourdes, par une montée en compétences et en savoir-faire internes. Il est dans l'intérêt des personnes que, par principe, leur accompagnement de long cours se déroule dans l'environnement le moins spécialisé possible et le plus proche de la vie ordinaire.

Ces actes restent des actes de soins dont la réalisation est, chaque fois que possible, effectuée par un personnel soignant. Cependant, cette réalisation peut être déléguée par un médecin à tout personnel salarié de l'établissement, sous condition d'une formation adaptée et régulièrement actualisée et d'une information spécifique sur la procédure et ses conditions d'utilisation.

Dans le même esprit, le décret n° 2015-495 du 29 avril 2015 est venu récemment entériner la possibilité pour les personnels des services d'aide à domicile de pratiquer, sous réserve d'une formation, des aspirations endotrachéales.

**M. le président.** La parole est à M. Alain Vasselle, pour présenter l'amendement n° 172 rectifié *octies*.

**M. Alain Vasselle.** Vous pouvez considérer qu'il est défendu, monsieur le président. Il s'agit d'un amendement d'appel, permettant de recueillir l'avis de la commission et du Gouvernement sur cette question. S'agissant de la distribution de médicaments par des personnes autres que de véritables professionnels de santé, en effet, nous devons y regarder à deux fois, et le système doit être parfaitement encadré.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Claude Requier, pour présenter l'amendement n° 281 rectifié.

**M. Jean-Claude Requier.** Les arguments ayant été exposés et ayant décidé de mettre la concision à l'ordre du jour, monsieur le président, je considère que cet amendement est défendu. (*Sourires.*)

**M. le président.** Monsieur Mouiller, en va-t-il de même pour l'amendement n° 361 rectifié *quater* ?

**M. Philippe Mouiller.** Oui, monsieur le président : il est défendu.

**M. le président.** L'amendement n° 494 rectifié n'est pas soutenu.

La parole est à Mme Aline Archimbaud, pour présenter l'amendement n° 1094.

**Mme Aline Archimbaud.** J'ajouterai brièvement deux arguments.

La présence de médecins ou d'infirmiers dans les établissements médico-sociaux n'est pas systématique du fait des contraintes financières et de démographie médicale. En cas d'extrême urgence, ces dispositions précises peuvent donc avoir leur intérêt.

Par ailleurs, ces actes restent des actes de soins, qui seraient prodigués, chaque fois que cela est possible, par du personnel soignant.

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

**M. Alain Milon, corapporteur.** Ces amendements correspondent à un article qui avait été inséré par la commission de l'Assemblée nationale, puis supprimé en séance plénière, et que la commission des affaires sociales du Sénat n'a pas du tout souhaité rétablir.

Dans l'exposé des motifs de ces amendements, parmi les actes qui pourraient faire l'objet d'une telle délégation sont citées l'administration de Valium en cas de crise d'épilepsie convulsive chez une personne handicapée, ce qui n'est nullement un acte médical anodin, ainsi que la réalisation d'aspirations trachéales ou de nutrition par gastrotomie. Il s'agirait de pallier l'absence de professionnels infirmiers dans certains établissements médico-sociaux.

À l'Assemblée nationale, l'argumentation qui a abouti à la suppression de cette mesure mettait en avant le défaut de sécurité qui s'y attache, d'autant qu'elle n'avait fait l'objet d'aucune évaluation préalable. La commission des affaires sociales souscrit à cet argument de sécurité et rappelle que la délégation d'actes à des personnels non formés n'est pas un moyen adéquat pour pallier l'absence de personnels infirmiers dans les établissements et services médico-sociaux.

La commission a donc émis un avis défavorable sur ces amendements identiques.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Le Gouvernement demande le retrait de ces amendements ; à défaut, il émettrait un avis défavorable.

D'une part, comme vient de l'indiquer M. le président de la commission des affaires sociales, la sécurité paraît insuffisamment garantie.

D'autre part, la rédaction de l'amendement est d'un flou absolu : elle ne précise ni quels professionnels pourraient être bénéficiaires de la délégation ni dans quels domaines celle-ci serait possible. En outre, la fixation des conditions de la délégation par le pouvoir réglementaire risquerait de placer le législateur en situation d'incompétence négative et d'être censurée par le Conseil constitutionnel.

En tout état de cause, pour les raisons de sécurité qui ont été évoquées, le Gouvernement ne souhaite pas s'engager dans cette voie.

**M. le président.** Madame Deromedi, l'amendement n° 112 rectifié est-il maintenu ?

**Mme Jacky Deromedi.** Non, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 112 rectifié est retiré.

Monsieur Vasselle, l'amendement n° 172 rectifié *octies* est-il maintenu ?

**M. Alain Vasselle.** Si cette série d'amendements a été déposée, c'est parce que les établissements médico-sociaux souffrent de l'absence de professionnels de santé, et cela du fait de l'absence de moyens budgétaires adéquats.

**Mme Catherine Deroche, corapporteur de la commission des affaires sociales.** C'est vrai !

**M. Alain Vasselle.** Considérez que ces amendements sont un appel pour que le Gouvernement, avec les départements, qui sont compétents dans ce domaine, mobilise les moyens permettant aux établissements de fonctionner correctement.

Qu'il se trouve des établissements médico-sociaux accueillant des handicapés, par exemple, qui ne disposent pas d'infirmiers pour assurer d'une manière satisfaisante et en

toute sécurité la distribution des médicaments, cela pose tout de même un vrai problème ! Or les conseils départementaux resserrent tous les budgets de ces établissements. Résultat : ceux-ci, faute de moyens, ne recrutent pas le personnel nécessaire... Encore faut-il, au demeurant, être en mesure de trouver la ressource ! On sait ce qu'il en est, compte tenu du nombre d'infirmières...

Je comprends tout à fait l'argumentation qui a été développée par le Gouvernement comme par le rapporteur. Il vaut mieux être prudent en la matière. C'est la raison pour laquelle j'avais précisé qu'il s'agissait d'un amendement d'appel, monsieur le président. Dès lors, je le retire.

**M. le président.** L'amendement n° 172 rectifié *octies* est retiré.

Monsieur Barbier, l'amendement n° 281 rectifié est-il maintenu ?

**M. Gilbert Barbier.** Si nous avons déposé cet amendement, c'est parce que certains établissements rencontrent un véritable problème, notamment la nuit.

Si la rédaction est trop floue, trop imprécise, il conviendrait d'envisager un décret d'application fixant les conditions dans lesquelles un certain nombre d'actes paramédicaux pourraient être effectués par d'autres professionnels que les infirmiers. Plutôt que d'ignorer une difficulté qui se pose sur le terrain, il faut essayer de la résoudre !

Cela étant, je retire l'amendement.

**M. le président.** L'amendement n° 281 rectifié est retiré.

Monsieur Mouiller, l'amendement n° 361 rectifié *quater* est-il maintenu ?

**M. Philippe Mouiller.** Non, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 361 rectifié *quater* est retiré.

Madame Archimbaud, l'amendement n° 1094 est-il maintenu ?

**Mme Aline Archimbaud.** Non, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 1094 est retiré.

L'amendement n° 904 rectifié, présenté par MM. Mézard, Barbier, Arnell, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin, Guérini et Hue, Mmes Laborde et Malherbe et MM. Requier et Vall, est ainsi libellé :

Après l'article 30 *sexies*

Insérer un article ainsi rédigé :

L'article L. 4113-14 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa, les mots : « ou une sage-femme » sont remplacés par les mots : « , une sage-femme ou un psychothérapeute » ;

2° Au cinquième alinéa, les mots : « ou la sage-femme » sont remplacés par les mots : « , la sage-femme ou le psychothérapeute » ;

3° Au septième alinéa, les mots : « et sages-femmes » sont remplacés par les mots : « , sages-femmes et psychothérapeutes ».

La parole est à M. Gilbert Barbier.

**M. Gilbert Barbier.** Si vous le permettez, monsieur le président, je défendrai en même temps l'amendement n° 905 rectifié.

**M. le président.** J'appelle donc également en discussion l'amendement n° 905 rectifié, présenté par MM. Mézard, Barbier, Arnell, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin et Hue, Mmes Laborde et Malherbe et MM. Requier et Vall, et ainsi libellé :

Après l'article 30 *sexies*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le 5° de l'article L. 4161-1 du code de la santé publique, il est inséré un 6° ainsi rédigé :

« 6° Toute personne ne répondant pas aux exigences de l'article L. 4111-1, et qui enseigne ou qui fait état, dans le cadre « de son activité professionnelle d'une formation, d'un diplôme ou d'un titre comportant le terme médecine ». »

Veuillez poursuivre, mon cher collègue.

**M. Gilbert Barbier.** Ces deux amendements s'inspirent du rapport du président Jacques Mézard, fait au nom de la commission d'enquête sur l'influence des mouvements à caractère sectaire dans le domaine de la santé, commission qui était présidée, je le rappelle, par Alain Milon.

Le nombre de praticiens, de techniques non conventionnelles et de formations débouchant sur des qualifications non validées et d'avenir incertain ne cesse d'augmenter dans notre pays. Sont ainsi exploitées les peurs et les attentes de la population en matière de santé et de bien-être, et les victimes se trouvent insidieusement orientées vers des pratiques thérapeutiques dénuées de fondement scientifique.

Cela représente un vrai danger pour la santé des patients en état de souffrance, qui sont de plus en plus nombreux à recourir à ces pratiques. Ainsi, selon le rapport précité, quatre Français sur dix ont recours à des pratiques « alternatives », dont 60 % parmi les malades du cancer.

L'offre psychothérapeutique est particulièrement concernée. Aussi le premier de ces deux amendements vise-t-il à mieux encadrer l'activité des psychothérapeutes en permettant aux ARS de suspendre immédiatement leur droit d'exercice, dans un souci d'ordre public. Cette possibilité n'existe actuellement qu'à l'égard des professions médicales : médecins, dentistes et sages-femmes. Or, actuellement, 4 000 « psychothérapeutes » autoproclamés n'ont suivi aucune formation et ne sont inscrits sur aucun registre, ce qui peut faire courir de graves dangers à des patients vulnérables.

Le second amendement vise à protéger l'utilisation du terme « médecine ». Depuis une loi de 1803, la médecine ne peut être pratiquée que par les titulaires d'un doctorat issus des écoles de médecine et, depuis 1808, des facultés de médecine. En imposant l'obtention d'un grade universitaire pour l'exercice de la médecine et de la chirurgie sur l'ensemble du territoire national, la loi définit la médecine comme un corpus de connaissances théoriques qu'il convient d'acquérir. Pourtant, de très nombreux charlatans n'hésitent pas à se revendiquer comme « médecin ».

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission sur les amendements n° 904 rectifié et 905 rectifié ?

**M. Alain Milon, corapporteur.** Ces deux amendements reprennent une partie des conclusions de la commission d'enquête sur l'influence des mouvements à caractère sectaire dans le domaine de la santé, dont le rapport avait été adopté à l'unanimité, moins une abstention.

Il me semble extrêmement important de transcrire dans la loi une partie des conclusions de ce rapport. En conséquence, l'avis est favorable.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Je comprends très bien la préoccupation exprimée à travers l'amendement n° 904 rectifié. Certaines dérives sectaires naissent à partir de prétendues démarches de santé, c'est incontestable. On cherche à attirer des personnes en leur faisant miroiter du bien-être ou en leur faisant je ne sais quelle autre promesse...

Je me réjouis très sincèrement, monsieur Barbier, de la confiance que vous accordez aux agences régionales de santé. Je suis en revanche plus perplexe quant à leur capacité à faire face, d'emblée, à la mission que vous leur assignez. Je ne suis pas certaine qu'il suffise de voter cet amendement pour que les ARS soient en mesure de faire la « police » parmi les psychothérapeutes, en distinguant les vrais des faux.

Je m'en remets donc à la sagesse du Sénat sur cet amendement : je veux qu'il soit bien compris que le Gouvernement partage l'objectif de ses auteurs, mais c'est peut-être aussi une manière de dire que nous devons essayer de travailler sur sa rédaction d'ici à la deuxième lecture ou d'envisager par la suite une autre solution.

Je ne peux pas être en désaccord avec votre démarche, monsieur Barbier, mais j'attire simplement votre attention sur le fait que l'amendement, tel qu'il est rédigé, ne permet sans doute pas d'actionner les leviers pertinents.

Je me pose encore davantage de questions sur l'amendement n° 905 rectifié : j'en sollicite donc le retrait et, à défaut, j'émettrai un avis défavorable.

Au fond, le droit actuel protège le terme et la qualification de « médecin », et vous voulez protéger l'utilisation du terme « médecine ». Ne s'agit-il pas d'une tautologie ? Pour exercer la médecine, il faut être médecin ! J'avoue que je ne sais pas très bien sur quelle base apprécier cet amendement...

**M. le président.** La parole est à Mme Catherine Génisson, pour explication de vote.

**Mme Catherine Génisson.** Madame la ministre, nous avons bien entendu vos explications et comprenons vos interrogations sur la qualité rédactionnelle de l'amendement n° 904 rectifié. Toutefois, notre groupe le votera.

Pour avoir participé aux travaux de la commission d'enquête sur l'influence des mouvements à caractère sectaire dans le domaine de la santé, je crois qu'il faut prendre la mesure de la gravité du sujet : il y a vraiment des charlatans – et ce qualificatif est encore trop aimable ! – qui mettent la vie de nos concitoyens en danger, que ceux-ci soient déjà fragilisés ou non.

**M. le président.** Monsieur Barbier, l'amendement n° 905 rectifié est-il maintenu ?

**M. Gilbert Barbier.** Je comprends bien que cet amendement pose problème. Cela dit, madame la ministre, votre objection perdra de sa pertinence si, demain, on revendique la féminisation du terme « médecin » : une femme médecin sera alors « une médecine »... (*Sourires.*)

Quoi qu'il en soit, je retire l'amendement n° 905 rectifié.

Quant à l'amendement n° 904 rectifié, sa rédaction peut sans doute être améliorée, mais je le maintiens : je pense qu'il faut inscrire cette disposition dans le texte, quitte à la retravailler par la suite.

**M. le président.** L'amendement n° 905 rectifié est retiré.

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Je vous remercie d'avoir retiré cet amendement, monsieur Barbier. Je vous indique aussi que le Conseil national de l'ordre des médecins juge suffisante la protection actuelle.

S'agissant de l'amendement n° 904 rectifié, que je ne vous ai pas demandé de le retirer, je souligne que, à mes yeux, la qualité de sa rédaction n'est pas en cause. Ce qui suscite mon doute, c'est la capacité des ARS à être, en l'espèce, les bons leviers.

**M. le président.** La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

**M. Alain Milon, corapporteur.** Nous avons déjà réussi, dans la loi relative à l'enseignement supérieur et à la recherche, à interdire aux médecins radiés par l'ordre des médecins d'utiliser leur titre de docteur en médecine. À l'époque, on nous disait que ce titre était éternel et que l'on pouvait s'en prévaloir jusqu'à la fin de ses jours, même en cas de radiation ! Désormais, les médecins radiés n'ont plus le droit d'utiliser ce titre de docteur en médecine.

Je regrette que Gilbert Barbier ait retiré l'amendement n° 905 rectifié. Le terme de « médecine » est utilisé à mauvais escient sur les sites internet par toutes sortes de charlatans, mais aussi par un certain nombre de sectes. Et les pratiques ainsi promues n'ont pas grand-chose à voir avec la médecine telle qu'on peut l'entendre dans cette enceinte...

Or ce mésusage du terme de « médecine » peut être contrôlé par la mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires, la MIVILUDES, par les services de gendarmerie ou de police nationale.

J'ai présidé la commission d'enquête sur l'influence des mouvements à caractère sectaire dans le domaine de la santé, dont Jacques Mézard était l'excellent rapporteur, et je puis vous dire que le terme de « médecine » est utilisé par n'importe qui ! Ce n'est pas forcément très grave, mais ça l'est indiscutablement lorsqu'il est employé par des sectes. Or les victimes de ces mouvements se multiplient ; je pense en particulier aux prétendus médecins allemands qui se sont installés en Belgique et continuent de mener des actions extrêmement néfastes sur le territoire français.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 904 rectifié.

(*L'amendement est adopté.*)

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

L'amendement n° 501 rectifié, présenté par MM. Marseille et Bockel, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 1152 rectifié, présenté par MM. Barbier et Guérini, est ainsi libellé :

Après l'article 30 sexies

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :



Le titre I<sup>er</sup> du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 4311-1 est ainsi modifié :

a) Les deux premiers alinéas sont remplacés par trois alinéas ainsi rédigés :

« L'exercice de la profession d'infirmier comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins sur prescription médicale, ou en application du rôle propre dévolu à l'infirmier, et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques ainsi que la réalisation d'actions de prévention, de dépistage, d'éducation pour la santé, de formation, d'encadrement et de recherche.

« L'infirmier exerce en toute indépendance et pleine responsabilité conformément au code de déontologie mentionné à l'article L. 4312-1.

« L'exercice de la profession infirmière s'effectue en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, notamment le médecin, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif. » ;

b) Au troisième alinéa, les mots : « par décret en Conseil d'État, pris après avis du Haut conseil de la santé publique » sont remplacés par les mots : « par arrêté du ministre chargé de la santé après avis du Haut conseil de la santé publique » ;

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

« L'infirmier est autorisé à renouveler les prescriptions, datant de moins d'un an, pour une durée maximale de six mois, figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. » ;

2° Après l'article L. 4314-4, il est inséré un article L. 4314-4... ainsi rédigé :

« Art. L. 4314-4... – Exerce illégalement la profession d'infirmier :

« 1° Toute personne qui pratique des actes infirmiers, au sens de l'article L. 4311-1, sans être titulaire du diplôme d'État d'infirmier ou de tout autre titre ou autorisation mentionné à l'article L. 4311-2 ;

« 2° Toute personne titulaire d'un diplôme, d'un certificat, d'une autorisation d'exercice ou de tout autre titre d'infirmier qui exerce la profession d'infirmier sans respecter l'article L. 4311-15 ou pendant la durée de la peine d'interdiction temporaire ou permanente prononcée en application de l'article L. 4124-6.

« Le présent article ne s'applique pas aux personnes prévues par les articles L. 4311-12 à L. 4311-14. »

La parole est à M. Gilbert Barbier.

**M. Gilbert Barbier.** Il est défendu, monsieur le président.

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

**M. Alain Milon, corapporteur.** Cet amendement vise à modifier les dispositions du code de la santé publique relatives aux infirmiers.

Dans la mesure où nous n'avons pas mené d'auditions spécifiques sur ce sujet, il nous est difficile d'évaluer précisément ces dispositions.

Un point retient néanmoins notre attention : la reconnaissance aux infirmiers d'une compétence significativement élargie en matière de renouvellement de prescriptions, qui devrait selon nous être réservée aux infirmiers exerçant en pratique avancée.

Nous souhaitons donc recueillir l'avis du Gouvernement sur cet amendement.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Cet amendement vise à réécrire le champ de compétences des infirmiers, notamment en élargissant ce dernier au dépistage, à la recherche et au renouvellement des prescriptions.

Certaines de ces modifications emportent plutôt l'adhésion, quand d'autres peuvent poser question, par exemple la liste des vaccinations que les infirmiers peuvent pratiquer sans prescription médicale.

En tout état de cause, on ne peut pas procéder à une telle réécriture sans avoir eu préalablement une concertation avec la profession.

Nous avons examiné tout à l'heure la question des masseurs-kinésithérapeutes et je vous ai appelé à préserver l'équilibre atteint dans les discussions entre le ministère et les professionnels. Alors qu'aucune discussion n'a pour l'heure été engagée avec les infirmiers, je ne peux souscrire à cette démarche.

Aussi je vous demande de bien vouloir retirer votre amendement, monsieur Barbier.

**M. le président.** Monsieur Barbier, l'amendement n° 1152 rectifié est-il maintenu ?

**M. Gilbert Barbier.** Je comprends bien que cet amendement d'appel est par trop ambitieux.

Nous devons toutefois impérativement réussir à travailler sur ce problème des responsabilités et des compétences des infirmiers, conformément à une demande de ces professionnels, qu'ils soient libéraux ou salariés. Si Mme la ministre pense qu'elle peut engager une discussion avec les représentants de la profession sur ce problème qu'il m'apparaît important de résoudre, je lui saurai gré de le faire.

Je retire cet amendement, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 1152 rectifié est retiré.

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

L'amendement n° 476 rectifié, présenté par Mme Riocreux, M. Durain, Mme Génisson, M. Daudigny, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Campion, Claireaux, Emery-Dumas et Féret, MM. Godefroy, Jeansannetas et Labazée, Mmes Meunier et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mme Yonnet, M. Sueur, Mme D. Gillot et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 30 sexes

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le chapitre I<sup>er</sup> du titre IV du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 4341-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 4341-1. – La pratique de l'orthophonie comporte la promotion de la santé, la prévention, le bilan orthophonique et le traitement des troubles de la

communication, du langage dans toutes ses dimensions, de la cognition mathématique, de la parole, de la voix et des fonctions oro-myo-faciales.

« Son intervention contribue notamment au développement et au maintien de l'autonomie, à la qualité de vie du patient et au rétablissement de son rapport confiant à la langue.

« L'orthophoniste dispense des soins à des patients de tous âges présentant des troubles congénitaux, développementaux ou acquis, sans distinction de sexe, d'âge, de culture, de niveau socioculturel ou de type de pathologie.

« L'exercice professionnel de l'orthophoniste nécessite la maîtrise de la langue dans toutes ses composantes.

« L'orthophoniste pratique son art sur prescription médicale.

« Sauf indication contraire du médecin, il peut prescrire le renouvellement de certains dispositifs médicaux dont la liste est limitativement fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de l'Académie de médecine.

« Il établit en autonomie son diagnostic orthophonique et décide des soins orthophoniques à mettre en œuvre, conformément aux règles professionnelles prévues à l'article L. 4341-9.

« Dans le cadre des troubles congénitaux, développementaux ou acquis, l'orthophoniste met en œuvre les techniques et les savoir-faire les plus adaptés à l'évaluation et au traitement orthophonique du patient et participe à leur coordination. Il peut également concourir à la formation initiale et continue ainsi qu'à la recherche.

« La définition des actes d'orthophonie est précisée par un décret en Conseil d'État, pris après avis de l'Académie nationale de médecine. » ;

2° Après l'article L. 4341-1, il est inséré un article L. 4341-1-... ainsi rédigé :

« *Art. L. 4341-1-...* – Exerce illégalement la profession d'orthophoniste toute personne qui pratique l'orthophonie au sens de l'article L. 4341-1 sans :

« 1° Être titulaire du certificat de capacité d'orthophoniste ;

« 2° Être titulaire de l'un des diplômes ou attestations d'études d'orthophonie établis par le ministre chargé de l'éducation antérieurement à la création du certificat mentionné au 1° ou de tout autre titre mentionné à l'article L. 4341-4 exigé pour l'exercice de la profession d'orthophoniste ;

« 3° Remplir les conditions ou satisfaire aux obligations prévues à l'article L. 4341-7.

« Le présent article ne s'applique pas aux étudiants en orthophonie qui effectuent un stage en application de l'article L. 4381-1. » ;

3° Au 1° de l'article L. 4341-9, les mots : « En tant que de besoin, » sont supprimés.

**Mme Stéphanie Riocreux.** En premier lieu, cet amendement a pour objet de mettre en conformité la définition de la profession d'orthophoniste contenue dans le code de la santé publique avec les conditions d'exercice réelles et actuelles de cette profession.

En effet, la disposition législative du 10 juillet 1964 relative à la définition de la profession d'orthophoniste est ancienne et ne correspond plus aux évolutions réglementaires définissant les missions et le champ d'exercice de ces professionnels.

En second lieu, cet amendement vise à accorder à l'orthophoniste la possibilité de prescrire le renouvellement de certains dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de sa profession, limitativement énumérés par arrêté ministériel après avis de l'Académie de médecine et « sauf indication contraire du médecin ». Pour certaines pathologies, qui impliquent le recours par le patient à de petits matériels d'hygiène ou à des accessoires de soins et de protection – kits d'entretien pour les prothèses vocales, adhésifs pour les filtres vocaux, etc. –, cette possibilité de renouveler la prescription médicale initiale est de nature à faciliter l'exercice de la profession d'orthophoniste.

En troisième lieu, cet amendement tend à définir l'exercice illégal de la profession d'orthophoniste, pour lequel des sanctions sont déjà prévues dans le code de la santé publique.

Enfin, cet amendement précise que la mise en place des règles professionnelles de la profession est obligatoire. Actuellement, le code de la santé publique dispose qu'elles ne sont déterminées qu'« en tant que de besoin ». Cette formule, que réprouve la légistique comme n'apportant rien au droit, est de nature à inquiéter les orthophonistes en ce que, dans le langage commun, elle semble conditionner à une appréciation subjective la nécessité de déterminer certaines règles de leur profession.

Or les orthophonistes, notamment hospitaliers, sont déjà suffisamment inquiets pour l'avenir de leur profession. Ils attendent légitimement une revalorisation salariale qui rendrait plus attractive leur profession et donnerait toute sa valeur à leur diplôme, lequel, grâce à ce gouvernement, est reconnu désormais au niveau « bac+5 ». Derrière cette revendication, il y a une réelle angoisse, alors que le coût de sa prise en considération ne serait pas si élevé, et très spécifique.

Hier, les représentants de la profession ont dû naviguer entre les ministères de la santé et de l'enseignement supérieur pour obtenir leur statut. Il semble que, aujourd'hui, ils doivent recommencer, entre le ministère de la santé et celui de la fonction publique, qui, jusqu'alors, les renvoyait vers le premier.

Pour revenir aux préoccupations fortes qui ont été exprimées depuis le début de l'examen de ce projet de loi, il est fondamental de donner à cette profession les moyens de poursuivre, y compris en milieu hospitalier, la mission qu'elle exerce au service de ses patients de tous âges.

**M. le président.** L'amendement n°781, présenté par Mmes Cohen et David, MM. Watrin, Bosino et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 30 sexes

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 4341-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 4341-1. – I* – L'orthophoniste est un professionnel de santé de premier recours.

« Il intervient auprès de personnes susceptibles de présenter des troubles de la communication, du langage dans toutes ses dimensions et des autres activités cognitives, ainsi que des fonctions oro-myo-faciales. Il exerce avec autonomie la conduite et l'établissement de son diagnostic orthophonique et la prise de décision quant aux soins orthophoniques à mettre en œuvre.

« Dans sa fonction de soin, il intervient dans le cadre d'un projet thérapeutique personnalisé au travers :

« - du bilan et du diagnostic des troubles du patient ;

« - de la prise en charge de ces troubles dans l'objectif d'acquisitions, d'apprentissages, d'optimisation, de restauration, et de maintien des fonctions et habiletés de langage et des autres activités cognitives, de communication et des fonctions oro-myo-faciales ;

« - de la réalisation d'actes ou gestes techniques dévolus à sa compétence et liés à sa fonction et à son expertise diagnostique et rééducative ;

« - de la mise en œuvre, si nécessaire, de gestes de premiers secours conformément à la réglementation en vigueur.

« Son intervention contribue notamment au développement et au maintien de l'autonomie, à la qualité de vie du patient et au rétablissement de son rapport confiant à la langue.

« L'orthophoniste dispense des soins à des patients de tous âges présentant des troubles congénitaux, développementaux ou acquis, sans distinction de sexe, d'âge, de culture, de niveau socioculturel ou de type de pathologie.

« Dans sa mission de professionnel de santé, il intervient également auprès des patients, de leurs aidants, des professionnels de la santé ou de l'éducation et du public dans le cadre d'activités de prévention et de dépistage, d'activités d'éducation thérapeutique du patient, d'activités d'expertise et de conseil, et de coordination des soins.

« De par la nature de sa fonction et de sa mission, il doit avoir une expertise approfondie de la langue du pays dans lequel il exerce.

« L'orthophoniste participe et concourt également à la formation initiale et continue ainsi qu'à la recherche.

« L'orthophoniste exerce en toute indépendance et pleine responsabilité, conformément aux règles professionnelles prévues à l'article L. 4341-9.

« Dans l'exercice de son art, seul l'orthophoniste décide du choix des techniques et des savoir-faire les plus adaptés à l'évaluation et au traitement orthophonique du patient.

« II – L'orthophoniste pratique son art sur prescription médicale. Sauf indication contraire du médecin, il peut prescrire les dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de sa profession. La liste de ces dispositifs médicaux est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de l'Académie nationale de médecine et des conseils nationaux professionnels de la spécialité concernée.

« En cas d'urgence, de nécessité d'une intervention précoce, en l'absence d'un médecin, dans le cadre des recommandations professionnelles, l'orthophoniste est habilité à accomplir les premiers actes de soins nécessaires en orthophonie en dehors d'une prescription médicale.

« Un compte rendu du bilan et des actes accomplis dans ces conditions est remis au médecin dès son intervention. » ;

2° Au 1° de l'article L. 4341-9, les mots : « En tant que de besoin, » sont supprimés ;

3° Après l'article L. 4344-4, il est inséré un article L. 4344-4... ainsi rédigé :

« *Art. L. 4344-4...* – Exerce illégalement la profession d'orthophoniste toute personne qui pratique l'orthophonie au sens de l'article L. 4341-1 sans être titulaire du certificat de capacité d'orthophoniste ou de l'un des diplômes ou attestations d'études d'orthophonie établis par le ministre chargé de l'éducation antérieurement à la création dudit certificat ou de tout autre titre mentionné à l'article L. 4341-4 exigé pour l'exercice de la profession d'orthophoniste ou sans relever des dispositions de l'article L. 4341-2. »

La parole est à Mme Laurence Cohen.

**Mme Laurence Cohen.** Cet amendement a en fait le même objet que celui qui vient d'être présenté par ma collègue Stéphanie Riocreux.

Pendant l'examen de ce projet de loi, des négociations ont eu lieu entre les représentants de la profession et le ministère. Des progrès ont été réalisés, dans l'intérêt des professionnels, même s'il reste encore des points à régler, notamment pour les orthophonistes salariés.

Les professionnels ont été en tout cas satisfaits du dialogue qui a pu avoir lieu et souhaitent le poursuivre, en espérant faire aboutir toutes leurs demandes.

Nous sommes là au stade de la réflexion sur la définition d'un certain nombre de professions existant depuis longtemps mais ayant connu une évolution, celle d'orthophoniste notamment.

À l'image d'un certain nombre de professions paramédicales, les orthophonistes demandent qu'on leur accorde la possibilité de prescrire le renouvellement de certains dispositifs médicaux. Ainsi, l'orthophoniste pourrait intervenir pour renouveler la prescription médicale initiale, sauf indication contraire du médecin.

À ma connaissance ces éléments ont été transmis au ministère concerné ; l'échange pourra donc se poursuivre. Une telle évolution me paraît tout à fait positive et l'amendement de mes collègues socialistes tient réellement compte des dernières étapes de la discussion entre le ministère et les professionnels. C'est la raison pour laquelle il nous paraît plus judicieux de retirer notre amendement au profit de l'amendement n° 476 rectifié.

**M. le président.** L'amendement n° 781 est retiré.

Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 476 rectifié ?

**M. Alain Milon, corapporteur.** La commission s'apprêtait justement à demander le retrait de l'amendement n° 781 au profit de l'amendement n° 476 rectifié, sur lequel elle émet évidemment un avis favorable.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Madame Cohen, je vous remercie d'avoir retiré votre amendement au profit de l'amendement défendu par Mme Riocreux.

Il est vrai que les discussions actuelles ont permis de parvenir à une rédaction aboutie au sujet des orthophonistes, ce qui n'était pas le cas pour les infirmiers ; c'est d'ailleurs la raison pour laquelle j'ai précédemment sollicité le retrait de l'amendement concernant ces derniers.

Nous avançons en ce moment dans le travail que nous menons avec les orthophonistes. Il s'agit, en effet, d'une profession dont la spécificité est bien identifiée et qui rencontre des défis particuliers, auxquels nous devons répondre.

**M. le président.** La parole est à M. Jérôme Durain, pour explication de vote.

**M. Jérôme Durain.** Je remercie Mme Cohen d'avoir retiré son amendement au profit du nôtre et je remercie Mme la ministre et M. le président de la commission de leurs avis favorables.

Nous avons été sollicités à de nombreuses reprises par la profession et l'adoption de cet amendement représentera une avancée importante pour l'ensemble des orthophonistes.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 476 rectifié.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 30 *sexies*.

L'amendement n° 568, présenté par M. Médevielle et les membres du groupe Union des Démocrates et Indépendants - UC, est ainsi libellé :

Après l'article 30 *sexies*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le 1° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Contribuent à la sécurisation du parcours de soins du patient ;

La parole est à M. Gérard Roche.

**M. Gérard Roche.** L'initiative de cet amendement revient à notre collègue Pierre Médevielle, pharmacien de profession, qui a su convaincre les membres du groupe UDI-UC de le cosigner.

L'objet de cet amendement est d'inscrire le principe selon lequel les pharmaciens d'officine contribuent à la sécurisation du parcours de soins du patient.

En effet, le conseil pharmaceutique recouvre un certain nombre d'actions, en particulier la dispensation d'un médicament à prescription médicale facultative adapté au traitement de courte durée. L'inscription dans le dossier pharmaceutique des médicaments conseillés sans prescription permet une traçabilité et ouvre l'accès de cette information aux médecins.

Dans un contexte de vieillissement de la population et dans la mesure où le projet de loi de santé prévoit de faciliter au quotidien le parcours de santé des Français, le conseil pharmaceutique et l'inscription dans le dossier pharmaceutique des médicaments conseillés sans prescription permettraient de sécuriser le parcours de soins des patients.

Face à l'arrivée de nouvelles molécules toujours plus nombreuses, le pharmacien d'officine sera en mesure de renforcer la sécurité des patients et de réduire le risque de mésusage des médicaments.

L'inscription des médicaments délivrés sans prescription dans le parcours de soins permettra également aux autorités de santé et aux agences d'accéder à de nouvelles données et ainsi d'évaluer le bon usage de ces médicaments.

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

**M. Alain Milon, corapporteur.** Nous avons examiné cet amendement avec intérêt, mais il nous est apparu dépourvu de portée normative. La commission en sollicite donc le retrait ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Il me semble que cet amendement est déjà satisfait en pratique. Le Gouvernement en demande le retrait ; à défaut, il émettra un avis défavorable.

**M. le président.** Monsieur Roche, l'amendement n° 568 est-il maintenu ?

**M. Gérard Roche.** Non, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 568 est retiré.

#### Demande de priorité

**M. le président.** J'ai été saisi par la commission des affaires sociales d'une demande de priorité concernant les amendements n° 341 rectifié *bis*, 685 rectifié *ter*, 450 rectifié *ter*, 1142 rectifié *bis*, 1188 rectifié *bis*, 247 rectifié *bis*, 255 rectifié *ter*, et 684 rectifié *bis*, portant article additionnel après l'article 32 *ter*, afin qu'ils soient examinés après l'amendement n° 245 rectifié *ter*, ainsi que d'une demande de priorité concernant l'amendement n° 1188 rectifié *bis*, pour qu'il soit mis aux voix avant les autres amendements avec lesquels il est en discussion commune.

Je rappelle que, aux termes de l'article 44, alinéa 6, du règlement du Sénat, lorsqu'elle est demandée par la commission saisie au fond, la priorité est de droit, sauf opposition du Gouvernement.

Quel est, donc, l'avis du Gouvernement sur cette double demande de priorité formulée par la commission ?

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Favorable.

**M. le président.** La priorité est ordonnée.

Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux ; nous les reprendrons à vingt et une heures quinze.

La séance est suspendue.

*(La séance, suspendue à dix-neuf heures trente-cinq, est reprise à vingt et une heures quinze.)*

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

Nous poursuivons la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé.

#### Article 31

- ① I. – *(Supprimé)*
- ② II. – *(Supprimé)*
- ③ III. – L'article L. 4151-1 du même code est ainsi modifié :

- 4 1° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :
- 5 « La sage-femme peut effectuer l'examen postnatal à condition d'adresser la femme à un médecin en cas de situation pathologique constatée. » ;
- 6 2° (*Supprimé*)
- 7 3° (*Supprimé*)
- 8 IV. – L'article L. 4151-2 du même code est ainsi rédigé :
- 9 « *Art. L. 4151-2.* – Les sages-femmes peuvent pratiquer les vaccinations de la femme et du nouveau-né.
- 10 « Elles peuvent pratiquer, en vue de protéger le nouveau-né, les vaccinations des personnes qui vivent régulièrement dans son entourage, dans des conditions déterminées par décret. Ce décret détermine également les modalités selon lesquelles les sages-femmes transmettent au médecin traitant de ces personnes les informations relatives à ces vaccinations.
- 11 « Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe la liste des vaccinations mentionnées aux deux premiers alinéas. »
- 12 IV *bis* (*nouveau*). – L'article L. 4151-3 du même code est ainsi rédigé :
- 13 « *Art. L. 4151-3.* – En cas de pathologie maternelle, foetale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin. Elle peut sur prescription du médecin participer au traitement et à la surveillance des situations pathologiques chez la femme et le nouveau-né. Elle agit alors en collaboration et concertation avec le médecin. »
- 14 V. – L'article L. 2212-1 du même code est complété par deux alinéas ainsi rédigés :
- 15 « Toute personne a le droit d'être informée sur les méthodes abortives et d'en choisir une librement.
- 16 « Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. »

**M. le président.** L'amendement n° 776, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Rédiger ainsi cet article :

I. – Le chapitre II du titre I<sup>er</sup> du livre II de la deuxième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À la première phrase de l'article L. 2212-1, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou une sage-femme qui alerte un médecin en cas de complication » ;

2° L'article L. 2212-2 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est complété par les mots : « ou, pour les seuls cas où elle est réalisée par voie médicale, par une sage-femme » ;

b) Au second alinéa, après le mot : « praticien », sont insérés les mots : « ou la sage-femme » ;

3° L'article L. 2212-3 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou la sage-femme » ;

b) Au début du deuxième alinéa, le mot : « Il » est remplacé par les mots : « Le médecin ou la sage-femme » ;

c) Le dernier alinéa est complété par les mots : « et aux sages-femmes » ;

4° À la première phrase de l'article L. 2212-5, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou la sage-femme » ;

5° Le premier alinéa de l'article L. 2212-6 est ainsi rédigé :

« En cas de confirmation, le médecin ou la sage-femme peuvent pratiquer personnellement l'interruption de grossesse dans les conditions fixées au second alinéa de l'article L. 2212-2. S'ils ne pratiquent pas eux-mêmes l'intervention, ils restituent à la femme sa demande pour que celle-ci soit remise au médecin ou à la sage-femme choisis par elle et lui délivrent un certificat attestant qu'ils se sont conformés aux articles L. 2212-3 et L. 2212-5. » ;

6° L'article L. 2212-7 est ainsi modifié :

a) À la seconde phrase du premier alinéa, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou à la sage-femme » ;

b) Au deuxième alinéa, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou la sage-femme » ;

7° Au premier alinéa de l'article L. 2212-8, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou une sage-femme » et, après le mot : « praticiens », sont insérés les mots : « ou de sages-femmes » ;

8° À l'article L. 2212-10, après les mots : « le médecin », sont insérés les mots : « ou la sage-femme » ;

9° L'article L. 2213-2 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Toutefois, ces interruptions ne peuvent être pratiquées que par un médecin. »

II. – Alinéa 2

Rétablir le II dans la rédaction suivante :

II. – Le 2° de l'article L. 2222-2 du même code est complété par les mots : « ou de sage-femme ».

III. – L'article L. 4151-1 du même code est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« La sage-femme peut effectuer l'examen postnatal à condition d'adresser la femme à un médecin en cas de situation pathologique constatée. » ;

2° Au troisième alinéa, après le mot : « prévention », sont insérés les mots : « ainsi que d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse » ;

3° Après le même troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret en Conseil d'État détermine le contenu de la formation requise pour pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse ; cet apprentissage est intégré à la formation initiale des sages-femmes. »

IV. – L'article L. 4151-2 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 4151-2. – Les sages-femmes peuvent pratiquer les vaccinations de la femme et du nouveau-né.

« Elles peuvent pratiquer, en vue de protéger le nouveau-né, les vaccinations des personnes qui vivent régulièrement dans son entourage, dans des conditions déterminées par décret. Ce décret détermine également les modalités selon lesquelles les sages-femmes transmettent au médecin traitant de ces personnes les informations relatives à ces vaccinations.

« Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe la liste des vaccinations mentionnées aux deux premiers alinéas. »

V. – L'article L. 2212-1 du même code est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Toute personne a le droit d'être informée sur les méthodes abortives et d'en choisir une librement.

« Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. »

La parole est à Mme Laurence Cohen.

**Mme Laurence Cohen.** Cet amendement vise à rétablir le texte de l'article 31 dans la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale. Cette rédaction permettait notamment aux sages-femmes de pratiquer l'IVG médicamenteuse, avec un recours au médecin en cas de complication.

Si le droit à l'avortement est un acquis majeur et un droit fondamental des femmes, fruit d'un long combat, ce droit reste fragile et, en pratique, l'accès à une IVG est parfois problématique. Comme le souligne un rapport récent du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, l'IVG est un événement assez courant de la vie sexuelle et reproductive des femmes puisque l'on estime que près d'une femme sur trois aura recours à l'IVG au cours de sa vie.

Les interruptions volontaires de grossesse dites médicamenteuses représentent aujourd'hui plus de la moitié des avortements pratiqués en France. Ce chiffre est en hausse depuis 2009, alors que, depuis les années 2000, on a assisté à la fermeture de plus de 130 établissements de santé pratiquant l'IVG.

La pratique de l'IVG s'est concentrée sur certains établissements, entraînant des effets d'étranglement et de file d'attente, avec des délais pour les prises de rendez-vous. Le manque de moyens et de personnel contribue à rendre le parcours de soins difficile et peu accessible pour les femmes. Rappelons également que de nombreux médecins « militants » partent à la retraite et qu'ils ne sont pas obligatoirement remplacés par des médecins ayant les mêmes conceptions.

La possibilité pour les sages-femmes de réaliser les IVG médicamenteuses est une avancée permettant de faciliter l'accès à l'IVG, tout en reconnaissant le rôle joué par les sages-femmes dans le système de santé.

Afin de garantir la pratique de l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse dans des conditions de sécurité, nous demandons le maintien du recours au médecin en cas de complication. Cela me donne d'ailleurs l'occasion de vous alerter à nouveau, madame la ministre, sur le manque cruel de gynécologues médicaux, même si vous avez fait en sorte que ceux-ci soient plus nombreux. Pour nous, étendre les

compétences des sages-femmes doit bien se faire au nom de la santé des femmes, non au détriment des gynécologues, comme s'il s'agissait de pallier une pénurie.

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

**M. Alain Milon, corapporteur.** À l'image de la série d'amendements que nous nous apprêtons à examiner, l'amendement n° 776 vise essentiellement à rétablir les dispositions, supprimées par notre commission, qui tendent à donner compétence aux sages-femmes pour réaliser des IVG médicamenteuses.

Il nous paraît absolument indispensable que la réalisation d'une IVG continue de se faire, tout au long des étapes de cette intervention, par un médecin et sous sa responsabilité ; il en va de même de son suivi.

J'ajoute que l'élargissement de compétences qui est proposé ne paraît pas – il s'en faut ! – faire consensus chez les sages-femmes. Nous avons reçu toutes les organisations professionnelles : certaines y étaient favorables, mais beaucoup d'entre elles étaient plutôt défavorables.

Pour cette double raison, la commission a fait le choix de supprimer les dispositions concernées. Elle émet donc un avis défavorable sur l'ensemble des amendements qui tendent à revenir sur cette suppression.

Je termine en précisant que cet amendement n° 776 rétablit par ailleurs des dispositions qui n'ont pas lieu d'être rétablies puisqu'elles n'ont pas été supprimées par notre commission ; il s'agit, en particulier, de la possibilité, pour les sages-femmes, de pratiquer la vaccination des personnes qui vivent dans l'entourage du nouveau-né.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Madame Cohen, l'objectif que vous proclamez est également celui du Gouvernement. En effet, j'ai la volonté de donner aux sages-femmes la possibilité de pratiquer des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses, car il s'agit d'une réponse de proximité, parmi d'autres, pour des femmes qui souhaitent avorter.

L'un des enjeux des efforts que nous entreprenons aujourd'hui est de permettre la diversification des lieux où l'on peut pratiquer, en toute sécurité, cela va de soi, des interruptions volontaires de grossesse.

Sur cette partie de votre amendement, je suis en plein accord avec vous, tout particulièrement aujourd'hui, en cette journée mondiale pour le droit à l'avortement.

Au-delà de la remarque de M. le rapporteur sur les problèmes de rédaction, j'observe que vous ajoutez, dans votre amendement, une obligation de formation spécifique qui ne paraît pas nécessaire. C'est la raison pour laquelle je vous demanderai de bien vouloir retirer votre amendement au bénéfice de l'amendement n° 477 rectifié, présenté par Mme Génisson, et de celui qui y est identique.

J'ajoute à l'intention de M. le président Milon que nous n'avons pas dû rencontrer les mêmes sages-femmes. Celles-ci ont exprimé massivement leur soutien à cette mesure et ont publié des communiqués dans ce sens. Du reste, quand les sages-femmes ont revendiqué une meilleure reconnaissance de leurs droits, l'année dernière, on a entendu des appels vibrants en leur faveur sur toutes les travées. Cette mesure va concrètement dans le sens de cette reconnaissance, et cela dans l'intérêt des femmes.

**M. le président.** Madame Cohen, l'amendement n° 776 est-il maintenu ?

**Mme Laurence Cohen.** Je vais retirer cet amendement au profit de celui de Mme Génisson, compte tenu des préoccupations que j'ai exprimées et qui nous tiennent à cœur. Mon groupe intervient souvent pour dénoncer les fermetures de centres d'IVG et pour insister sur le fait que trop nombreuses sont les femmes obligées de se rendre dans un autre pays pour interrompre leur grossesse.

J'accède donc à la demande de Mme la ministre, tout en précisant que cette mesure ne doit pas nous faire perdre de vue la nécessité de préserver le recours au médecin, comme c'est le cas pour les grossesses pathologiques, car je pense qu'il ne faut pas banaliser l'interruption volontaire de grossesse, qu'elle soit médicamenteuse ou instrumentale.

J'ajoute que les gynécologues nous ont alertés sur la nécessité de prendre en compte leur spécificité. Il ne faudrait pas penser que, en élargissant les responsabilités des sages-femmes, on réglerait du même coup les problèmes de la gynécologie médicale.

Puisque j'ai le sentiment d'avoir été écoutée, et un peu entendue, je retire mon amendement, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 776 est retiré.

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

Les deux premiers sont identiques.

L'amendement n° 477 rectifié est présenté par Mme Génisson, M. Daudigny, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Champion et Claireaux, M. Durain, Mmes Emery-Dumas et Féret, MM. Godefroy, Jeansannetas et Labazée, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mmes Yonnet, Monier, D. Gillot et les membres du groupe socialiste et républicain.

L'amendement n° 888 rectifié est présenté par MM. Amiel, Mézard et Guérini, Mmes Laborde et Malherbe et MM. Arnell, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin, Requier et Vall.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

I. – Alinéa 1

Rétablir le I dans la rédaction suivante :

I. – Le chapitre II du titre Ier du livre II de la deuxième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À la première phrase de l'article L. 2212-1, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou une sage-femme » ;

2° L'article L. 2212-2 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est complété par les mots : « ou, pour les seuls cas où elle est réalisée par voie médicamenteuse, par une sage-femme » ;

b) Au second alinéa, après le mot : « praticien », sont insérés les mots : « ou la sage-femme » ;

3° L'article L. 2212-3 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou la sage-femme » ;

b) Au début du deuxième alinéa, le mot : « Il » est remplacé par les mots : « Le médecin ou la sage-femme » ;

c) Le dernier alinéa est complété par les mots : « et aux sages-femmes » ;

4° À la première phrase de l'article L. 2212-5, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou la sage-femme » ;

5° Le premier alinéa de l'article L. 2212-6 est ainsi rédigé :

« En cas de confirmation, le médecin ou la sage-femme peuvent pratiquer personnellement l'interruption de grossesse dans les conditions fixées au second alinéa de l'article L. 2212-2. S'ils ne pratiquent pas eux-mêmes l'intervention, ils restituent à la femme sa demande pour que celle-ci soit remise au médecin ou à la sage-femme choisis par elle et lui délivrent un certificat attestant qu'ils se sont conformés aux articles L. 2212-3 et L. 2212-5. » ;

6° L'article L. 2212-7 est ainsi modifié :

a) À la seconde phrase du premier alinéa, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou à la sage-femme » ;

b) Au deuxième alinéa, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou la sage-femme » ;

7° Au premier alinéa de l'article L. 2212-8, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou une sage-femme » et, après le mot : « praticiens », sont insérés les mots : « ou de sages-femmes » ;

8° À l'article L. 2212-10, après les mots : « le médecin », sont insérés les mots : « ou la sage-femme » ;

9° L'article L. 2213-2 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Toutefois, ces interruptions ne peuvent être pratiquées que par un médecin. »

II. – Alinéa 2

Rétablir le II dans la rédaction suivante :

II. – Le 2° de l'article L. 2222-2 du même code est complété par les mots : « ou de sage-femme ».

La parole est à Mme Stéphanie Riocreux, pour présenter l'amendement n° 477 rectifié.

**Mme Stéphanie Riocreux.** L'article 31 a trait à l'élargissement du champ de compétences des sages-femmes à la pratique d'une IVG médicamenteuse, à l'examen postnatal et à la vaccination du nouveau-né et de la maman.

Or l'ensemble des dispositions autorisant les sages-femmes à pratiquer l'IVG médicamenteuse a été supprimé par la commission des affaires sociales du Sénat. Celle-ci a en effet considéré qu'il était indispensable de maintenir le principe de la supervision de cet acte par un médecin.

La présence d'un médecin est-elle vraiment nécessaire dès lors que l'on ne se trouve pas dans le cadre d'une IVG instrumentale, mais dans celui de la dispensation d'un médicament ? Nous ne le pensons pas. Les sages-femmes nous semblent plus que qualifiées pour pratiquer cet acte, d'autant qu'elles bénéficient déjà de la formation requise pour pratiquer les interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse.

Par ailleurs, cet élargissement de compétences correspond à un besoin clair, l'accès à l'IVG étant de plus en plus ardu : des centres ferment et les médecins qui la pratiquent se font plus rares, comme l'a souligné Mme Cohen.

Cet élargissement de compétences est largement demandé et soutenu par les sages-femmes que nous avons rencontrées. Il est plus que légitime de les autoriser à pratiquer cet acte, dans la mesure où elles sont les mieux placées pour soutenir les femmes dans cette épreuve où l'accompagnement est primordial.

**M. le président.** L'amendement n° 888 rectifié n'est pas soutenu.

Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 8 rectifié est présenté par Mmes Laborde et Billon, M. Barbier, Mme Blondin, M. Bonnacarrère, Mme Bouchoux, MM. Castelli et Détraigne, Mmes Gatel et Gonthier-Maurin, MM. Guérini, Guerriau, L. Hervé et Houpert, Mmes Jouanno et Jouve, M. Kern et Mmes Malherbe et Morin-Desailly.

L'amendement n° 842 rectifié est présenté par Mme Keller, M. Kennel, Mmes Troendlé, Canayer, Deseyne et Estrosi Sassone, MM. Doligé, Groperrin et Bouchet et Mme Gruny.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 1

Rétablir le I dans la rédaction suivante :

I. – Le chapitre II du titre Ier du livre II de la deuxième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À la première phrase de l'article L. 2212-1, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou une sage-femme » ;

2° L'article L. 2212-2 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est complété par les mots : « ou, pour les seuls cas où elle est réalisée par voie médicamenteuse, par une sage-femme » ;

b) Au second alinéa, après le mot : « praticien », sont insérés les mots : « ou la sage-femme » ;

3° L'article L. 2212-3 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou la sage-femme » ;

b) Au début du deuxième alinéa, le mot : « Il » est remplacé par les mots : « Le médecin ou la sage-femme » ;

4° L'article L. 2212-7 est ainsi modifié :

a) À la seconde phrase du premier alinéa, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou à la sage-femme » ;

b) Au deuxième alinéa, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou la sage-femme » ;

5° Au premier alinéa de l'article L. 2212-8, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou une sage-femme » et, après le mot : « praticiens », sont insérés les mots : « ou de sages-femmes » ;

6° À l'article L. 2212-10, après les mots : « le médecin », sont insérés les mots : « ou la sage-femme » ;

7° L'article L. 2213-2 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Toutefois, ces interruptions ne peuvent être pratiquées que par un médecin. »

La parole est à M. Alain Houpert, pour présenter l'amendement n° 8 rectifié.

**M. Alain Houpert.** Cet amendement vise à rétablir les dispositions concernant l'intervention des sages-femmes dans le cadre des IVG médicamenteuses, intervention prévue par le projet de loi initial.

Certaines des modifications proposées à l'article L. 2212-3 du code de la santé publique complètent des modifications apportées par de précédents amendements aux articles L. 2212-5 et L. 212-6 de ce code pour limiter les délais d'attente avant de pouvoir accéder à une IVG.

**M. le président.** La parole est à Mme Fabienne Keller, pour présenter l'amendement n° 842 rectifié.

**Mme Fabienne Keller.** Voilà quarante ans que la loi Veil a été promulguée. Tous ceux qui ont au moins mon âge se souviennent du procès de Bobigny.

Heureusement, la société a beaucoup évolué sur ce sujet, mais l'IVG reste un défi considérable : il s'agit d'accompagner les femmes de manière aussi humaine que possible, de les informer, de les aider dans ce moment qui est toujours dramatique pour elles. Cette priorité est commune à beaucoup d'entre nous.

L'amendement n° 842 rectifié vise à autoriser les sages-femmes à pratiquer, elles aussi, l'IVG médicamenteuse, un peu moins terrible que l'IVG instrumentale. Les sages-femmes sont habituées à prodiguer des soins à des femmes en situation de désespoir, de fragilité psychologique et de difficulté physique.

Elles sauront, comme elles le font toujours, réorienter vers un médecin celles qui ont besoin d'un complément de consultation plus technique. Toutefois, l'objet de tous ces amendements est d'offrir à des professionnels formés la possibilité de donner accès à l'IVG médicamenteuse.

Pour autant, mes chers collègues, notre objectif commun doit être de réduire le nombre d'IVG, aujourd'hui supérieur à 200 000 par an. Il faut savoir qu'une femme sur trois connaît encore ce moment très difficile dans sa vie. L'ouverture de cette pratique aux sages-femmes ne changera pas la réalité de ces 200 000 femmes, mais elle permettra peut-être de l'adoucir un peu.

De surcroît, dans les territoires où les suivis gynécologiques sont assurés par des sages-femmes et, plus ponctuellement, par des médecins, cette possibilité garantirait un accès à l'IVG dans des délais rapides.

**M. le président.** L'amendement n° 6 rectifié *bis*, présenté par Mmes Laborde, Billon et Blondin, M. Bonnacarrère, Mme Bouchoux, M. Castelli, Mme Cohen, M. Détraigne, Mmes Gatel et Gonthier-Maurin, MM. Guérini, Guerriau, L. Hervé et Houpert, Mmes Jouanno et Jouve, M. Kern et Mmes Malherbe et Morin-Desailly, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Rétablir le II dans la rédaction suivante :

II. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 2212-3 est ainsi modifié :

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



« La femme qui ne veut pas poursuivre une grossesse peut aussi s'adresser, pour la première visite, à l'une des personnes qualifiées pour intervenir au cours de l'entretien préalable visé à l'article L. 2212-4. Cette personne lui remet le dossier-guide prévu au deuxième alinéa. » ;

b) Le dernier alinéa est complété par les mots : « , aux sages-femmes et aux personnes susceptibles d'informer la femme en vue de l'interruption de sa grossesse au cours de la visite prévue au premier alinéa » ;

2° À la première phrase de l'article L. 2212-5, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou la sage-femme » et le mot : « il » est remplacé par les mots : « le médecin, la sage-femme ou la personne consultée au cours de la première visite prévue à l'article L. 2212-3 » ;

3° Le premier alinéa de l'article L. 2212-6 est ainsi rédigé :

« En cas de confirmation, le médecin ou la sage-femme peut pratiquer personnellement l'interruption de grossesse dans les conditions fixées au second alinéa de l'article L. 2212-2. S'ils ne pratiquent pas eux-mêmes l'intervention, ils restituent à la femme sa demande pour que celle-ci soit remise au médecin ou à la sage-femme choisi par elle et lui délivrent un certificat attestant qu'ils se sont conformés aux articles L. 2212-3 et L. 2212-5. Si la personne consultée par la femme enceinte au cours de la première visite prévue à l'article L. 2212-3 n'est ni un médecin, ni une sage-femme, cette personne restitue à la femme sa demande pour que celle-ci soit remise au médecin ou à la sage-femme choisi par elle et lui délivre un certificat attestant que la femme s'est conformée aux dispositions des articles L. 2212-3 et L. 2212-5. »

La parole est à M. Alain Houpert.

**M. Alain Houpert.** Cet amendement a été brillamment défendu par Mme Keller, de même que les amendements n<sup>os</sup> 9 rectifié et 10 rectifié, qui sont en discussion commune.

**M. le président.** L'amendement n<sup>o</sup> 9 rectifié, présenté par Mmes Laborde et Billon, MM. Amiel et Barbier, Mme Blondin, M. Bonnacarrère, Mme Bouchoux, MM. Castelli et Détraigne, Mmes Gatel et Gonthier-Maurin, MM. Guérini, Guerriau, L. Hervé et Houpert, Mmes Jouanno, Jouve, Malherbe et Morin-Desailly et M. Kern, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Rétablir le II dans la rédaction suivante :

II. – Le 2<sup>o</sup> de l'article L. 2222-2 du code de la santé publique est complété par les mots : « ou de sage-femme ».

Cet amendement a été précédemment défendu.

L'amendement n<sup>o</sup> 10 rectifié, présenté par Mmes Laborde et Billon, MM. Amiel et Barbier, Mme Blondin, M. Bonnacarrère, Mme Bouchoux, MM. Castelli et Détraigne, Mmes Gatel et Gonthier-Maurin, MM. Guérini, Guerriau, L. Hervé et Houpert, Mmes Jouanno et Jouve, M. Kern, Mmes Malherbe et Morin-Desailly et M. Requier, est ainsi libellé :

Alinéas 6 et 7

Remplacer ces alinéas par trois alinéas ainsi rédigés :

2° Au troisième alinéa, après le mot : « prévention », sont insérés les mots : « ainsi que d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse » ;

3° Après le même troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret en Conseil d'État détermine le contenu de la formation requise pour pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse ; cet apprentissage est intégré à la formation initiale des sages-femmes. »

Cet amendement a été précédemment défendu.

L'amendement n<sup>o</sup> 843 rectifié, présenté par Mme Keller, M. Kennel, Mmes Troendlé, Canayer, Deseyne et Estrosi Sassone, MM. Doligé, Grosperin et Bouchet, Mme Gruny et M. Vasselle, est ainsi libellé :

Alinéa 6

Rétablir le 2<sup>o</sup> du III dans la rédaction suivante :

2° Au troisième alinéa, après le mot : « prévention », sont insérés les mots : « ainsi que d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse » ;

La parole est à Mme Fabienne Keller.

**Mme Fabienne Keller.** Il s'agit toujours du même sujet. Cet amendement vise à rétablir la mention de l'IVG médicamenteuse parmi les compétences des sages-femmes.

Je n'ai pas évoqué, mais d'autres collègues l'ont fait, les grossesses qui dépassent malheureusement les douze semaines, pour lesquelles les femmes sont amenées à aller à l'étranger. Je me situe donc dans cette logique d'ouverture, sans oublier que de nombreuses sages-femmes assurent déjà des consultations psychosociales dans des centres de planification et dans des centres de PMI. L'accompagnement des femmes dans ce choix d'interrompre leur grossesse, moment douloureux que l'on ne souhaite à personne, fait donc aussi pleinement partie de leur mission.

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

**M. Alain Milon, corapporteur.** Je me suis déjà exprimé tout à l'heure pour dire que la commission avait émis un avis défavorable sur l'ensemble de ces amendements. Elle n'a pas changé d'avis depuis.

Si l'on peut comprendre ce qui vient d'être dit et réclamé, mes chers collègues, je vous rappelle tout de même que le Sénat a maintenu voilà quelques jours la suppression du délai de réflexion qui était prévu avant une IVG.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Dans le droit fil de ce que j'ai dit tout à l'heure, je donne évidemment un avis favorable à l'amendement n<sup>o</sup> 477 rectifié présenté par Mme Riocreux, qui vise à rétablir dans le texte le rôle des sages-femmes dans le cadre des IVG médicamenteuses, de manière cohérente, c'est-à-dire en identifiant à la fois leur rôle, leurs responsabilités et la cotation des actes.

Les amendements n<sup>os</sup> 8 rectifié, 842 rectifié, 6 rectifié bis, 9 rectifié et 10 rectifié tendent, eux, à proposer un rétablissement partiel. Ils ne sont donc pas aussi complets que celui qui a été porté par Mme Riocreux. Je demande donc le retrait de ces amendements au bénéfice de l'amendement n<sup>o</sup> 477 rectifié, faute de quoi je leur serai défavorable.

Enfin, l'amendement n° 843 rectifié présenté par Mme Keller a pour objet de rétablir d'autres dispositions en cohérence avec la démarche proposée de reconnaître la place des sages-femmes. J'y suis donc favorable.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 477 rectifié.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** En conséquence, les amendements identiques n° 8 rectifié et 842 rectifié, ainsi que les amendements n° 6 rectifié *bis* et 9 rectifié n'ont plus d'objet.

Je mets aux voix l'amendement n° 10 rectifié.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 843 rectifié.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 204 rectifié, présenté par MM. Barbier et Mézard, Mmes Laborde et Malherbe et MM. Requier, Arnell, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin et Vall, est ainsi libellé :

Au début de l'alinéa 5

Insérer les mots :

« En dehors des cas de grossesse ou d'accouchement pathologiques,

La parole est à M. Gilbert Barbier.

**M. Gilbert Barbier.** Cet amendement vise à exclure les cas de grossesse et d'accouchement pathologiques de cette possibilité d'intervention des sages-femmes.

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

**M. Alain Milon, corapporteur.** La disposition concernée de l'article 31 permet, en mettant en accord le droit et la pratique, de sécuriser cette dernière. En outre, il est bien prévu que la femme doit être adressée à un médecin dès lors qu'une situation pathologique a été constatée.

La commission demande donc le retrait de cet amendement, faute de quoi elle émettrait un avis défavorable.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Même avis.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 204 rectifié.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 529, présenté par Mme Génisson, M. Daudigny, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Champion et Claireaux, M. Durain, Mmes Emery-Dumas et Féret, MM. Godefroy, Jeansannetas et Labazée, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mme Yonnet et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 9

Après le mot :

peuvent

insérer les mots :

prescrire et

II. – Alinéa 10, première phrase

1° Après les mots :

Elles peuvent

insérer les mots :

prescrire et

2° Remplacer les mots :

le nouveau-né

par les mots :

l'enfant pendant la période postnatale

La parole est à Mme Catherine Génisson.

**Mme Catherine Génisson.** Le sujet est un peu moins grave que celui que nous venons d'aborder, même s'il est très important. En l'occurrence, il s'agit d'élargir la compétence de vaccination des sages-femmes, en leur donnant la possibilité de prescrire la vaccination de l'enfant, et cela dans la période postnatale.

La relation privilégiée que peut avoir une sage-femme avec la parturiente et son entourage doit être favorisée, afin que le sujet de la vaccination puisse être abordé de la meilleure façon possible au moment de cette rencontre particulière et remarquable.

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

**M. Alain Milon, corapporteur.** Comme vient de le dire Catherine Génisson, cet amendement tend à prévoir, d'une part, que les sages-femmes puissent prescrire, et non pas seulement pratiquer, les vaccinations, de la femme, du nouveau-né et des personnes de son entourage, à savoir l'oncle, la tante, le grand-père ou la grand-mère, par exemple ; et, d'autre part, que la possibilité reconnue aux sages-femmes de vacciner l'entourage de l'enfant puisse s'exercer pendant la période postnatale, et non pendant la période au cours de laquelle l'enfant est un nouveau-né.

Sur ces précisions de nature technique, nous sollicitons l'avis du Gouvernement, notamment s'agissant de l'élargissement de compétences opéré en matière de prescription, les sages-femmes disposant déjà d'un droit de prescription défini par voie réglementaire. Quant à la référence à la période postnatale, elle a le mérite de mettre cette rédaction en accord avec les compétences générales des sages-femmes.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Je suis favorable à cette proposition. En effet, la vaccination de la femme et de l'entourage du nouveau-né vise à étendre la protection de l'enfant de 28 jours à deux mois, c'est-à-dire de la période où il est nouveau-né à celle où il devient nourrisson, ce qui couvre la période postnatale.

Je veux rassurer, si besoin est, M. le corapporteur : l'entourage concerné, qui sera défini de façon précise par voie d'arrêté, sera l'entourage stable, régulier et direct, c'est-à-dire que le grand-père qui vient voir son petit-fils une fois par an n'en fera pas partie.

**M. Alain Milon, corapporteur.** S'il vient une fois par an, ce n'est pas un bon grand-père ! *(Sourires.)*

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Exactement, donc il n'aura pas le droit d'être vacciné par la sage-femme. *(Nouveaux sourires.)*

C'est la raison pour laquelle j'émetts un avis favorable sur cet amendement.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 529.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 205 rectifié, présenté par MM. Barbier, Mézard, Arnell, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin, Requier et Vall, est ainsi libellé :

Alinéas 12 et 13

Supprimer ces alinéas.

La parole est à M. Gilbert Barbier.

**M. Gilbert Barbier.** Autant je peux admettre que la surveillance de la femme au moment de l'accouchement soit assurée par la sage-femme, autant je pense que les nouveau-nés atteints d'une pathologie doivent relever du pédiatre, ou tout du moins d'un médecin.

L'article L. 4151-3 du code de la santé publique, qui vise à donner la possibilité aux sages-femmes d'intervenir sur la pathologie du nouveau-né, est, à mon sens, quelque peu dangereux. Je souhaite donc que soient supprimés les alinéas 12 et 13 de l'article 31.

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

**M. Alain Milon, corapporteur.** Selon Gilbert Barbier, la dispensation des soins aux nouveau-nés ayant une pathologie doit relever de la compétence du médecin, plus spécialement de celle du pédiatre. Il s'agit d'une évidence !

La commission a émis un avis défavorable, mais les corapporteurs ont pris, à titre personnel, la position inverse.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** En ce qui me concerne, et par cohérence, j'émet un avis favorable sur l'amendement. Il s'agit d'étendre les compétences des sages-femmes, sans les confondre avec celles des médecins.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 205 rectifié.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 372 rectifié *bis*, présenté par MM. Chasseing, Béchu et Cadic, Mme Deseyne et MM. Détraigne, Fouché, Kennel, Laménie, Médevielle, Morisset, Mouiller, Nougéin, Requier et Bouvard, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

« Les sages-femmes sont autorisées à suivre la grossesse et l'accouchement d'une mineure sans le consentement de ses parents. »

La parole est à M. Daniel Chasseing.

**M. Daniel Chasseing.** Cette nouvelle rédaction a pour but d'autoriser les sages-femmes à suivre la grossesse et l'accouchement d'une mineure sans le consentement des parents. En effet, les sages-femmes sont amenées à voir des mineures, notamment dans le cadre des centres de planning familial, mais elles ne peuvent procéder à aucun examen sans l'autorisation des parents. Or les mineures veulent souvent cacher leur grossesse à ces derniers.

Les grossesses étant déclarées tardivement, la prise en charge est retardée d'autant, ce qui affecte le suivi. Il paraît donc judicieux d'autoriser les sages-femmes à suivre les grossesses des mineures souhaitant accoucher sous X, ou celles des mineures souhaitant garder leur enfant, alors que leurs parents s'y opposent.

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

**M. Alain Milon, corapporteur.** Cet amendement tend à autoriser les sages-femmes à suivre la grossesse et l'accouchement d'une mineure sans le consentement de ses parents.

Dans une telle situation, l'article 2 *bis* du présent projet de loi, que nous avons voté voilà quelques jours, pourrait s'appliquer avec davantage de garanties que l'amendement proposé par M. Chasseing, s'il était voté.

Puisqu'il est satisfait, nous souhaiterions que cet amendement soit retiré, faute de quoi nous y serions défavorables.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Même avis.

**M. le président.** Monsieur Chasseing, l'amendement n° 372 rectifié *bis* est-il maintenu ?

**M. Daniel Chasseing.** Non, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 372 rectifié *bis* est retiré.

Je mets aux voix l'article 31, modifié.

*(L'article 31 est adopté.)*

### Article additionnel après l'article 31

**M. le président.** L'amendement n° 1077, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 31

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le deuxième alinéa de l'article L. 1142 2 du code de la santé publique est complété par deux phrases ainsi rédigées :

« Cette assurance ne peut prévoir d'exclusion de garantie pour la pratique à domicile. Son coût ne peut être déterminé en fonction de la pratique éventuelle à domicile. »

La parole est à Mme Aline Archimbaud.

**Mme Aline Archimbaud.** Les sages-femmes exercent une profession médicale et sont habilitées à assurer, en toute autonomie, la surveillance de la grossesse normale, ou ne présentant pas de risque majeur, du travail et de l'accouchement, ainsi que les soins à la mère et à l'enfant après la naissance. Pour ces grossesses considérées comme normales, les sages-femmes libérales sont aussi habilitées à accompagner les femmes qui souhaitent accoucher à domicile, ce qui nécessite un suivi médical adapté.

Pour ce type d'accouchement, les sages-femmes sont dans l'obligation de souscrire une assurance responsabilité civile. Cependant, avec un salaire brut mensuel d'environ 2 400 euros, elles sont dans l'incapacité financière de s'acquitter de cette assurance obligatoire, dont le tarif prohibitif avoisine les 20 000 euros.

Alors que les gynécologues obstétriciens bénéficient d'une prise en charge partielle de leur assurance par la CPAM, la caisse primaire d'assurance maladie, ce système n'existe pas pour les praticiens de santé non-médecins. Les sages-femmes ne peuvent donc pas répondre favorablement aux demandes des parents souhaitant ce type d'accouchement.

En France, un faible pourcentage des naissances a lieu à domicile, alors que, aux Pays-Bas, par exemple, cette pratique concerne près de 30 % des naissances.

Par cet amendement, je demande donc que l'on réfléchisse à une réévaluation du tarif de l'assurance demandée aux sages-femmes qui souhaitent pratiquer également à domicile.

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

**M. Alain Milon, corapporteur.** Les dispositions de cet amendement, qui n'ont qu'un rapport lointain avec une loi de santé, relèveraient plutôt, selon nous, d'un texte sur les assurances.

En outre, leur formulation générale recouvre l'ensemble des pratiques à domicile et ne vise pas spécifiquement les accouchements à domicile. Dans la mesure où des risques spécifiques et objectifs s'attachent à cette activité, cette proposition pourrait conduire, à rebours de l'intention exprimée par les auteurs de l'amendement, à renchérir le coût de l'ensemble des polices d'assurance des professionnels de santé.

La commission demande donc le retrait de cet amendement, faute de quoi elle émettrait un avis défavorable.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Même avis.

**M. le président.** Madame Archimbaud, l'amendement n° 1077 est-il maintenu ?

**Mme Aline Archimbaud.** Non, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 1077 est retiré.

### Article 31 bis (Non modifié)

- ① Le chapitre III du titre V du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° L'intitulé est ainsi rédigé : « Étudiants en médecine, odontologie, maïeutique et pharmacie » ;
- ③ 2° L'article L. 6153-1 est ainsi rédigé :
- ④ « Art. L. 6153-1. – Les étudiants en santé en formation comprennent :
- ⑤ « 1° Des étudiants en deuxième cycle des études de médecine, odontologie, maïeutique et pharmacie ;
- ⑥ « 2° Des étudiants en troisième cycle des études de médecine, odontologie et pharmacie. » ;
- ⑦ 3° Sont ajoutés des articles L. 6153-2 et L. 6153-3 ainsi rédigés :
- ⑧ « Art. L. 6153-2. – Le régime des étudiants mentionnés au 1° de l'article L. 6153-1 est déterminé par voie réglementaire.
- ⑨ « Art. L. 6153-3. – Le régime des étudiants mentionnés au 2° de l'article L. 6153-1 est déterminé par voie réglementaire. »

**M. le président.** La parole est à M. Dominique Watrin, sur l'article.

**M. Dominique Watrin.** Je saisis l'occasion de l'examen de cet article 31 bis pour insister sur la nécessité d'être plus ambitieux.

Notre pays souffre d'une grande disparité territoriale en matière d'accès aux soins. Ainsi, le manque de médecins généralistes et spécialistes est criant dans certains territoires, par exemple en zone rurale ou périurbaine ou en montagne.

À ce titre, il nous semble important d'agir sur deux leviers : le *numerus clausus*, d'une part, et la liberté d'installation, d'autre part.

Nous posons donc la question du nombre de médecins formés par notre système universitaire. Nous ne comprenons pas pourquoi le *numerus clausus* est maintenu, alors que nous

avons un réel besoin de remplacer les médecins qui partent en retraite. Certes, ce besoin est, pour l'instant, comblé à hauteur de 25 % par des médecins venus de l'étranger, alors même que nombre de jeunes étudiants français souhaitent devenir médecins.

Au lieu de leur ouvrir les portes de ce métier, voire de faciliter son accès aux jeunes des milieux populaires par des accompagnements spécifiques, on les oblige, avec le *numerus clausus*, à partir étudier à l'étranger, en Belgique et désormais en Roumanie, pour espérer pouvoir exercer, ensuite, dans notre pays.

En outre, il nous semble qu'il serait bon de s'interroger à nouveau sur le principe de la liberté totale d'installation des médecins libéraux. Au-delà des incitations que vous avez mises en œuvre, madame la ministre, il conviendrait, selon nous, de recourir à des mesures plus coercitives, nécessaires au regard de la situation dans les territoires sous-dotés, à l'instar de ce qui existe dans d'autres professions.

Il nous semble important que ces questions primordiales soient abordées lors de l'examen d'une loi censée moderniser le système de santé.

**M. le président.** La parole est à M. Daniel Chasseing, sur l'article.

**M. Daniel Chasseing.** Je souscris en grande partie aux propos tenus à l'instant par mon collègue. L'évolution démographique de la France, en particulier le départ en retraite des médecins issus du *baby-boom*, va susciter une très importante pénurie de médecins, surtout dans les territoires ruraux, voire dans certaines petites villes. Je rappelle que, en 2020, la France aura perdu 10 % de ses médecins et gagné 10 % de population.

De surcroît, l'évolution de la pratique de la profession médicale a conduit à la création de nombreux nouveaux postes de médecins dans les services d'urgences et dans les EHPAD, autant de postes qui ont la préférence des jeunes médecins, séduits par les horaires réguliers et le travail en structure.

De plus, les jeunes médecins souhaitent se consacrer davantage à la vie familiale, ce qui est parfois difficile en exercice libéral, notamment en milieu rural.

Au terme de cette évolution, un quart des médecins ont plus de soixante ans, quelque 15 000 cumulent emploi et retraite et un quart des jeunes médecins ne s'installe pas. Si le *numerus clausus* n'est pas revu à la hausse, le nombre des médecins va diminuer de 10 % en 2019 et ne reviendra pas au niveau actuel avant 2035, alors que la population française va s'accroître de 10 %.

Il est aujourd'hui indispensable d'anticiper les prévisions sur les déserts médicaux. Nous pouvons le faire en augmentant le nombre de jeunes médecins dans les universités et en insérant des dispositifs d'incitation encore plus forts à l'installation dans les territoires insuffisamment dotés de médecins.

Il est évident que de jeunes candidats à la médecine ne peuvent pas dépasser la première année faute d'obtenir une note supérieure à 13 ou 14. Dans le même temps, des étudiants venus de Roumanie ou du Maghreb sont reçus sans avoir dépassé la note moyenne de 10. Je demande donc un élargissement du *numerus clausus*.

**M. le président.** La parole est à M. Gilbert Barbier, sur l'article.

**M. Gilbert Barbier.** D'un extrême à l'autre de l'hémicycle, on le voit bien, un problème est posé. Je ne veux pas laisser sans expression les travées centrales du Sénat sur ce sujet. *(Sourires.)*

Il faut en effet absolument revoir ce problème du *numerus clausus*. Je ne sais pas, monsieur Watrin, s'il faut le supprimer totalement; peut-être n'avons-nous pas la capacité de former un nombre illimité de médecins. Ce dont je suis tout à fait certain, c'est qu'il faut l'élargir, comme cela a été fait depuis déjà plusieurs années, mais probablement d'une manière insuffisante.

Sans allonger excessivement les débats, je voudrais dire que les modalités d'exercice de la médecine ont considérablement évolué au fil des générations. Les jeunes médecins souhaitent fonctionner sur un mode différent de celui que pratiquaient les plus anciens, qui travaillaient 365 jours par an et 24 heures sur 24. Parce que le monde n'est plus le même, il faut absolument ouvrir ce *numerus clausus* dans des proportions qui restent à définir. Je demande à Mme le ministre de bien vouloir nous donner sa vision sur cette affaire.

Le problème est très urgent, car, en dehors des zones rurales, le milieu urbain est également touché. J'en ai un exemple: dans ce qui fut une ZUP de ma ville, il existait un cabinet de trois médecins. Maintenant, il est fermé. Dans les zones en difficulté, en région parisienne, c'est un véritable problème.

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 31 *bis*.

*(L'article 31 bis est adopté.)*

#### Article additionnel après l'article 31 *bis*

**M. le président.** L'amendement n° 163 rectifié, présenté par MM. Barbier et Mézard, Mme Laborde et MM. Requier, Arnell, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin et Vall, est ainsi libellé:

Après l'article 31 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé:

Après le 8° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique, il est inséré un 9° ainsi rédigé:

« 9° Peuvent, dans le cadre des coopérations prévues par l'article L. 4011-1, recueillir les prélèvements mentionnés à l'article L. 6211-14 en vue de leur transmission à un laboratoire de biologie médicale. »

La parole est à M. Gilbert Barbier.

**M. Gilbert Barbier.** Je regrette que, au mois de juillet dernier, la commission n'ait pas retenu cet amendement, dont la discussion me donne l'occasion d'évoquer un problème largement rencontré en milieu rural.

Je veux parler des prélèvements réalisés par les patients – prélèvements d'urine, par exemple –, qui les déposent encore aujourd'hui dans les pharmacies, comme cela se fait de tout temps. Ces prélèvements, les patients doivent les apporter au laboratoire.

On le sait, les laboratoires d'analyses médicales se raréfient et se regroupent. Nous proposons de reconnaître officiellement, aux officines qui le souhaitent et qui sont suffisamment équipées en réfrigérateurs, la possibilité de recueillir ces prélèvements, le pharmacien se chargeant éventuellement de les accompagner par un système de rotation à partir du laboratoire.

Les pharmaciens ruraux se trouvent aujourd'hui dans une situation d'illégalité. Je souhaiterais l'adoption de cet amendement, qui vise à résoudre un problème pratique, vécu au quotidien par les patients et les pharmaciens, les uns et les autres en difficulté.

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

**M. Alain Milon, corapporteur.** Cet amendement, comme tous les autres, a été étudié avec beaucoup d'attention par la commission des affaires sociales, où nous avons la chance de compter non seulement des médecins, mais aussi des pharmaciens!

Il nous paraît satisfait par le droit actuel, qui prévoit la possibilité pour une officine de recueillir les prélèvements dans le cadre d'une convention signée avec un laboratoire de biologie médicale.

Je demande donc le retrait de cet amendement. À défaut, l'avis serait défavorable.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Même avis.

**M. le président.** Monsieur Barbier, l'amendement n° 163 rectifié est-il maintenu?

**M. Gilbert Barbier.** Oui, je le maintiens, monsieur le président.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 163 rectifié.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

#### Article 32

*(Suppression maintenue)*

**M. le président.** L'amendement n° 559 rectifié *bis*, présenté par MM. Houpert, Saugey, Bonhomme, Karoutchi, Joyandet, Lefèvre, Charon, Guerriau et Cambon, est ainsi libellé:

Rétablir cet article dans la rédaction suivante:

I. – Le 1° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique est ainsi rédigé:

« 1° Contribuent aux soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 notamment à la mise en œuvre de la politique vaccinale, dans le cadre défini à l'article L. 5125-1-1 B. »

II. – Après l'article L. 5125-1-1 A, il est inséré un article L. 5125-1-1 B ainsi rédigé:

« Art. L. 5125-1-1 B. – Les pharmaciens d'officine peuvent pratiquer les vaccinations dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé après avis du Haut Conseil de la santé publique. Un décret en Conseil d'État fixe notamment les titres ou formations requis pour pratiquer ces vaccinations, les conditions techniques dans lesquelles elles doivent être réalisées et les modalités selon lesquelles le pharmacien transmet au médecin traitant de la personne vaccinée les informations relatives à ces vaccinations, et le cas échéant les insèrent à son dossier médical partiel. »

La parole est à M. Alain Houpert.

**M. Alain Houpert.** Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, sénateur je suis, médecin je reste! *(Sourires.)*

**Mme Nicole Bricq.** Un de plus!

**M. Alain Houpert.** J'interviens pour soutenir le Gouvernement, qui avait voulu intégrer dans la loi cet article 32, supprimé par les deux commissions des affaires sociales des deux assemblées.

En effet, en tant que médecin, en tant que patient, en tant qu'acteur du monde rural, je constate que la vaccination se dégrade, ce que confirme l'Institut de veille sanitaire. Nous célébrons cette année le 130<sup>e</sup> anniversaire de la première vaccination antirabique. Élus de la région Bourgogne-Franche-Comté, Gilbert Barbier et moi-même sommes des enfants de Pasteur !

Nous constatons une stagnation des ventes de vaccins : contre la rubéole, contre la rougeole, contre les oreillons, contre l'hépatite B, contre le papillomavirus pour les adolescentes et contre la grippe. Aujourd'hui, le vaccin a un parcours très compliqué. Il faut, tout d'abord, une prescription faite par un médecin. Il faut, ensuite, une délivrance faite par un pharmacien. Et il faut, enfin, une vaccination faite par un médecin. Quelle perte de temps, en particulier en milieu rural !

Je vais vous donner l'exemple de ma mère, qui vient d'avoir 89 ans. Elle habite dans un secteur où la densité de population est de quatre habitants au kilomètre carré. Elle est obligée de réaliser un véritable parcours du combattant pour aller chercher sa prescription et se faire vacciner.

Nous nous plaignons régulièrement de la disparité territoriale des professionnels de santé. Il est vrai qu'il y a une répartition inégale des médecins sur le territoire, mais, grâce au *numerus clausus*, il existe une belle répartition et un bon maillage territorial des pharmaciens sur le territoire.

En tant que médecin, je plaide pour que les pharmaciens puissent accéder à la vaccination des patients et des citoyens français, quel que soit le lieu où ils habitent sur le territoire français.

**M. le président.** Merci, docteur ! (*Sourires.*)

Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Milon, corapporteur.** Plusieurs éléments qui avaient été avancés lors du débat à l'Assemblée nationale nous ont conduits à maintenir la suppression de cet article en commission.

Je vais les rappeler brièvement : le manque de formation et de compétences spécifiques dont disposent à l'heure actuelle les pharmaciens en matière vaccinale, alors que la vaccination constitue tout de même encore un acte médical non anodin et qui ne saurait être banalisé, le manque d'éléments permettant d'affirmer que cet élargissement de compétences aurait un quelconque effet sur la couverture vaccinale.

La priorité en matière de vaccination, avant d'étendre cette compétence à des professionnels non médicaux, devrait plutôt être de restaurer la confiance des Français, dont l'effondrement, notamment lié à la controverse sur la vaccination contre la grippe H1N1, est tout à fait problématique.

La commission souhaite donc le retrait de cet amendement. Sinon, l'avis serait défavorable, à l'instar de celui qu'a émis la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Une disposition similaire avait été retirée du projet de loi par le Gouvernement avant la présentation du texte à l'Assemblée nationale.

Je vais dire les choses très simplement. Je pense que cette démarche est innovante et qu'il faut l'explorer. Toutefois, aujourd'hui, les esprits ne sont pas mûrs. Je l'ai vu, je l'ai constaté, je l'ai entendu.

C'est la raison pour laquelle j'ai montré que j'étais aussi capable de trouver des points d'équilibre. On peut imaginer d'ailleurs d'autres mesures, qui viendraient s'ajouter à celle-là. Après tout, les médecins disent eux-mêmes qu'ils souhaiteraient avoir dans leur réfrigérateur quelques doses de vaccins pour pouvoir vacciner plus rapidement. Cela fait partie des idées pour lesquelles les esprits ne sont pas davantage mûrs, pour des raisons diamétralement opposées.

J'ai demandé à une députée, Mme Sandrine Hurel, de réfléchir à tout cela et de formuler des propositions. À partir de là, un débat s'engagera. À ce stade, il ne me paraît pas opportun de modifier le texte de la loi.

J'émet donc, au nom du Gouvernement, un avis défavorable.

**M. le président.** Monsieur Houpert, l'amendement n° 559 rectifié *bis* est-il maintenu ?

**M. Alain Houpert.** Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, mes chers confrères (*Sourires.*), soyons innovants ! Soyons mûrs ! Nous n'aurons pas tort en ayant raison trop tôt.

Nos territoires ont besoin de réactivité, surtout à l'égard de la vaccination, qui recule. Bien que nous soyons au XXI<sup>e</sup> siècle, dans un monde moderne, nous sommes inégaux devant celle-ci.

Pour ce qui concerne la formation à la vaccination, je rappelle que les pharmaciens sont docteurs en pharmacie et que l'on apprend dès la première année de médecine à traverser la barrière cutanée. C'est un geste d'une simplicité légendaire. (*Mme Catherine Deroche, corapporteur, le confirme.*) Soyons donc innovants et faisons tomber la barrière qui existe entre le pharmacien et le médecin.

Pour ma part, j'ai confiance en mon pharmacien. Ce dernier a confiance dans le médecin et le respecte. Dès lors, tâchons – nous, médecins – de respecter le pharmacien !

Je maintiens donc mon amendement, monsieur le président.

**M. le président.** La parole est à Mme Fabienne Keller, pour explication de vote.

**Mme Fabienne Keller.** Je veux défendre cet amendement aux côtés de mon collègue Alain Houpert et en profiter, madame la ministre, pour revenir sur le sujet de la vaccination, puisque vous avez ouvert ce débat.

Permettez-moi, à cet égard, de vous faire part d'une expérience locale : une ville du Haut-Rhin a connu une recrudescence de rougeole, venue d'un établissement scolaire où la plupart des parents d'élèves s'étaient convaincus mutuellement que la vaccination n'était pas utile. Il est vrai que la rougeole est une maladie en général plutôt bénigne, mais elle peut, dans certains cas, entraîner des complications. Or c'est une pathologie contre laquelle on se vaccine très facilement. Il en va de même de la coqueluche et d'un certain nombre d'autres maladies.

Madame la ministre, la vaccination est un sujet de travail dans notre pays, car elle n'a pas bonne presse. Pour ma part, je suis convaincue que les agences en charge de l'information sur la santé devraient plus souvent répondre à un certain

nombre d'informations erronées qui circulent en boucle sur les sites internet et donnent même lieu parfois à des pétitions.

Les débats sur la vaccination sont passionnels, parce qu'ils touchent à la vie, mais, à cette passion, il faut répondre par des faits. Si l'on recommande la vaccination, c'est parce que l'on sait bien que la protection apportée par le vaccin est plus importante que le risque associé à ce vaccin.

Vous savez, madame la ministre, que l'OMS considère la France comme un pays à risque, puisqu'elle fait tache sur la carte de l'Europe par la faiblesse de la couverture vaccinale. Dès lors, il nous faut restaurer la confiance et, de ce point de vue, les dispositions de cet amendement vont, me semble-t-il, dans le bon sens.

Je crois que nous sommes tous convaincus que les pharmaciens sont des professionnels correctement formés. Ils sont tout à fait en mesure de juger si le vaccin peut ou non être réalisé et de décider de renvoyer le patient vers son médecin s'ils ne disposent pas de tous les éléments d'information nécessaires.

En permettant la vaccination au sein des officines, on faciliterait l'accès à un acte qui, jusqu'à présent, nécessite trois visites – une chez le médecin, une chez le pharmacien, puis une autre chez le médecin. On se doterait ainsi d'un outil qui permettrait une meilleure diffusion vaccinale.

Ce grand débat ne sera pas clos ici ce soir. La mission qui a été confiée à Mme Hurel nous permettra d'y revenir. Toutefois, le vote de cet amendement serait concrètement l'occasion de créer un réseau de professionnels au contact de nos concitoyens pour rationaliser et banaliser le débat sur la vaccination, mais aussi pour mieux informer sur cette question, qui est aujourd'hui un point faible de notre politique de santé publique.

**M. le président.** La parole est à Mme Corinne Imbert, pour explication de vote.

**Mme Corinne Imbert.** Tout d'abord, je veux remercier nos collègues pour tout le bien qu'ils ont dit de la profession de pharmacien. Il est vrai que la loi de répartition, en vertu de laquelle chaque Français doit pouvoir accéder à une officine en un quart d'heure, confie aux pharmacies un rôle tout à fait intéressant en matière d'aménagement du territoire.

Néanmoins, je ne suis pas favorable à cet amendement, car les pharmaciens, en dépit de la confiance que peuvent leur accorder les patients des médecins, n'ont pas été formés à l'acte de la vaccination.

En revanche, je pense que les pharmaciens ont toute leur place pour rappeler à nos concitoyens l'importance de la vaccination. Nous le faisons déjà très couramment à propos de la vaccination contre le tétanos, et je pense que nous devrions insister davantage sur l'importance des autres vaccins. Si nous répondons d'ores et déjà aux questions que nos patients se posent à ce sujet, nous devrions développer encore l'information au sein de nos officines.

Je partage le constat que la vaccination est moins développée qu'auparavant. Elle l'est en raison de réticences à l'égard de cette pratique, liées notamment à la polémique qui a entouré la vaccination contre l'hépatite B et d'autres pathologies. C'est pourquoi je pense que nous avons un véritable devoir, celui de rassurer les patients et de faire la promotion de la vaccination.

Pour autant, je ne crois pas qu'il faille aller jusqu'à confier la réalisation du vaccin aux pharmaciens. Les infirmières aussi peuvent très bien vacciner ! À chacun son métier.

**M. le président.** La parole est à M. Georges Labazée, pour explication de vote.

**M. Georges Labazée.** Je veux rappeler que le Sénat, depuis un certain nombre d'années, en particulier ces deux ou trois dernières années, s'est saisi à fond de ce dossier, que nous avons produit un rapport qui a été examiné et validé par la commission des affaires sociales, que nous avons obtenu l'organisation, dans cet hémicycle, d'un débat sur la politique vaccinale de la France et soutenu les démarches du Gouvernement à l'occasion de différentes manifestations sur les politiques de vaccination.

Aussi, notre débat de ce soir est davantage l'aboutissement de ce travail qu'une demande nouvelle que nous adresserions au Gouvernement.

Pour ce qui me concerne, je ne suis pas favorable à l'amendement présenté par M. Houpert.

À l'occasion de l'examen des premiers articles de ce projet de loi de santé, nous avons déjà abordé la place du médecin du travail dans le cadre des politiques vaccinales. Nous avons alors suivi M. le président de la commission et Mme la ministre : les médecins du travail ont une importante mission d'information à jouer sur la place des vaccinations, mais on ne doit pas les inciter à être prescripteurs en la matière. En cela, nous sommes restés fidèles à l'opposition que nous avons exprimée voilà un certain nombre d'années.

Je pense qu'il faut en rester là. En effet, s'il est tout à fait nécessaire de faire de la pédagogie sur ces questions et de combattre ce qui se passe sur internet, nous ne devons pas, au prétexte que « qui peut le plus peut le moins », élargir sans cesse le champ des acteurs autorisés à vacciner.

En réalité, ce qui pose problème, c'est la vision de la vaccination que nous avons. Ce ne sont pas les acteurs, médecins ou infirmiers, qui font très bien leur travail.

**M. le président.** La parole est à M. Daniel Chasseing, pour explication de vote.

**M. Daniel Chasseing.** Je suis moi aussi médecin et je pense, comme ma collègue pharmacienne, qu'il faut que la vaccination reste l'apanage du médecin, même si les pharmaciens doivent, à l'instar des médecins, inciter toute la population à se faire vacciner.

À mon avis, ce n'est pas parce que les pharmaciens réaliseront des vaccins que la population se fera davantage vacciner. Ce qu'il faut, c'est démystifier la vaccination et intervenir chaque fois que les parents nous disent avoir lu sur internet que tel ou tel vaccin – le vaccin contre la rougeole, le Gardasil... – entraîne des effets secondaires graves.

Le problème est celui-là. Si les médecins ne sont pas assez nombreux, leur nombre suffit tout de même à vacciner la population. Il faut absolument contrecarrer ce qui est dit ici ou là.

**M. le président.** La parole est à Mme Catherine Deroche, corapporteur.

**Mme Catherine Deroche, corapporteur de la commission des affaires sociales.** Ainsi que Daniel Chasseing l'a bien exprimé, le problème de la vaccination présente deux aspects.

Le problème est d'abord pratique : il faut trouver un professionnel qui puisse vacciner la population en cas de besoin dans des zones où les médecins seraient en nombre insuffisant.

Pour ma part, je partage les propos tenus tout à l'heure par Corinne Imbert et Mme la ministre : les choses ne sont pas assez mûres pour que nous permettions aux pharmaciens de réaliser des vaccins eux-mêmes. Toutefois, dans un second temps, quand nous connaissons les conclusions de la mission sur la vaccination qui a été confiée à Mme Hurel et si les professionnels se mettent d'accord, il pourrait être intéressant d'envisager des expérimentations, pour examiner si cette possibilité bénéficie réellement au taux de couverture vaccinal. Nous n'en sommes pas là pour le moment.

La vaccination pose un autre problème : les réticences de certaines familles à faire vacciner leurs enfants, réticences alimentées notamment par la presse ou par internet. Élargir le champ des professionnels autorisés à vacciner ne résoudra en rien ce problème.

Aussi, pour ma part, je ne voterai pas cet amendement.

**M. le président.** La parole est à Mme Catherine Génisson, pour explication de vote.

**Mme Catherine Génisson.** Mes chers collègues, il ne faudrait pas que ce débat devienne corporatiste, entre professionnels de santé. Je vous rappelle que, dans cet hémicycle, nous sommes législateurs !

Je suis d'accord avec Mme la corapporteur : le sujet de la prescription et de l'exécution du vaccin est presque connexe par rapport au problème de l'adhésion de nos concitoyens aux principes de la vaccination.

J'estime que nous devons traiter ce sujet à part entière, globalement, en évoquant toutes les questions qui se posent. À cet égard, lutter contre l'appréhension négative que nos concitoyens ont de la vaccination doit être sans doute la première de nos priorités.

**M. le président.** La parole est à M. Gérard Roche, pour explication de vote.

**M. Gérard Roche.** Je ne referai pas le débat sur la vaccination : nous sommes tous d'accord pour dire que celle-ci est nécessaire pour la santé publique et qu'il faut absolument rétablir son niveau.

Je veux simplement ajouter que la baisse de la vaccination s'explique non seulement par l'opposition de certaines personnes – j'anticipe le débat que nous aurons dans un instant sur les adjuvants –, mais aussi par un autre facteur, que la mission en cours devra prendre en compte : la négligence de la population. On ne se vaccine plus parce que l'on considère que ces maladies sont éradiquées !

Madame la ministre, je vous invite à ne pas oublier ce facteur, qui est très important et contre lequel il faut lutter.

Au reste, il est peut-être plus facile de lutter contre la négligence que contre la réticence. Dans cette lutte, de nombreuses méthodes sont envisageables, et les pharmaciens pourraient avoir un rôle à jouer. Toutefois, c'est un autre débat.

**M. Jean-Baptiste Lemoyne.** Il y a aussi la question de l'approvisionnement !

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 559 rectifié *bis*.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** En conséquence, l'article 32 demeure supprimé.

### Articles additionnels après l'article 32

**M. le président.** L'amendement n° 778, présenté par Mmes Cohen et Archimbaud et M. Labazée, est ainsi libellé :

Après l'article 32

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 3111-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Un moratoire est appliqué sur la fabrication et la distribution des vaccins obligatoires pour les enfants entrant en collectivité, lorsqu'ils contiennent des sels d'aluminium comme adjuvants. »

La parole est à Mme Laurence Cohen.

**Mme Laurence Cohen.** Ce n'est pas la première fois que nous abordons, au sein de cet hémicycle, la question des sels aluminiques utilisés en tant qu'adjuvants dans les vaccins.

Comme vous le remarquez, mes chers collègues, cet amendement est cosigné, au-delà de nos appartenances politiques, par M. Labazée, Mme Archimbaud et moi-même.

De nombreux travaux scientifiques français et internationaux, ceux des professeurs Gherardi, Exley, Shaw et Authier, ont démontré les effets néfastes sur l'organisme de l'aluminium lors d'une injection vaccinale. Leurs résultats sont confirmés et validés par le professeur Shoenfeld, qui est certainement le plus grand spécialiste au monde dans le domaine des maladies auto-immunes.

Il est prouvé que l'aluminium est un produit toxique, qui migre vers le cerveau. Des liens de causalité ont été mis en évidence entre l'aluminium et le déclenchement de pathologies lourdes, handicapantes et irréversibles. Je pense à la myofasciite à macrophages, maladie dont souffrent de nombreuses personnes en France.

L'état des connaissances permet d'affirmer aujourd'hui que l'aluminium perdure de nombreux mois au site d'injection vaccinale. Simultanément, il migre dans l'organisme plus ou moins rapidement selon trois critères : le site d'injection, le profil génétique et la dose.

Cette question de santé publique est sensible, car elle implique de reconnaître un potentiel scandale sanitaire et, qui plus est, une éventuelle responsabilité des laboratoires pharmaceutiques, qui continuent de fabriquer des vaccins avec sels d'aluminium. Je rappelle, en effet, que Sanofi a fait le choix de retirer du marché son vaccin DT-Polio, sans sels d'aluminium, sous des prétextes plus que discutables.

Madame la ministre, vous vous étiez engagée en 2012, pendant la campagne présidentielle, à remettre sur le marché des vaccins sans aluminium. Vous dites aujourd'hui qu'il faut encore que la recherche avance sur cette question et que l'on dispose de plus de preuves.

C'est la raison pour laquelle nous proposons, par cet amendement et au nom du principe de précaution, auquel nous ne pouvons déroger, de mettre en place un moratoire sur la fabrication des vaccins obligatoires contenant des sels d'aluminium. Nous visons spécifiquement les vaccins destinés aux enfants. Le pendant de ce moratoire est bien évidemment que les laboratoires et les industriels fournissent des vaccins obligatoires sans sels d'aluminium.

Les faits sont graves. Il est plus que temps de prendre une décision à même de restaurer la confiance de la population en la vaccination. Et je le redis, les associations de malades qui se



battent, dont l'association E3M, Entraide aux malades de myofasciite à macrophages, ne sont en rien des anti-vaccinaux.

Je tiens par ailleurs à votre disposition, mes chers collègues, les premiers résultats des travaux des professeurs Gherardi et Authier de l'Unité INSERM de l'hôpital Henri-Mondor de Créteil, en cours de publication. Les résultats probants de ces recherches, financées par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, l'ANSM, nous incitent à réagir enfin, au nom du principe de précaution.

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

**M. Alain Milon, corapporteur.** Je rappelle à notre collègue que, à l'heure actuelle, des controverses existent toujours sur l'effet de l'aluminium comme adjuvant dans les vaccins et qu'aucune étude n'a permis, à ma connaissance, de trancher définitivement cette question.

Des recherches sont toujours en cours, notamment dans le cadre d'une étude spécifique conduite par l'ANSM.

En tout état de cause, la mise en place d'une telle mesure serait particulièrement dommageable dans un contexte de méfiance croissante envers la vaccination – on l'a relevé sur toutes les travées –, et alors que certaines maladies que l'on croyait oubliées ressurgissent aujourd'hui, telle la rougeole, que Mme Keller a évoquée voilà quelques instants. De grâce, n'alarmons pas la population, alors que le rapport bénéfico-risque de la vaccination reste largement positif.

Pour toutes ces raisons, la commission émet un avis défavorable sur cet amendement.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Je ne vais pas rouvrir ou poursuivre un débat que nous avons commencé dès l'examen des premiers articles de ce projet de loi. Je veux toutefois rappeler que j'ai demandé à l'ANSM une étude sur l'impact des adjuvants aluminiques dont les résultats sont attendus en 2017.

Je suis au regret de vous contredire, madame la sénatrice : à ce stade, nous ne disposons d'aucun élément intermédiaire nous incitant à faire preuve d'une vigilance particulière. La seule étude commandée est celle que nous attendons pour 2017. À ce jour, il n'existe aucun rapport intermédiaire, aucun élément de nature à inquiéter, à impressionner.

Vous dites vouloir rassurer et favoriser une adhésion plus large à la vaccination. Or exciper d'études qui ne sont pas publiées ni même engagées n'est pas de nature à rassurer, mais bien plutôt à inquiéter, même si je sais pertinemment que telle n'est pas votre intention.

Aucune étude scientifique ne permet aujourd'hui d'étayer les inquiétudes que vous relayez. Attendons les résultats de l'étude précise que j'ai demandée. D'ici à 2017, il ne me paraît ni utile ni opportun de procéder à un quelconque moratoire.

J'émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

**M. le président.** La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

**Mme Laurence Cohen.** Je suis extrêmement étonnée des arguments qui nous sont opposés. Je pense qu'un débat renseigné vaut mieux que des rumeurs, qui sont toujours susceptibles d'inquiéter.

Comment prétendre que nous ne disposons d'aucune étude, alors que j'ai mentionné notamment, à l'appui de ma demande de moratoire, les travaux du professeur Gherardi menés sur des souris et en partie subventionnés.

Les résultats de son étude ont été rendus publics et présentés lors de différents colloques. Ils démontrent la migration de l'aluminium dans le cerveau et ses effets sur les souris. Il ne s'agit aucunement d'ouï-dire ou de rumeurs.

Sans être scientifique – je suis parlementaire, comme le plus grand nombre d'entre nous ce soir –, je suis sensible aux travaux qui ont été menés. On m'a alertée et j'ai pu constater par moi-même que la myofasciite à macrophages est une maladie extrêmement invalidante, dont le diagnostic est difficile. Il est donc nécessaire de poursuivre les recherches et, en attendant d'en savoir davantage, de suspendre le recours à des vaccins dont les adjuvants peuvent se révéler toxiques pour un certain nombre de patients.

Or on nous dit systématiquement que ce n'est pas le bon moment, qu'il faut attendre 2017 et la conclusion des travaux commandés. Ce faisant, c'est plutôt vous qui êtes en train d'inquiéter et non de rassurer.

Les laboratoires, qui sont tout-puissants dans ce pays, ont décidé de retirer les vaccins sans adjuvants aluminiques. Et eux, vous les écoutez ! Vous écoutez les laboratoires et vous nous demandez d'attendre encore deux ou trois ans, quitte à considérer de grands professeurs, en France, en Europe et dans le monde, comme de simples amateurs. C'est cette attitude-là qui entraîne des préventions vis-à-vis de la vaccination !

Un moratoire n'a rien d'irréversible. Il s'agit de nous donner du temps et de montrer que nous tenons compte des patients qui souffrent aujourd'hui terriblement du fait de ces adjuvants aluminiques.

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

**M. Jean-Claude Lenoir.** Madame la ministre, j'approuve entièrement vos propos. Je ne souhaite pas que l'on oppose de manière systématique, dans cette assemblée, des avis scientifiques à d'autres avis scientifiques. (*Exclamations sur les travées du groupe CRC.*) Finalement, on fait peur à tout le monde !

Certes, on peut toujours citer une personne autorisée qui aurait soutenu une thèse. Cependant, tous les scientifiques, tous les chercheurs sont-ils d'accord ? Non !

**Mme Laurence Cohen.** Justement !

**M. Jean-Claude Lenoir.** Vous entretenez, par ce genre d'initiative, l'idée qu'il faut se méfier de tout, de tous les remèdes, de tous les vaccins. Face à de tels arguments, Pasteur aurait eu les plus grandes difficultés à faire accepter son vaccin contre la rage.

Comme l'a dit Mme la ministre, attendons sereinement les résultats des travaux menés. De toute façon, la communauté scientifique ne sera jamais d'accord sur les conclusions à en tirer : il se trouvera toujours quelqu'un – après tout, c'est la vie ! – pour contester les avis des autres, fussent-ils ceux du plus grand nombre.

Il serait dommage de relayer dans cet hémicycle des peurs entretenues par une plume autorisée et parfois connue qui avance des thèses contestables. C'est la raison pour laquelle, madame la ministre, il me semble sage de suivre votre avis.

**Mme Laurence Cohen.** C'est Sanofi qui va être content !

**M. le président.** La parole est à M. Gérard Roche, pour explication de vote.

**M. Gérard Roche.** Je sais combien notre collègue Laurence Cohen tient à ce dossier, qu'elle défend avec fougue et générosité, sans doute pour avoir été confrontée à des gens ayant souffert de myofasciite à macrophages.

L'aluminium a toujours été considéré comme un neurotoxique. On a pu le constater dans toutes les recherches menées sur les maladies neurologiques – inflammatoires ou dégénératives –, notamment sur la maladie d'Alzheimer, assez récemment.

Sans être immunologue, mon expérience personnelle me permet d'affirmer que des maladies auto-immunes sont présentes dans certaines familles. Il peut donc exister une prédisposition génétique à certaines maladies auto-immunes, dont l'émergence peut être provoquée par une réaction à la vaccination.

Toutefois, nous ne disposons d'aucune certitude absolue nous permettant de trancher entre votre théorie et celle d'une maladie génétique qui s'éveillerait à l'occasion d'un désordre immunitaire provoqué par la vaccination. Il nous faut donc rester prudents. En effet, il ne faudrait pas qu'une campagne anti-vaccination, même limitée à l'adjuvant, participe au discrédit de la vaccination.

**M. Jean-Claude Lenoir.** Cette campagne fait des ravages !

**M. Gérard Roche.** Par ailleurs, les anciennes vaccinations que vous prônez n'apportaient pas d'immunité tissulaire. Leur effet était donc beaucoup plus labile et moins pérenne que les vaccins actuels.

Plusieurs thèses s'opposent. Il me semble plus sage d'attendre les résultats des études en cours.

**M. le président.** La parole est à M. Georges Labazée, pour explication de vote.

**M. Georges Labazée.** Je serai bref, car ce débat n'est pas près d'être clos.

Disposer d'un rapport d'étape, rédigé par les équipes de chercheurs que vous avez mandatées, madame la ministre, permettrait peut-être, sinon d'apporter de la sérénité, du moins de montrer que ces équipes, très fortement engagées, sont capables de fournir des résultats tangibles.

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

**M. Gilbert Barbier.** Mon cher collègue, demander un rapport d'étape n'est pas très raisonnable.

Nous devons pouvoir disposer d'une étude suffisamment randomisée, portant sur un certain nombre d'éléments et d'observations pendant un certain temps. On ne peut publier des résultats du jour au lendemain, sur un problème aussi délicat.

A-t-on mesuré les conséquences d'un moratoire sur l'efficacité vaccinale ? Dans tout problème médical, qu'il s'agisse de vaccination ou de prise d'un médicament, se pose la question du rapport bénéfice-risque. Or le risque est grand que l'instauration d'un moratoire, quel que soit le type de vaccination, se révèle beaucoup plus dangereuse que le *statu quo* actuel.

Membre du conseil d'administration de l'ANSM, je sais qu'une étude sérieuse est engagée. Il n'est pas possible de fournir le moindre résultat dans un laps de temps aussi restreint. Votre proposition n'est pas sérieuse, monsieur Labazée ! Il s'agit d'un sujet suffisamment difficile et polémique pour que nous laissions travailler nos agences dans la sérénité.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 778.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 1110, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 32

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le chapitre I<sup>er</sup> du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la troisième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 3111-... ainsi rédigé :

« Art. L. 3111-... – Les producteurs ont pour obligation d'assurer la possibilité de substitution aux vaccins antidiphthérique, antitétanique et antipoliomyélique contenant un adjuvant avec aluminium par des vaccins équivalents contenant un adjuvant sans aluminium. »

La parole est à Mme Aline Archimbaud.

**Mme Aline Archimbaud.** Sur le même sujet que précédemment, il s'agit ici d'instaurer une liberté de choix. Cet amendement a pour objet de rétablir la possibilité, en ce qui concerne les trois valences obligatoires pour inscrire son enfant à l'école – diphtérie, tétanos, poliomyélite –, de choisir un vaccin sans adjuvant aluminique.

Un tel choix était possible jusqu'en 2008, puisque les vaccins DT-Polio Pasteurs et Mérieux sans adjuvant ont donné satisfaction durant plus de quarante ans.

Les vaccins sans aluminium ont néanmoins été retirés de la vente, en raison d'une prétendue recrudescence, discutée et discutable, de cas d'allergies, privant ainsi les patients de leur liberté de choix.

Or cette liberté est d'autant plus essentielle qu'un certain nombre d'études internationales indiquent qu'il y a danger, même si nous ne disposons d'aucune certitude absolue.

Cet amendement est inspiré non pas par le souhait d'une politique anti-vaccinale, mais par le principe de précaution. Un certain nombre de débats très vifs sont d'ores et déjà engagés – je ne citerai pas les revues scientifiques de renom qui font état de doutes importants s'agissant de l'aluminium –, raison pour laquelle je plaide pour l'application de ce principe de précaution.

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

**M. Alain Milon, corapporteur.** Avis défavorable, comme pour l'amendement précédent.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Avis défavorable également, monsieur le président.

**M. le président.** La parole est à Mme Annie David, pour explication de vote.

**Mme Annie David.** Notre groupe votera l'amendement qui vient d'être présenté par notre collègue Aline Archimbaud.

Parce qu'il existe des suspicions concernant ces fameux vaccins sans sels d'aluminium, on les retire de la vente, tandis que les vaccins avec des sels d'aluminium, pour lesquels il existe également des suspicions, continuent d'être proposés aux patients. Je dois l'avouer, je suis étonné ! Je ne suis ni scientifique ni médecin, mes chers collègues, mais je dois reconnaître que la logique d'une telle situation m'échappe.

Tant que l'on n'a pas de certitude concernant les vaccins avec des sels d'aluminium, on les laisse en vente, et on ne laisse d'ailleurs qu'eux. Cependant, on retire les autres, pour lesquels on suspecte des effets allergiques...

Monsieur le corapporteur, madame la ministre, permettez-moi d'avouer ma grande perplexité en la matière. Vous le savez très bien, si nos collègues Laurence Cohen et Georges Labazée s'inquiètent de ces vaccins à base de sels d'aluminium, ce n'est pas pour mener une campagne anti-vaccin. Il ne faudrait pas le laisser penser. Si nous sommes tous très conscients de l'utilité des vaccins, nous connaissons aussi les risques pouvant découler d'une vaccination.

Dans le cas présent, j'avoue que je reste sans voix. D'un côté, il y a des risques, mais cela ne fait rien ; comme le disait tout à l'heure ma collègue Laurence Cohen, Sanofi sera très content. De l'autre, on retire le vaccin du marché. Pourtant, le libre choix devrait prévaloir, puisque la libre concurrence est normalement la règle en France et en Europe, en vertu de laquelle on met bien souvent en concurrence les peuples. Dans le cas présent, elle n'existe pas, puisqu'une seule sorte de vaccin est commercialisée...

Je ne puis vraiment pas vous comprendre ni vous suivre. L'argumentation que vous avez développée s'agissant du précédent amendement se contredit d'elle-même.

Nous voterons donc cet amendement.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1110.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**Article 32 bis**  
*(Non modifié)*

Au premier alinéa de l'article L. 3111-4 du code de la santé publique, après le mot : « exposant », sont insérés les mots : « ou exposant les personnes dont elle est chargée ». – *(Adopté.)*

**Article 32 ter**  
*(Non modifié)*

- ① I. – L'Académie nationale de pharmacie est une personne morale de droit public à statut particulier, placée sous la protection du Président de la République.
- ② Elle a pour mission de répondre, à titre non lucratif, aux demandes du Gouvernement sur toute question concernant la santé publique et de s'occuper de tous les objets d'étude et de recherche qui peuvent contribuer aux progrès de la pharmacie, notamment pour ce qui concerne le médicament, les produits de santé, la biologie et la santé environnementale.
- ③ Ses membres sont élus par leurs pairs. Toutes les fonctions y sont électives.
- ④ II. – L'Académie nationale de pharmacie s'administre librement. Ses décisions entrent en vigueur sans autorisation préalable. Elle bénéficie de l'autonomie financière sous le seul contrôle de la Cour des comptes.
- ⑤ L'administration de l'académie est assurée par un secrétaire perpétuel, un bureau et un conseil d'administration.
- ⑥ L'académie peut recevoir des dons et des legs.
- ⑦ III. – Les statuts de l'Académie nationale de pharmacie sont approuvés par décret en Conseil d'État.

- ⑧ IV. – Au 2° du I de l'article 3 de l'ordonnance n° 2005-649 du 6 juin 2005 relative aux marchés passés par certaines personnes publiques ou privées non soumises au code des marchés publics, les mots : « et l'Académie des sciences morales et politiques » sont remplacés par les mots : « , l'Académie des sciences morales et politiques et l'Académie nationale de pharmacie ». – *(Adopté.)*

**Articles additionnels après l'article 32 ter**

**M. le président.** L'amendement n° 368 rectifié *bis*, présenté par MM. Cigolotti et Médevielle, Mme Deseyne, MM. Delahaye, Lasserre, Namy, Roche, Gabouty et L. Hervé et Mme Gatel, est ainsi libellé :

Après l'article 32 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 4134-1 du code de la santé publique est abrogé.

La parole est à M. Gérard Roche.

**M. Gérard Roche.** La mesure de l'écart pupillaire par les médecins est redondante avec l'activité des opticiens-lunetiers et prend inutilement du temps aux ophtalmologistes. Un opticien fera toujours cette mesure avant d'adapter des lunettes. Cette délégation n'a pas de sens et elle est inefficace en pratique. Tous les porteurs de lunettes ont déjà eu cette mesure et devraient pouvoir la récupérer au cas où ils voudraient aller sur un site internet n'assurant que le montage à distance.

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

**M. Alain Milon, corapporteur.** Cette disposition a été introduite dans le cadre de la loi relative à la consommation de 2014, texte à propos duquel notre commission avait d'ailleurs regretté qu'il contienne des mesures ayant davantage leur place dans une loi de santé. Son objet était de permettre aux assurés d'acheter des lunettes en dehors du réseau des opticiens, notamment sur internet, où elles sont souvent moins chères.

Alors qu'il nous est proposé de revenir sur une telle mesure, le législateur se trouve en quelque sorte face à une aporie. Deux instances indépendantes, dont la qualité des travaux est bien connue, ont en effet émis des recommandations radicalement opposées sur cette question.

La Cour des comptes, tout d'abord, dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2013, notait que « certaines modalités de vente [des équipements optiques] moins coûteuses pour les assurés ne sont guère diffusées en France. L'absence de mention obligatoire sur les ordonnances des ophtalmologues de l'écart pupillaire constitue à cet égard une difficulté souvent évoquée.

« C'est particulièrement le cas pour la vente de lunettes sur internet, qui est plus élevée dans plusieurs pays comparables, sans problème majeur, et en a fait chuter le prix. »

À l'opposé de cette position, la recommandation n° 22 du très récent rapport de l'IGAS, l'Inspection générale des affaires sociales, sur la restructuration de la filière visuelle défend l'abrogation de l'obligation de mentionner l'écart interpupillaire sur l'ordonnance.

Cette recommandation est justifiée de la façon suivante : « Les ophtalmologistes se sont [...] émus de l'obligation qui leur est faite d'indiquer sur l'ordonnance la mesure de l'écart interpupillaire, à la demande des opticiens en ligne. Ils font remarquer à juste titre que cette mesure est chronophage,

qu'elle est réalisée systématiquement par l'opticien-lunetier, qu'elle est inadéquate et qu'elle sert en fait, tout comme le ferait une règle graduée placée sur le front, à l'étalonnage des clichés pris en ligne. »

Dans cette situation, l'amendement n° 1188 rectifié *bis*, présenté par le Gouvernement, tend à proposer une solution de compromis : il s'agirait de ne plus prévoir la mention de l'écart interpupillaire de manière obligatoire, mais seulement en tant que de besoin.

Il me semble que nous pouvons accepter ce compromis. En conséquence, la commission émet un avis défavorable sur cet amendement, auquel nous préférons la solution présentée dans l'amendement n° 1188 rectifié *bis*.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Monsieur le président, tout a été excellemment dit par M. le corapporteur.

On voit bien les raisons pour lesquelles l'obligation de mentionner l'écart pupillaire sur l'ordonnance avait été proposée par le Gouvernement et adoptée par le Parlement. Il est apparu à l'usage ou, en tout cas, à la réflexion lors de la mise en œuvre de cette mesure, qu'elle pouvait avoir des résultats contraires à ceux qui étaient visés.

Quel était son objectif ? Faire en sorte que les patients puissent commander leurs lunettes sur internet ou se rendre chez l'opticien avec une vieille ordonnance, sans avoir besoin de passer de manière systématique par le bureau ou le cabinet de l'ophtalmologiste.

Paradoxalement, si, pour avoir des lunettes d'une manière ou d'une autre, on leur impose d'être en possession d'une mention qui n'est pas inscrite dans leurs anciens papiers, ils devront prendre rendez-vous chez l'ophtalmologiste uniquement pour faire mesurer leur écart pupillaire, alors que, comme cela a été dit, l'opticien est capable de s'en charger. En outre, une fois que cet écart est connu, il ne varie pas.

Nous avons examiné les propositions du rapport de l'IGAS, qui préconise une suppression des dispositions existantes et leur remplacement par un dispositif plus souple, qui, dans un certain nombre de cas, imposerait la mention de l'écart pupillaire et, dans d'autres cas, ne l'imposerait pas.

C'est cette solution de compromis que je vous propose d'adopter au travers de l'amendement n° 1188 rectifié *bis*, que nous examinerons tout à l'heure. C'est donc au profit de cet amendement, dont les dispositions rassemblent, je tiens à le dire, l'ensemble des professionnels, que je vous demande, monsieur le sénateur, de bien vouloir retirer cet amendement. À défaut, je me verrai contrainte d'émettre un avis défavorable.

**M. le président.** Monsieur Roche, l'amendement n° 368 rectifié *bis* est-il maintenu ?

**M. Gérard Roche.** Non, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 368 rectifié *bis* est retiré.

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

L'amendement n° 1187 rectifié *bis*, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Après l'article 32 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

I. – L'article L. 4342-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 4342-1. – La pratique de l'orthoptie comporte la promotion de la santé, la prévention, le bilan orthoptique et le traitement des altérations de la vision fonctionnelle sur les plans moteur, sensoriel et fonctionnel ainsi que l'exploration de la vision.

« L'orthoptiste pratique son art sur prescription médicale ou, dans le cadre notamment du cabinet d'un médecin ophtalmologiste, sous la responsabilité d'un médecin.

« Il dépiste, évalue, rééduque, réadapte et explore les troubles de la vision, du nourrisson à la personne âgée. Il participe à la prévention des risques et incapacités potentiels.

« L'orthoptiste exerce en toute indépendance et pleine responsabilité, conformément aux règles professionnelles prévues à l'article L. 4342-7.

« Dans le cadre des troubles congénitaux ou acquis, l'orthoptiste met en œuvre les techniques et les savoir-faire les plus adaptés à l'évaluation et au traitement orthoptique du patient, et participe à leur coordination. Son intervention contribue notamment au développement et au maintien de l'autonomie et à la qualité de vie du patient.

« Il peut prescrire ou, sauf indication contraire du médecin, renouveler les prescriptions médicales des dispositifs médicaux d'orthoptie, hors verres correcteurs d'amétropie et lentilles de contact oculaire correctrices, dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de l'Académie nationale de médecine.

« L'orthoptiste peut réaliser les séances d'apprentissage à la manipulation et à la pose des lentilles.

« Il peut également concourir à la formation initiale et continue ainsi qu'à la recherche.

« La définition des actes d'orthoptie est précisée par un décret en Conseil d'État, après avis de l'Académie nationale de médecine. »

II. – Au 1° de l'article L. 4342-7, les mots : « En tant que de besoin, » sont supprimés.

III. – Après l'article L. 4344-4, il est inséré un article L. 4344-4-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 4344-4-1. – Exerce illégalement la profession d'orthoptiste toute personne qui pratique l'orthoptie au sens de l'article L. 4342-1 sans être titulaire du certificat de capacité d'orthoptiste ou de l'un des diplômes ou attestations d'études d'orthoptie établis par le ministre chargé de l'éducation antérieurement à la création dudit certificat ou de tout autre titre mentionné à l'article L. 4342-4 exigé pour l'exercice de la profession d'orthoptiste ou sans relever des dispositions de l'article L. 4342-5 ;

« Le présent article ne s'applique pas aux étudiants en orthoptie qui effectuent un stage dans le cadre de l'article L. 4381-1. »

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Je voudrais rappeler en quelques mots le paysage dans lequel nous nous situons.

Les enjeux d'accès aux soins visuels, aujourd'hui bien identifiés, sont souvent évoqués par nos concitoyens, confrontés dans certaines régions à des délais d'attente déraisonnables et dans d'autres à des tarifs très élevés, qui entraînent certaines difficultés.

Le Gouvernement a d'ores et déjà pris un certain nombre de mesures.

Le nombre de postes d'interne en ophtalmologie a d'abord été augmenté ces dernières années : il est passé de 106 en 2010 à 159 en 2015, soit une augmentation de 50 %.

À court terme, il fallait revoir l'organisation de la filière avec le rôle des différents acteurs : ophtalmologistes, orthoptistes et opticiens.

Dès 2012, j'ai souhaité que de nouvelles formes d'organisation se développent. Il s'agit par exemple des expérimentations menées en Pays de la Loire, où un patient, dans un délai de quelques petites semaines, peut bénéficier d'un renouvellement de sa prescription de verres correcteurs, après réalisation d'un bilan visuel par un orthoptiste et d'un diagnostic différé et à distance par l'ophtalmologue. En début d'année, j'ai autorisé le financement de ce dispositif, donc sa généralisation, pour tous les professionnels qui souhaitaient mettre en œuvre cette organisation.

Il convient toutefois d'aller plus loin. Il existe désormais un consensus entre les différents acteurs de la filière pour dégager du temps médical pour les cas les plus complexes.

J'ai missionné en début d'année l'IGAS, qui m'a remis un rapport au cours de l'été. Je souhaite dès à présent en traduire les premières recommandations dans la loi.

Pour faciliter l'accès aux soins et réduire notamment les délais de rendez-vous chez les ophtalmologistes, il faut s'appuyer davantage sur la complémentarité des trois professions de la filière. Je vous propose donc, mesdames, messieurs les sénateurs, dans le cadre de ce texte, deux dispositifs.

L'amendement n° 1187 rectifié *bis* tend à développer le « travail aidé » au sein d'un cabinet, qui conduit à augmenter jusqu'à 35 % le nombre de consultations possibles, grâce à une meilleure répartition des tâches entre le médecin et l'orthoptiste.

Par ailleurs, nous entendons faciliter pour les Français la délivrance des verres et des lentilles, en définissant un cadre plus souple et mieux adapté, qui permet aux opticiens d'adapter l'ordonnance s'agissant d'un renouvellement de verres ou de lentilles.

Une telle possibilité existe depuis 2007, mais elle est encadrée par un délai unique fixé à trois ans, qui ne tient pas compte de l'âge du patient. Or, selon le patient, on peut imaginer que ce délai puisse être porté jusqu'à cinq ans, conformément à la préconisation la plus fréquente.

Tel est donc l'objet de l'amendement n° 1188 rectifié *bis*, qui vise également à introduire la disposition relative à l'organisation de la mesure de l'écart pupillaire.

Ces propositions font l'objet du soutien des différents professionnels concernés. Au-delà des deux amendements que je viens d'évoquer, j'aurai l'occasion de présenter dans les prochaines semaines d'autres dispositions. Dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, des mesures seront destinées à favoriser la présence d'ophtalmologistes dans les territoires sous-denses. Je prendrai également des initiatives pour généraliser le suivi des délais d'accès aux soins visuels au sein de chaque territoire, ce suivi étant réalisé par chaque agence régionale de santé.

Voilà, mesdames, messieurs les sénateurs, ce que je souhaitais vous dire de façon globale. Cette intervention m'évitera de reprendre trop longuement la parole sur les différents amendements.

**M. le président.** Le sous-amendement n° 1224, présenté par M. Cornu, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 245 rectifié *ter*, présenté par M. Cigolotti, Mmes Loisiert, Gourault et Gatel, MM. L. Hervé, Gabouty, Roche, Namy, Lasserre et Delahaye, Mme Deseyne et M. Médevielle, est ainsi libellé :

Après l'article 32 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le second alinéa de l'article L. 4342-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Les orthoptistes pratiquent leur art sur prescription médicale ou dans le cadre notamment du cabinet d'un médecin ophtalmologiste, sous la responsabilité d'un médecin, auquel cas la prescription est réputée tacite dès lors qu'elle est exprimée clairement par le médecin et qu'elle respecte le champ de compétences des orthoptistes. Les orthoptistes sont également habilités à pratiquer certains actes en application d'un protocole écrit, daté et signé par un médecin selon les recommandations de la Haute Autorité de santé ou d'un organisme professionnel habilité par la Haute Autorité de santé. Ce protocole est remis à l'orthoptiste qui en accuse réception par écrit. Les orthoptistes sont autorisés, dans le cadre de l'exercice de leurs compétences, à prescrire pour leurs patients des dispositifs orthoptiques, visuels, des aides visuels ainsi que tout dispositif nécessaire au meilleur soin pour leurs patients sauf en cas d'indication contraire du médecin, après avis de l'Académie nationale de médecine. L'orthoptiste informe le médecin des dispositifs qu'il a prescrits. »

La parole est à M. Gérard Roche.

**M. Gérard Roche.** Je retire cet amendement, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 245 rectifié *ter* est retiré.

Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 1187 rectifié *bis* ?

**M. Alain Milon, corapporteur.** Cet amendement, à l'instar des articles 30 *ter* sur les assistants dentaires, 30 *quinquies* sur les kinésithérapeutes et 30 *sexies* sur les pédicures-podologues, vise à refondre le statut d'une profession d'auxiliaire médical, les orthoptistes.

L'amendement vise deux nouveautés majeures pour la profession d'orthoptiste : d'une part, la possibilité qui leur est donnée – Mme la ministre vient de le dire – de prescrire des dispositifs d'orthoptie, ce qui évite pour le patient des allers-retours peu utiles entre l'orthoptiste et l'ophtalmologiste ; d'autre part, leur implication plus importante dans l'adaptation des lentilles de contact, dont on peut supposer qu'elle se fera le plus souvent en cabinet d'ophtalmologie.

Ces différents aménagements permettront d'économiser du temps médical pour les ophtalmologistes, ce qui s'inscrit dans la ligne des recommandations émises dans le cadre du rapport que nous avons présenté, voilà quelques mois, avec Mme Génisson, sur les coopérations entre professionnels de santé.

La commission ne voit donc pas d'objection à émettre un avis favorable sur cet amendement.

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

**M. Jean-Claude Lenoir.** Madame la ministre, nous avons écouté avec un intérêt particulier la fin de votre intervention, concernant la couverture du territoire par des spécialistes de la vision. Il s'agit de permettre aux personnes souffrant de problèmes en la matière de consulter et d'être équipées de lunettes ou de lentilles de contact.

Vous avez indiqué que l'ARS serait chargée d'établir une sorte de plan territorial garantissant la couverture de tous les territoires. Il serait extrêmement intéressant que vous puissiez nous donner, dans un délai très rapide, le calendrier de mise en place de ce dispositif. En effet, celui-ci est très attendu dans les territoires ruraux, où le parcours qui mène à la consultation d'un ophtalmologiste constitue vraiment un long calvaire.

Bien des personnes, dans un département dont je tairai le nom, mais qui ressemble fort à celui que je représente ici (*Sourires.*), me disent qu'elles doivent, pour s'assurer d'obtenir une consultation, prendre rendez-vous à chaque fois d'une année sur l'autre.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1187 rectifié *bis*.

(*L'amendement est adopté.*)

**M. le président.** En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 32 *ter*.

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

Les deux premiers sont identiques.

L'amendement n° 341 rectifié *bis* est présenté par MM. Cornu, Béchu et Lefèvre, Mmes Des Esgaulx et Deseyne, M. Longuet, Mme Deromedi et MM. Laufoaulu, Saugey, Cambon et César.

L'amendement n° 685 rectifié *ter* est présenté par M. Cigolotti, Mme Gatel et MM. L. Hervé, Gabouty, Roche, Namy, Lasserre, Delahaye et Médevielle.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 32 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 4362-10 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 4362-10.* – Les opticiens-lunetiers peuvent adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales de verres correcteurs et lentilles de contact oculaires correctrices dans des conditions fixées par décret, et sauf opposition du médecin.

« La délivrance de verres correcteurs unifocaux de puissance supérieure à SPH -4.00/+4.00 CYL 2.00, et de verres correcteurs multifocaux, est soumise à une prise de mesures réalisée physiquement sur le porteur.

« L'opticien-lunetier informe la personne appareillée que la détermination de la réfraction pratiquée en vue de l'adaptation ne constitue pas un examen médical.

« Les opticiens-lunetiers sont habilités à réaliser, sur prescription médicale, les séances d'apprentissage à la manipulation et à la pose des lentilles de contact, ainsi que l'acte d'adaptation des lentilles de contact oculaires

correctrices en dehors des cas de prescriptions médicales que l'assurance maladie prend en charge, tels que prévus à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, et dans le respect du guide des bonnes pratiques élaboré par la Haute Autorité de santé.

« Les opticiens-lunetiers participent aux politiques de prévention en matière visuelle et notamment à la réalisation de tests de capacité visuelle nécessaires à l'obtention du permis de conduire. »

La parole est à Mme Jacky Deromedi, pour présenter l'amendement n° 341 rectifié *bis*.

**Mme Jacky Deromedi.** Il est défendu, monsieur le président.

**M. le président.** La parole est à M. Gérard Roche, pour présenter l'amendement n° 685 rectifié *ter*.

**M. Gérard Roche.** Il est également défendu, monsieur le président.

**M. le président.** Les deux amendements suivants sont également identiques.

L'amendement n° 450 rectifié *ter* est présenté par Mme Estrosi Sassone, M. Pillet, Mme Gruny, MM. Béchu, Danesi et Cornu, Mme Primas, MM. Gremillet, Vaspert, Laménie et B. Fournier, Mme Hummel, MM. Vasselle, Laufoaulu, Mandelli, del Picchia, Charon, Gournac et Saugey, Mme Morhet-Richaud et MM. Kennel et Houpert.

L'amendement n° 1142 rectifié *bis* est présenté par Mme Deromedi.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 32 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le premier alinéa de l'article L. 4362-10 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Aucun verre correcteur ne peut être délivré à une personne âgée de moins de seize ans sans prescription médicale. »

La parole est à Mme Dominique Estrosi Sassone, pour présenter l'amendement n° 450 rectifié *ter*.

**Mme Dominique Estrosi Sassone.** Il est défendu, monsieur le président.

**M. le président.** La parole est à Mme Jacky Deromedi, pour présenter l'amendement n° 1142 rectifié *bis*.

**Mme Jacky Deromedi.** Il est également défendu, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 1188 rectifié *bis*, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Après l'article 32 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

I. – L'article L. 4362-10 est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Les opticiens-lunetiers peuvent adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales de verres correcteurs en cours de validité, sauf opposition du médecin. » ;

2° Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« Les opticiens-lunetiers peuvent également adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales de lentilles de contact oculaire, sauf opposition du médecin. » ;

3° Après le quatrième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'opticien-lunetier peut réaliser les séances d'apprentissage à la manipulation et à la pose des lentilles. »

II. – L'article L. 4362-11 est ainsi modifié :

1° Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° Les conditions de l'adaptation, prévue aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 4362-10, et la durée au cours de laquelle elle est effectuée. Cette durée peut varier notamment en fonction de l'âge ou de l'état de santé du patient. » ;

2° Il est ajouté un 4° ainsi rédigé :

« 4° Les conditions dans lesquelles l'opticien-lunetier peut procéder à la délivrance d'un équipement de remplacement en cas de perte ou de bris des verres correcteurs et les modalités selon lesquelles il en informe le médecin prescripteur. »

III. – À l'article L. 4134-1, après le mot : « indiquent », sont insérés les mots : « , en tant que de besoin, ».

Cet amendement est déjà défendu.

Le sous-amendement n° 1222, présenté par M. Cornu, n'est pas défendu.

Le sous-amendement n° 1223, présenté par M. Cornu, n'est pas défendu.

Le sous-amendement n° 1235 rectifié, présenté par M. Cigolotti, Mme Gatel, MM. L. Hervé, Gabouty, Roche, Namy, Lasserre et Delahaye, Mme Deseyne et M. Médevielle, est ainsi libellé :

Amendement n° 1188 rectifié *bis*, alinéa 8

Après les mots : « renouvellement, les », insérer les mots : « corrections optiques des ».

La parole est à M. Gérard Roche.

**M. Gérard Roche.** Il est défendu, monsieur le président.

**M. le président.** Le sous-amendement n° 1236 rectifié, présenté par M. Cigolotti, Mme Gatel, MM. L. Hervé, Gabouty, Roche, Namy, Lasserre et Delahaye, Mme Deseyne et M. Médevielle, est ainsi libellé :

Amendement n° 1188 rectifié *bis*, alinéa 10

Après les mots : « peut réaliser », insérer les mots : « , sur prescription médicale, ».

La parole est à M. Gérard Roche.

**M. Gérard Roche.** Il est également défendu, monsieur le président.

**M. le président.** Le sous-amendement n° 1220, présenté par M. Cornu, n'est pas défendu.

L'amendement n° 247 rectifié *bis*, présenté par M. Cigolotti, Mme Gatel, MM. L. Hervé, Gabouty, Roche, Namy, Lasserre et Delahaye, Mme Deseyne et M. Médevielle, est ainsi libellé :

Après l'article 32 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au deuxième alinéa de l'article L. 4362-10, après les mots : « verres correcteurs » sont insérés les mots : « ou de lentilles correctrices ».

La parole est à M. Gérard Roche.

**M. Gérard Roche.** Il est également défendu, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 255 rectifié *ter*, présenté par MM. Cornu, Béchu et Lefèvre, Mmes Des Esgaulx et Deseyne, M. Longuet, Mme Deromedi et MM. Laufoaulu, Saugey, Cambon et César, est ainsi libellé :

Après l'article 32 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au deuxième alinéa de l'article L. 4362-10 du code de la santé publique, les mots : « datant de moins de trois ans » sont remplacés par les mots : « et de lentilles oculaires de contact datant de moins de cinq ans ».

La parole est à Mme Jacky Deromedi.

**Mme Jacky Deromedi.** Il est défendu, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 684 rectifié *bis*, présenté par MM. Cigolotti et Médevielle, Mme Deseyne, MM. Delahaye, Lasserre, Namy, Roche, Gabouty et L. Hervé et Mme Gatel, est ainsi libellé :

Après l'article 32 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 4362-10 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le colportage et la vente itinérante des verres correcteurs et des lentilles sont interdits. Cette interdiction ne contrevient pas à ce que l'opticien disposant d'un local commercial et du matériel adéquat puisse, dans le cadre d'un service de proximité dédié aux personnes à mobilité réduites, et sur leur demande, intervenir à leur domicile selon des modalités définies par décret. »

La parole est à M. Gérard Roche.

**M. Gérard Roche.** Il est défendu, monsieur le président.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission sur l'ensemble des amendements et sous-amendements restant en discussion ?

**M. Alain Milon, corapporteur.** La question de la filière visuelle est un sujet d'actualité brûlant : les différentes interventions qui ont été faites tout à l'heure à ce propos l'ont prouvé. Il s'agit également d'un sujet complexe, comme en témoignent les vingt-sept amendements et sous-amendements dont nous sommes saisis, ainsi que la très récente publication du rapport de Mme Dominique Voynet, pour l'IGAS, sur la restructuration de la filière visuelle.

L'état des lieux que nous avons dressé, dans le cadre des travaux menés avec Catherine Génisson, au nom de la commission des affaires sociales, sur la coopération entre professionnels de santé, est malheureusement toujours d'actualité. Le sommet de la filière – les ophtalmologistes – est pour ainsi dire trop étroit par rapport aux besoins de la population : dans certaines régions comme le Nord-Pas-de-

Calais, le délai pour obtenir un rendez-vous peut atteindre dix-huit mois. La filière visuelle constitue ainsi un parangon des problèmes d'accès aux soins sur le territoire national.

Face à cette situation, des protocoles de coopération ont pu être mis en place avec des orthoptistes, qui sont des professionnels paramédicaux. Isolées, ces formules ne permettent cependant pas de résoudre le problème à grande échelle.

La filière visuelle comprend deux autres professions compétentes – dans le domaine de la physique et de la réfraction davantage que dans celui de la clinique et de la biologie : les opticiens-lunetiers et les optométristes.

Ces deux professions souhaiteraient se voir reconnaître davantage de compétences, ce qui permettrait en outre, selon elles, de remédier aux problèmes d'engorgement de la filière.

À dire vrai, il s'agirait plutôt, dans le cas des optométristes, de se voir reconnaître tout court : la profession n'est pas encadrée dans le code de la santé publique et les optométristes, qui sont pourtant nombreux à être formés chaque année dans les facultés de sciences, peinent à trouver des débouchés à la hauteur de leurs compétences – ils ont, je le rappelle, une formation de niveau master.

Dans ce contexte, c'est un peu en catastrophe, madame la ministre, que nous sommes saisis du sujet. Nous avons à peine eu le temps de prendre connaissance du rapport de l'IGAS, et encore moins de temps pour mener des auditions spécifiques et des travaux approfondis sur le sujet. La commission des affaires sociales se trouve dès lors quelque peu mal à l'aise au moment de se prononcer sur les amendements qui lui sont soumis, notamment par le Gouvernement.

Puisque la réflexion vient seulement d'être entamée, il ne fait aucun doute, en effet, que de nouvelles adaptations législatives suivront. Pourquoi donc, dans cette perspective, ne pas avoir attendu pour nous soumettre un texte dédié, qui nous aurait permis d'embrasser l'ensemble de la filière d'un seul regard, si j'ose dire (*Sourires.*), et de mettre en place des modifications cohérentes entre elles ?

Cette forme de législation par petites touches nuit, me semble-t-il, à la clarté du message que nous envoyons aux professionnels et aux usagers du système de santé. Ainsi placée dans l'embarras, la commission des affaires sociales a émis ses avis en suivant deux lignes directrices.

Elle a tout d'abord privilégié les rédactions qui ont été négociées entre les professionnels eux-mêmes – de ce point de vue, les amendements présentés par le Gouvernement sur les orthoptistes et les opticiens-lunetiers paraissent offrir les meilleures garanties.

Elle a ensuite cherché à préserver, avant toute autre considération, la sécurité sanitaire des patients. C'est pourquoi elle a émis plusieurs réserves concernant les dispositions tendant à assouplir les modalités de l'adaptation des prescriptions de lentilles de contact.

J'en viens aux avis de la commission. Celle-ci demande le retrait des amendements identiques n° 341 rectifié *bis* et 685 rectifié *ter*. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

La commission émet un avis défavorable sur les amendements identiques n° 450 rectifié *ter* et 1142 rectifié *bis*.

En revanche, elle émet un avis favorable sur l'amendement n° 1188 rectifié *bis* du Gouvernement.

La commission émet un avis défavorable sur le sous-amendement n° 1235 rectifié.

Sur le sous-amendement n° 1236 rectifié, elle demande l'avis du Gouvernement.

La commission demande le retrait des amendements n° 247 rectifié *bis* et 255 rectifié *ter*.

Enfin, en ce qui concerne l'amendement n° 684 rectifié *bis*, la commission demande l'avis du Gouvernement.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** La question de l'accès aux soins visuels constitue un problème lancinant. Des mesures ont été prises, des expérimentations ont été engagées, un autre modèle d'organisation commence à se dessiner ; à cet égard, d'ailleurs, il y a là peut-être un secteur pionnier par rapport à d'autres professions de santé.

Pouvait-on attendre que d'autres dispositions s'imposent pour légiférer par le moyen d'un texte dédié ? À trop attendre le texte complet et parfait, on prend le risque de laisser trop longtemps nos concitoyens confrontés à des difficultés. C'est pourquoi nous devons aller de l'avant.

Notre ligne directrice, en définitive, est bien celle de la coopération entre les professionnels – cette coopération que le Gouvernement appelle de ses vœux, de manière générale, dans le cadre du texte de loi que nous examinons.

Je ne reviendrai pas sur l'amendement n° 1188 rectifié *bis*, que j'ai déjà présenté.

Le Gouvernement émet un avis favorable sur les sous-amendements n° 1235 rectifié et n° 1236 rectifié, qui viennent utilement préciser les conditions dans lesquelles l'opticien peut adapter les prescriptions de lentilles correctrices.

En revanche, il demande le retrait de tous les autres amendements et sous-amendements en discussion. À défaut, il émettra un avis défavorable, soit parce que les dispositions en question semblent satisfaites par l'amendement du Gouvernement, soit parce qu'elles sont insuffisamment précises.

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

**M. Yves Daudigny.** Madame la ministre, nous voterons les amendements que vous avez présentés, et nous vous suivrons bien volontiers dans cette entreprise de remise en ordre des professions de la filière visuelle.

Je veux simplement poser une question : pourquoi, dans notre pays, les optométristes ne sont-ils pas reconnus ? Pourquoi cette profession, qui est reconnue dans un certain nombre de pays du monde, est-elle aujourd'hui en France totalement écartée de la réflexion, laquelle porte sur les seuls ophtalmologistes – fonction médicale –, orthoptistes – fonction physicienne – et opticiens – fonction commerciale ?

La profession d'optométrie, lit-on sur internet, est une profession « autonome, formée, réglementée », assurant des services visuels qui incluent « la réfraction, la fourniture des équipements optiques, la détection des états oculaires anormaux, la réhabilitation du système visuel » ; elle est reconnue par l'OMS.

Pourquoi donc n'est-elle pas incluse – à cela, il doit exister des raisons solides – dans la réflexion qui est actuellement menée en France sur la filière visuelle ?

**M. le président.** La parole est à Mme Catherine Génisson, pour explication de vote.



**Mme Catherine Génisson.** Je me félicite des amendements du Gouvernement, qui, complétés par les sous-amendements présentés par nos collègues du groupe UDI-UC, visent à dessiner une cohérence globale dans l'organisation de la filière visuelle, associant le médecin, l'orthoptiste et l'opticien.

Les difficultés d'accès à un ophtalmologiste sont bien réelles; le cas du Nord-Pas-de-Calais a été rappelé tout à l'heure. Or, contrairement peut-être à l'avis de notre président de commission et corapporteur, je vois dans ces amendements un premier pas vers la résolution de ces difficultés. J'y vois également un élan pour donner une traduction concrète, appliquée à un sujet ô combien important, au thème des coopérations interprofessionnelles. Nous voterons donc bien évidemment ces amendements.

Je fais mienne, néanmoins, l'interrogation de mon collègue Yves Daudigny sur la question de l'optométrie. J'avoue ne pas très bien comprendre où se situe celle-ci dans le paysage de la filière visuelle : existe-t-il des orthoptistes optométristes ? Des opticiens optométristes ? Est-ce une vraie ou une fausse question ? Le problème a d'ailleurs été évoqué dans le rapport de l'IGAS, mais sans qu'aucune solution y soit véritablement apportée.

**M. le président.** La parole est à Mme Élisabeth Doineau, corapporteur.

**Mme Élisabeth Doineau, corapporteur.** J'ajoute ma voix aux questions de mes collègues sur l'optométrie. Mon collègue Olivier Cadic défendra d'ailleurs tout à l'heure un amendement à ce sujet. J'ai eu l'occasion de rencontrer des optométristes, et j'ai pu constater qu'ils étaient les grands perdants de cette proposition.

Il leur a été demandé, il y a quelques années, d'allonger leur niveau d'études jusqu'au master, en vue d'harmoniser les diplômes sur le plan européen. Ils ne sont pourtant toujours pas reconnus en France et ne peuvent donc pas y exercer dans des conditions optimales, alors qu'ils le font de façon parfaitement normale dans tous les autres pays européens, sans parler des États-Unis. Il y a là un manque de reconnaissance qu'il s'agirait de combler.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Les incertitudes qui entourent l'optométrie et les questions posées par son intégration dans l'ensemble de la filière visuelle ont fait l'objet de propositions de l'IGAS.

Aujourd'hui, le métier d'optométriste n'est pas reconnu. La proposition du rapport, qui est reprise à son compte par le Gouvernement, consiste à refuser de créer un métier supplémentaire identifié en tant que tel, mais à reconnaître les compétences qui sont associées à l'optométrie, lesquelles existent bel et bien. Il s'agit donc très exactement, comme l'a dit Mme Génisson, de former des opticiens optométristes, ou des ophtalmologistes optométristes.

Nous favorisons par ailleurs l'intégration des optométristes, en leur donnant la possibilité d'accéder au statut d'opticien-lunetier et en examinant les moyens de faire évoluer leur situation individuelle pour qu'il n'y ait aucun perdant.

Toutefois, j'attire votre attention sur le fait que la profession d'optométriste n'est pas reconnue en France...

**M. Yves Daudigny.** Ça, nous le savons !

**Mme Marisol Touraine, ministre.** ... contrairement à d'autres pays.

À en juger par certaines interventions, on pourrait croire à la dégradation d'une profession. Or ce n'est évidemment pas le cas, puisque, actuellement, cette « profession » n'est pas reconnue. Et le choix que nous avons fait, c'est d'en rester là.

**M. le président.** Je mets aux voix le sous-amendement n° 1235 rectifié, appelé par priorité.

*(Le sous-amendement est adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix le sous-amendement n° 1236 rectifié, appelé par priorité.

*(Le sous-amendement est adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1188 rectifié *bis*, modifié, appelé par priorité.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 32 *ter*.

En outre, les amendements identiques n° 341 rectifié *bis* et 685 rectifié *ter*, ainsi que les amendements n° 247 rectifié *bis* et 255 rectifié *ter*, n'ont plus d'objet.

Je mets aux voix les amendements identiques n° 450 rectifié *ter* et 1142 rectifié *bis*.

*(Les amendements ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 684 rectifié *bis*.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

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

L'amendement n° 338 rectifié *bis* est présenté par MM. Cornu et Lefèvre, Mmes Des Esgaulx et Deseyne, M. Longuet, Mme Deromedi et MM. Laufoaulu, Saugé et Cambon.

L'amendement n° 355 rectifié *ter* est présenté par M. Cigolotti, Mme Gatel et MM. L. Hervé, Gabouty, Roche, Namy, Lasserre, Delahaye et Médevielle.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 32 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Avant l'article L. 4362-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4362-1... ainsi rédigé :

« Art. L. 4362-1... – Est considérée comme exerçant la profession d'opticien-lunetier toute personne qui détermine la meilleure acuité compensable en utilisant les principes physiques et physiologiques de la réfraction, propose, mesure, réalise, adapte et délivre les appareils d'optique aérienne et de contact destinés à compenser les anomalies de la réfraction oculaire, contribue à l'éducation prothétique du porteur, dispense les conseils d'hygiène et de sécurité sanitaire et participe à la prévention en santé visuelle. »

La parole est à Mme Jacky Deromedi, pour présenter l'amendement n° 338 rectifié *bis*.

**Mme Jacky Deromedi.** Il est défendu, monsieur le président.

**M. le président.** La parole est à M. Gérard Roche, pour présenter l'amendement n° 355 rectifié *ter*.

**M. Gérard Roche.** Il est également défendu, monsieur le président.

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

**M. Alain Milon, corapporteur.** Il nous paraît souhaitable d'en rester à la rédaction que le Gouvernement a proposée à l'amendement n° 1188 rectifié *bis*. De plus, le recours au verbe « adapter » nous pose problème.

La commission demande donc le retrait de ces deux amendements identiques, faute de quoi son avis sera défavorable.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Même avis.

**M. le président.** Madame Deromedi, l'amendement n° 338 rectifié *bis* est-il maintenu ?

**Mme Jacky Deromedi.** Non, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 338 rectifié *bis* est retiré.

Qu'en est-il de l'amendement n° 355 rectifié *ter*, monsieur Roche ?

**M. Gérard Roche.** Je le retire également, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 355 rectifié *ter* est retiré.

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

L'amendement n° 339 rectifié *bis*, présenté par MM. Cornu et Lefèvre, Mmes Des Esgaulx et Deseyne, M. Longuet, Mme Deromedi et MM. Laufoaulu, Saugey, Cambon et César, est ainsi libellé :

Après l'article 32 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au cinquième alinéa de l'article L. 4362-1, les mots : « , certificat ou titre mentionné aux articles L. 4362-2 et L. 4362-3 » sont remplacés par les mots : « d'État d'opticien-lunetier mentionné à l'article L. 4362-2 ou de toutes autres autorisations d'exercice mentionnées à l'article L. 4362-3 » ;

2° Le premier alinéa de l'article L. 4362-2 est ainsi rédigé :

« Le diplôme d'État d'opticien-lunetier, mentionné à l'article L. 4362-1 sanctionne trois années d'études supérieures après le baccalauréat, comprenant six semestres de formation validés par l'obtention de cent quatre-vingts crédits européens, dispensés par un organisme agréé par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé après avis d'une commission nationale de la formation en optique-lunetterie. La composition et les critères d'agrément des organismes sont fixés par décret. »

La parole est à Mme Jacky Deromedi.

**Mme Jacky Deromedi.** Il est défendu, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 256 rectifié *ter*, présenté par MM. Cornu et Lefèvre, Mmes Des Esgaulx et Deseyne, M. Longuet, Mme Deromedi et MM. Laufoaulu, Saugey, Cambon et César, est ainsi libellé :

Après l'article 32 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le chapitre II du titre VI du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au cinquième alinéa de l'article L. 4362-1, les mots : « , certificat ou titre mentionnés aux articles L. 4362-2 et L. 4362-3 » sont remplacés par les mots : « d'État d'opticien-lunetier mentionné à l'article L. 4362-2 ou de toutes autres autorisations d'exercice mentionnées à l'article L. 4362-3 » ;

2° Le premier alinéa de l'article L. 4362-2 est ainsi rédigé :

« Le diplôme d'État d'opticien-lunetier, mentionné à l'article L. 4362-1, est délivré après trois années de formation supérieure dispensée par un organisme agréé par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé après avis d'une commission nationale de la formation en optique-lunetterie dont la composition est fixée par décret. »

La parole est à Mme Jacky Deromedi.

**Mme Jacky Deromedi.** Il est également défendu, monsieur le président.

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

**M. Alain Milon, corapporteur.** Ces deux amendements visent la formation des opticiens.

L'amendement du Gouvernement étant muet sur le sujet, je ferai la même remarque que précédemment : la réforme de la filière visuelle n'en est qu'à ses prémices ; elle nécessite de prendre le temps de la réflexion. Attendons un texte d'ensemble, sur lequel nous pourrions nous prononcer en connaissance de cause.

En outre, la définition d'un diplôme dans la loi ne peut se faire qu'à l'issue d'un processus de réingénierie des formations. Or, en inversant le processus, comme cela nous est proposé – il est envisagé de définir le diplôme avant le contenu de la formation correspondante –, nous risquons de déstabiliser la formation des opticiens, qui dure aujourd'hui deux ans et qui est sanctionnée par un brevet de technicien supérieur.

Je demande donc le retrait de ces deux amendements. À défaut, l'avis de la commission serait défavorable.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Même avis.

**M. le président.** Madame Deromedi, les amendements n° 339 rectifié *bis* et 256 rectifié *ter* sont-ils maintenus ?

**Mme Jacky Deromedi.** Non, je les retire, monsieur le président.

**M. le président.** Les amendements n° 339 rectifié *bis* et 256 rectifié *ter* sont retirés.

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

L'amendement n° 101 rectifié *ter*, présenté par M. Cigolotti et les membres du groupe Union des Démocrates et Indépendants - UC, est ainsi libellé :

Après l'article 32 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 4362-9-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« En dehors des cas de prescriptions médicales que l'assurance maladie prend en charge, prévus à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, l'opticien-lunetier et l'orthoptiste ayant suivi une formation qualifiante en contactologie et bénéficiant d'une délégation de soins de la part d'un ophtalmologiste est habilité à pratiquer l'acte d'adaptation des lentilles oculaires de contact. Les conditions de mise en œuvre de cette habilitation sont fixées par décret. »

La parole est à M. Gérard Roche.

**M. Gérard Roche.** Nous proposons d'étendre aux lentilles de contact le dispositif prévu pour les lunettes.

**M. le président.** L'amendement n° 103 rectifié *quater*, présenté par MM. Vasselle, Cornu, Vaspart et Lefèvre, Mme Deromedi, MM. G. Bailly, Bonhomme, de Nicolaÿ et P. Leroy, Mme Mélot et M. Laménié, est ainsi libellé :

Après l'article 32 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 4362-9-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les opticiens-lunetiers et les orthoptistes ayant suivi une formation qualifiante de contactologie sont habilités à pratiquer l'acte d'adaptation des lentilles oculaires de contact, sous couvert d'une délégation de soins des ophtalmologistes, en dehors des cas de prescriptions médicales que l'assurance maladie prend en charge, tels que prévus à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. Un décret fixe le niveau de formation attendu en contactologie pour autoriser les opticiens-lunetiers et les orthoptistes à pratiquer cette adaptation. »

La parole est à M. Alain Vasselle.

**M. Alain Vasselle.** Je souhaite interroger la commission et le Gouvernement. Cet amendement est-il satisfait par l'adoption de l'amendement n° 1188 rectifié *bis*, modifié ?

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Oui !

**M. Alain Vasselle.** Si c'était le cas, je n'aurais aucune raison de le maintenir.

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

**M. Alain Milon, corapporteur.** Il y a tout de même une ambiguïté rédactionnelle. Que recouvre le terme « adaptation » ? Le seul apprentissage de la manipulation ? Le suivi de la tolérance après une première prescription par un ophtalmologiste ? Un processus d'ensemble, première consultation comprise, permettant de détecter d'éventuelles contre-indications ?

Selon nous, l'utilisation de lentilles de contact n'est pas un acte anodin et peut entraîner de nombreuses complications. La première prescription et le suivi régulier de la bonne tolérance des dispositifs doivent relever de la seule compétence d'un médecin ophtalmologiste.

Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, l'IGAS, relève d'ailleurs ceci : « Tous soulignent la nécessité d'une consultation préalable chez l'ophtalmologiste pour éliminer toute contre-indication, absolue ou relative, au port de lentilles de contact : myopies supérieures 8 en fonction du fond d'œil, kératocônes, astigmatismes irréguliers, strabisme accommodatif, aphakie chez le nourrisson, anisométrie... »

Il paraît préférable de ne reconnaître de compétences aux professionnels non médicaux de la filière visuelle qu'en matière d'apprentissage de la manipulation et de la pose, activités effectivement très chronophages pour l'ophtalmologiste.

La commission émet donc un avis défavorable sur ces deux amendements.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Même avis.

**M. le président.** Monsieur Roche, l'amendement n° 101 rectifié *ter* est-il maintenu ?

**M. Gérard Roche.** Non, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 101 rectifié *ter* est retiré.

Qu'en est-il de l'amendement n° 103 rectifié *quater*, monsieur Vasselle ?

**M. Alain Vasselle.** Je vais également le retirer, monsieur le président.

Toutefois, je voudrais faire une remarque. M. le corapporteur juge souhaitable que la réalisation d'un acte d'une telle nature par des opticiens-lunetiers orthoptistes s'effectue sous le contrôle d'un ophtalmologiste ou d'un professionnel de santé. Néanmoins, ce serait probablement le cas si notre amendement était adopté ! Il est précisé que l'acte s'effectuerait « sous couvert d'une délégation de soins des ophtalmologistes ». L'opticien-lunetier agirait donc sous le contrôle d'un professionnel de santé, et non sur sa propre initiative.

Cela étant, je ne veux pas être plus royaliste que le roi ! Si M. le corapporteur considère que la rédaction actuelle n'est pas suffisante pour assurer la totale sécurité de l'acte auprès des patients, je lui fais confiance, et je retire mon amendement, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 103 rectifié *quater* est retiré.

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

L'amendement n° 312 rectifié *bis*, présenté par M. Tourenne, Mmes Emery-Dumas et Génisson, M. Daudigny, Mme Meunier, M. Sueur, Mme Yonnet, M. Labazée, Mmes Jourda, D. Gillot, Blondin et Espagnac et M. F. Marc, est ainsi libellé :

Après l'article 32 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le titre VI du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À intitulé du titre VI, après le mot : « d'opticien-lunetier », sont insérés les mots : « d'optométriste » ;

2° Après le chapitre II, il est inséré un chapitre ainsi rédigé :

« Chapitre ...

« Optométriste

« Art. L. ... – Est considéré comme exerçant la profession d'optométriste toute personne qui exécute habituellement des actes professionnels d'optométrie, définis par décret en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine.

« Art. L. ... – Peuvent exercer la profession d'optométriste et porter le titre d'optométriste :

« – les personnes titulaires d'un diplôme de master en sciences de la vision et remplissant les conditions requises pour l'exercice de la profession d'optométrie ;

« – les ressortissants d'un État membre de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, titulaires d'un ou plusieurs diplômes, certificats ou autres titres permettant l'exercice de la profession d'optométriste dans un de ces États, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

« Les personnes actuellement diplômées de maîtrise en sciences de la vision bénéficieront selon des conditions fixées par décret d'un délai afin de pouvoir réunir les conditions nécessaires à l'exercice de la profession.

« *Art. L. ...* – Les optométristes sont tenus de faire enregistrer sans frais leurs diplômes, certificats ou titres auprès du service de l'État compétent ou l'organisme désigné à cette fin.

« En cas de changement de situation professionnelle, ils en informent ce service ou cet organisme.

« Les optométristes ne peuvent exercer leur profession que si leurs diplômes, certificats ou titres ont été enregistrés conformément au premier alinéa.

« Il est établi, pour chaque département, par le service de l'État compétent ou l'organisme désigné à cette fin, une liste des optométristes exerçant dans le département, portée à la connaissance du public. Un optométriste ne peut être inscrit que dans un seul département.

« L'État peut autoriser à titre expérimental, dans certaines régions, pour une durée de trois ans, les optométristes à prescrire des verres correcteurs ainsi que des lentilles oculaires de contact et effectuer tout examen nécessaire à la prescription, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, sauf pour les personnes âgées de moins de seize ans. »

La parole est à M. Jean-Louis Tourenne.

**M. Jean-Louis Tourenne.** J'ai bien entendu les explications de Mme la ministre. Nous apprécions tous sa volonté de réduire les temps d'attente d'obtention des lunettes. Aujourd'hui, les délais sont insupportables ! Certaines personnes vivent plus d'un an dans l'inconfort.

Je donne acte à Mme la ministre de sa détermination. Je constate d'ailleurs que des décisions ont déjà été prises, même s'il faudra peut-être un peu de temps pour que les progrès se fassent réellement sentir.

À l'instar des intervenants précédents, je ne comprends pas pourquoi les optométristes, qui ont des qualifications – ils sont à bac+4 ou bac+5 –, ne sont pas reconnus ! Leur formation a pourtant été sanctionnée par la commission du titre. Ils exercent un véritable métier, même s'il ne figure dans la nomenclature nationale. Pourquoi nous priver d'une telle ressource ?

Imaginons un instant – on peut toujours rêver – que les optométristes soient habilités à prescrire les lunettes. Après tout, il s'agit d'une opération de calcul, de vérification et d'utilisation du matériel d'optique ; c'est seulement un problème mathématique, et ils sont capables de résoudre. Nous verrions alors les temps d'attente se réduire. Et les ophtalmologistes pourraient s'occuper, dans des temps très

courts et adaptés, des pathologies oculaires importantes qui méritent d'être prises à charge à temps pour éviter une aggravation !

Intégrer les optométristes au sein des opticiens-lunetiers, qui sont à bac+2, c'est une véritable dégradation. C'est contraire à la fois au bon sens et à l'esprit de justice qui doit présider à l'élaboration des statuts des différentes catégories professionnelles.

Cela étant, compte tenu des engagements qui ont été pris et des efforts qui sont réalisés, je retire mon amendement.

**M. le président.** L'amendement n° 312 rectifié *bis* est retiré.

L'amendement n° 1173 rectifié *bis*, présenté par M. Cadic et les membres du groupe Union des Démocrates et Indépendants - UC, est ainsi libellé :

Après l'article 32 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le titre VI du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À l'intitulé du titre VI, après les mots : « d'opticien-lunetier, », sont insérés les mots : « d'optométriste, » ;

2° Après le chapitre II, il est inséré un chapitre ainsi rédigé :

« Chapitre ...

« Optométriste

« *Art. L. ...* – Est considéré comme exerçant la profession d'optométriste toute personne qui exécute habituellement des actes professionnels d'optométrie, définis par décret en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine.

« *Art. L. ...* – Peuvent exercer la profession d'optométriste et porter le titre d'optométriste :

« – les personnes titulaires d'un diplôme de master en sciences de la vision et remplissant les conditions requises pour l'exercice de la profession d'optométrie ;

« – les ressortissants d'un État membre de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, titulaires d'un ou plusieurs diplômes, certificats ou autres titres permettant l'exercice de la profession d'optométriste dans un de ces États, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

« Les personnes actuellement diplômées de maîtrise en sciences de la vision bénéficieront selon des conditions fixées par décret d'un délai afin de pouvoir réunir les conditions nécessaires à l'exercice de la profession.

« *Art. L. ...* – Les optométristes sont tenus de faire enregistrer sans frais leurs diplômes, certificats ou titres auprès du service de l'État compétent ou l'organisme désigné à cette fin.

« En cas de changement de situation professionnelle, ils en informent ce service ou cet organisme.

« Les optométristes ne peuvent exercer leur profession que si leurs diplômes, certificats ou titres ont été enregistrés conformément au premier alinéa.

« Il est établi, pour chaque département, par le service de l'État compétent ou l'organisme désigné à cette fin, une liste des optométristes exerçant dans le département, portée à la connaissance du public. Un optométriste ne peut être inscrit que dans un seul département.

« L'État peut autoriser à titre expérimental, dans certaines régions, pour une durée de trois ans, les optométristes à prescrire des verres correcteurs ainsi que des lentilles oculaires de contact et effectuer tout examen nécessaire à la prescription, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. »

La parole est à M. Olivier Cadic.

**M. Olivier Cadic.** Cet amendement, auquel il a été fait référence tout à l'heure, vise à faire reconnaître l'optométrie.

La formation française est déjà reconnue dans de nombreux pays. Comme cela a été rappelé, un diplôme de niveau master existe depuis 1991. Pour ma part, je vis à l'étranger. Comme beaucoup, l'âge venant, j'ai eu besoin de compenser des défauts visuels. J'ai donc pris un rendez-vous avec un optomètre – c'est très facile – et, une demi-heure plus tard, des lunettes m'étaient prescrites.

Je trouve curieux que des personnes ayant étudié et obtenu leur diplôme en France doivent partir à l'étranger pour exercer leur activité. J'ai été interpellé par des compatriotes installés en Suisse ou au Royaume-Uni, qui aimeraient bien pouvoir faire leur métier dans notre pays.

Il y a quand même des absurdités ! La semaine dernière, j'étais à Cluj-Napoca, en Roumanie, où des jeunes Français font leurs études de médecine faute de places dans les universités françaises. Et, à l'inverse des optométristes, eux sont incités à étudier à l'étranger pour ensuite venir travailler chez nous !

Mon amendement vise donc simplement à faire reconnaître une réalité : l'optométrie existe et elle est sanctionnée par un diplôme. Il faut que les professionnels puissent exercer leur activité en France.

**M. le président.** L'amendement n° 1160 rectifié *bis*, présenté par MM. Bonnacarrère, Roche, Namy, Médevielle et Kern, est ainsi libellé :

Après l'article 32 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Le titre VI du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'intitulé est ainsi rédigé :

« Professions d'audioprothésiste, d'opticien-lunetier, de prothésiste, d'orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées et d'optométriste » ;

2° Il est ajouté un chapitre ainsi rédigé :

« Chapitre ...

« Optométriste

« Art. L. ... – I. – Est considéré comme exerçant la profession d'optométriste toute personne qui exécute habituellement des actes professionnels d'optométrie, définis par décrets en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine.

« II. – Les optométristes peuvent prescrire des verres correcteurs ainsi que des lentilles oculaires de contact dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

« III. – Les optométristes effectuent les actes nécessaires au dépistage des états oculaires anormaux, dans des conditions fixées par décret à titre d'accessoire des prescriptions précitées.

« IV. – En cas de constat d'une atteinte oculaire, l'optométriste doit demander à l'utilisateur de s'adresser à un médecin ophtalmologiste, dans des conditions fixées par décret.

« Art. L. ... – Sont déterminées par décret en Conseil d'État :

« 1° Les modalités de formation professionnelle et de diplôme permettant d'exercer la profession d'optométriste et d'en porter le titre ;

« 2° En tant que de besoin les règles professionnelles. »

La parole est à M. Gérard Roche.

**M. Gérard Roche.** Grâce à Mme la ministre, nous connaissons le projet gouvernemental. Je me félicite de l'ordonnement qui se met en place. Nous avons choisi de faire confiance au Gouvernement et nous avons voté son amendement, ce qui a eu pour effet d'en faire « tomber » beaucoup d'autres.

Toutefois, il y a un grain de sable ; M. Daudigny, Mme Génisson et d'autres l'ont souligné. Je veux évidemment parler du problème de l'optométrie. Mme la ministre explique à des jeunes ayant fait des études que leur métier n'existe pas et qu'il n'est pas question de le créer ! Certes, mais *quid* de ces jeunes ayant suivi de telles études ? Sont-ils obligés d'aller travailler ailleurs ?

Je n'ai pas très bien compris non plus l'adaptation proposée *via* la création d'ophtalmologistes spécialisés en optométrie. Ne le sont-ils pas automatiquement en raison de leurs études ? On a aussi parlé d'orthoptistes pouvant exercer également la profession d'optométriste. Tout cela me paraît un peu flou...

L'amendement de M. Bonnacarrère vise simplement à créer le métier d'optométriste dans la filière des soins ophtalmologistes. Je me fais son porte-parole ce soir en espérant obtenir quelques réponses : parmi les explications qui nous ont été données et qui ont obtenu l'adhésion du Sénat – puisque les deux amendements gouvernementaux ont été adoptés quasiment à l'unanimité –, il y a quelques petites choses que nous ne comprenons pas bien.

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

**M. Alain Milon, corapporteur.** Mes chers collègues, je vais essayer de vous donner mon point de vue... (*Sourires.*)

Le métier d'optométriste est connu depuis longtemps dans notre pays. Je discutais d'ailleurs à l'instant, avec Mme la corapporteur Catherine Deroche, d'un film, *Secrets et mensonges*, Palme d'or au Festival de Cannes en 1996, et dont l'héroïne était optométriste en Angleterre. M. Cadic, représentant les Français établis hors de France et venant d'un pays étranger, nous y a fait penser.

Quoi qu'il en soit, dans la mesure où nous n'avons pas conduit d'auditions sur ce sujet, il nous paraît difficile dans ce contexte de donner une appréciation sur ces amendements. Il nous semble nécessaire de prendre le temps de la réflexion et de mettre en place de nouvelles rédactions négociées avec les professionnels concernés, tenant compte de l'ensemble de la filière.

Nous soulignons toutefois que les préconisations exprimées dans le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, l'IGAS, sur la profession d'optométriste nous semblent assez faibles. Le rapport se borne, en effet, à constater l'existence d'un problème, et il le fait très bien, mais ne propose pas de solution concrète.

La commission a donc émis un avis défavorable.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai déjà indiqué. Mesdames, messieurs les sénateurs, l'existence de compétences ne s'accompagne pas nécessairement de la reconnaissance d'une profession dans le code de la santé publique.

Ici, il s'agit de définir le cadre juridique dans lequel des professions s'exercent. Le code de la santé publique doit-il reconnaître une profession supplémentaire dans le cadre de la filière visuelle ? Comment cette reconnaissance doit-elle s'inscrire ? Les optométristes proposeront-ils le même service que les ophtalmologistes ?

Aujourd'hui, la réponse du Gouvernement est claire : il appartient aux ophtalmologistes de « chapeauter » l'ensemble de la filière visuelle, avec le concours des opticiens. En aucun cas les opticiens ne se substitueront aux ophtalmologistes. Par conséquent, je ne vois pas bien comment la compétence des optométristes viendrait s'insérer dans la réorganisation que nous prévoyons de mettre en œuvre.

Certes, la profession d'optométriste existe dans d'autres pays, mais ces derniers ne sont pas nécessairement organisés comme nous, qui fonctionnons avec des ophtalmologistes et des orthoptistes. Si la profession d'orthoptiste n'existait pas en France, nous pourrions avoir besoin d'une profession pour appuyer le travail des ophtalmologistes. Nous nous tournerions alors vers les optométristes.

Toutefois, dans les autres pays, soit il n'y a pas d'orthoptistes, soit les ophtalmologistes sont concentrés sur une activité hospitalière, largement chirurgicale. Voilà pourquoi, en ville, les optométristes assument une responsabilité qui, en France, est supportée par des ophtalmologistes.

Dire que la profession existe ailleurs n'est pas un argument recevable, car le système doit être examiné dans son ensemble. Pour ma part, je ne suis pas certaine qu'en accumulant les professions et en les agrégeant les unes aux autres, sans très bien comprendre ce qui les distingue, nous parviendrons à simplifier le parcours de santé et à améliorer les relations entre les patients et des professionnels qui, je le rappelle, sont libéraux. Ici, il n'est pas question de fonction publique. Il s'agit de métiers.

De plus, si l'on reconnaît le métier d'optométriste, comment coter leurs actes par rapport à l'assurance maladie ? Comment viendront-ils s'associer aux ophtalmologistes ? Tout cela pose un problème de cohérence. Je le répète une fois de plus : il ne s'agit pas de nier des compétences. Cependant, il ne suffit pas de créer un master pour considérer qu'il existe une profession de santé reconnue comme telle, avec l'ensemble des prérogatives y afférent.

Le Gouvernement est donc défavorable à ces amendements.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1173 rectifié *bis*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

**M. le président.** La parole est à M. Olivier Cadic, pour explication de vote sur l'amendement n° 1160 rectifié *bis*.

**M. Olivier Cadic.** J'espère que mon intervention permettra de faire évoluer le vote.

Mme la ministre nous répond que le système est cohérent. Personnellement, je ne le crois pas. En quoi serait-il cohérent qu'il y ait un diplôme sans qu'une profession soit reconnue ? À l'évidence, une évolution a lieu à l'échelle européenne, mais le système français est totalement visqueux et nous empêche d'avancer.

Comme je vous l'ai dit, il existe aujourd'hui une vraie attente. Il me semble que certaines personnes pourraient utilement exercer en France la profession d'optométriste. À nous de prendre une décision pour éviter que certains de nos étudiants ne s'expatrient pour travailler.

Très sincèrement, avoir la vue qui baisse en prenant de l'âge n'est pas une maladie. Pourquoi dans ce cas consulter un spécialiste ? Dans ce domaine, nous devons évoluer. L'approche du Gouvernement me semble étrange. Il est dommage de rester ainsi barricadés dans certaines pratiques.

**M. le président.** La parole est à M. Gérard Roche, pour explication de vote.

**M. Gérard Roche.** Après les explications données par Mme la ministre et compte tenu du fait qu'il faudrait refondre l'ensemble de la filière en charge de la pathologie visuelle, je retire cet amendement, afin de ne pas compliquer les choses. Nous déposerons peut-être plus tard une disposition similaire.

**M. le président.** L'amendement n° 1160 rectifié *bis* est retiré.

L'amendement n° 357 rectifié *bis*, présenté par M. Cigolotti, Mme Gatel, MM. Médevielle, L. Hervé, Gabouty, Roche, Namy, Lasserre et Delahaye et Mme Deseyne, est ainsi libellé :

Après l'article 32 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au 1° de l'article L. 4363-4 du code de la santé publique, les mots : « des conditions de délivrance à un primo-porteur mentionnées à » sont remplacés par le mot : « de ».

La parole est à M. Gérard Roche.

**M. Gérard Roche.** Il s'agit d'une modification de cohérence, afin que les soins à apporter pour les lentilles, qui sont en contact avec les yeux, ne soient pas moindres que ceux que l'on accorde aux lunettes.

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

**M. Alain Milon, corapporteur.** Avis favorable.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Il s'agit de la référence au primo-porteur. Cette proposition de modification est purement formelle et sans effet sur les dispositions qui fondent l'exigence de la prescription médicale s'agissant des lentilles oculaires. Je ne suis pas certaine qu'une telle modification ait un impact concret. Cet amendement ne me paraît donc pas très utile.

Le Gouvernement demande le retrait de cet amendement, faute de quoi il émettrait un avis défavorable.

**M. Gérard Roche.** Je le retire, monsieur le président !

**M. le président.** L'amendement n° 357 rectifié *bis* est retiré.

**Article 32 quater (nouveau)**

- ① Le code de santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 4231-4 est rétabli dans sa version en vigueur au 20 mars 2015 ;
- ③ 2° Le treizième alinéa de de l'article L. 4231-4 est complété par les mots : « à l'exclusion des séances disciplinaires » ;
- ④ 3° À l'article L. 4234-10, les mots : « sur saisine du ministre chargé de la santé ou du directeur général de l'agence régionale de santé » sont supprimés.

**M. le président.** L'amendement n° 1190, présenté par Mmes Deroche et Doineau et M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Rédiger ainsi cet article :

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

1° L'article L. 4231-4 est ainsi modifié :

a) Les 2° et 3° sont ainsi rétablis :

« 2° Du directeur général de la santé ou du pharmacien inspecteur de santé publique qu'il désigne à cet effet représentant le ministre chargé de la santé ;

« 3° D'un pharmacien du service de santé représentant le ministre chargé de l'outre-mer ; »

b) Après le 11°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les pharmaciens fonctionnaires représentant le ministre chargé de la santé et le ministre chargé de l'outre-mer assistent à toutes les délibérations avec voix consultative, à l'exclusion des séances disciplinaires. » ;

2° A l'article L. 4234-10, les mots : « sur saisine du ministre chargé de la santé ou du directeur général de l'agence régionale de santé » sont supprimés.

II. – Le I entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

**M. Alain Milon, corapporteur.** Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Favorable.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1190.

(L'amendement est adopté.)

**M. le président.** En conséquence, l'article 32 quater est ainsi rédigé.

**Article 33**

- ① I. – Le chapitre I<sup>er</sup> du titre I<sup>er</sup> du livre V de la troisième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 3511-10 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 3511-10. – Les substituts nicotiques peuvent être prescrits par :
- ③ « 1° Les médecins, y compris les médecins du travail aux travailleurs ;
- ④ « 1° bis Les chirurgiens-dentistes, en application de l'article L. 4141-2 ;
- ⑤ « 2° Les sages-femmes, en application de l'article L. 4151-4 ;

⑥ « 3° Les infirmiers ou les infirmières, en application de l'article L. 4311-1. ;

⑦ « 4° (nouveau) Les masseurs - kinésithérapeutes, en application de l'article L. 4321-1. »

⑧ II. – La seconde phrase de l'article L. 4151-4 du même code est complétée par les mots : « et prescrire des substituts nicotiques à toutes les personnes qui vivent régulièrement dans l'entourage de la femme enceinte ou de l'enfant jusqu'au terme de la période postnatale ou assurent la garde de ce dernier. »

⑨ III (Non modifié). – L'article L. 4311-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

⑩ « L'infirmier ou l'infirmière peut prescrire des substituts nicotiques. »

⑪ IV (nouveau).- Le troisième alinéa de l'article L. 4321-1 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

⑫ « Les masseurs - kinésithérapeutes peuvent prescrire des substituts nicotiques. »

**M. le président.** L'amendement n° 672 rectifié bis, présenté par M. Médevielle, Mmes Loïsier, Billon et Micouleau et MM. Cigolotti, Roche, Chatillon, Bonnecarrère, Cadic, Canevet, Guerriau, Namy et Tandonnet, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 7

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les substituts nicotiques peuvent être conseillés et sont dispensés avec ou sans prescription par les pharmaciens d'officine. »

La parole est à M. Gérard Roche.

**M. Gérard Roche.** La lutte contre le tabagisme a été renforcée par les pouvoirs publics depuis plusieurs années. À ce titre, l'assurance maladie prend en charge, depuis le 1<sup>er</sup> février 2007, à hauteur de 50 euros par an et par bénéficiaire – montant porté à 150 euros depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2011 pour les femmes enceintes – les traitements de substituts nicotiques : patch, gomme, pastille, inhalateur, etc.

Toutefois, ce dispositif forfaitaire de prise en charge est soumis à l'établissement d'une ordonnance médicale. Les pharmaciens d'officine sont aujourd'hui habilités à dispenser des substituts nicotiques sans prescription médicale aux patients désireux d'arrêter de fumer. Aussi, afin de répondre efficacement et rapidement à la décision du patient, il serait souhaitable que le dispositif de prise en charge des substituts nicotiques par l'assurance maladie soit étendu aux pharmaciens d'officine.

Le rôle des pharmaciens d'officine en matière de prévention et d'éducation sanitaire n'est plus à démontrer, et leur implication dans la lutte contre le tabagisme constitue un relais essentiel dans la diffusion et l'explication des messages de prévention leur permettant d'inciter les patients concernés à s'engager dans une démarche active de sevrage tabagique.

La prise en charge des substituts nicotiques dispensés par le pharmacien d'officine, professionnel de santé de confiance et de proximité, permettra, sans aucun doute, de réduire le nombre de fumeurs en France. Je précise que M. Pierre Médevielle, qui a déposé cet amendement, est pharmacien de profession ! (Sourires.)

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

**M. Alain Milon, corapporteur.** Cet amendement est satisfait depuis 2009. Son adoption n'emporterait pas le remboursement des substituts nicotiques ainsi dispensés. Par ailleurs, ses dispositions soulèvent une question de principe sur la séparation entre le prescripteur et le dispensateur.

La commission a donc émis un avis défavorable.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Si celui qui vend est aussi celui qui prescrit, on s'aventure sur un terrain mouvant, susceptible d'entraîner des conflits d'intérêts. Cet amendement est quelque peu « fumeux » ! (*Sourires.*)

Le Gouvernement demande donc le retrait de cet amendement, faute de quoi il émettrait un avis défavorable.

**M. le président.** Monsieur Roche, l'amendement n° 672 rectifié *bis* est-il maintenu ?

**M. Gérard Roche.** Non, je le retire, monsieur le président. Effectivement, tout cela est assez fumeux... (*Sourires.*)

**M. le président.** L'amendement n° 672 rectifié *bis* est retiré.

L'amendement n° 266 rectifié, présenté par MM. Pointereau, Mouiller, Commeinhes, Charon, Saugey, Trillard et Pellevat, Mme Mélot et M. Houel, est ainsi libellé :

Alinéa 8

Supprimer cet alinéa.

La parole est à M. Philippe Mouiller.

**M. Philippe Mouiller.** Au regard des arguments qui ont été opposés à cet amendement lors de son examen en commission, et en accord avec son auteur, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 266 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'article 33.

(*L'article 33 est adopté.*)

### Article 33 *bis* (Supprimé)

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

L'amendement n° 11 rectifié *bis* est présenté par Mmes Laborde et Billon, M. Bonnacarrère, Mme Bouchoux, M. Castelli, Mme Cohen, M. Détraigne, Mmes Gatel et Gonthier-Maurin, MM. Guérini, Guerriau, L. Hervé et Houpert, Mmes Jouanno et Jouve, M. Kern, Mme Morin-Desailly et M. Requier.

L'amendement n° 478 est présenté par Mme Génisson, M. Daudigny, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Champion et Claireaux, M. Durain, Mmes Emery-Dumas et Féret, MM. Godefroy, Jeansannetas et Labazée, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mmes Yonnet, Monier et les membres du groupe socialiste et républicain.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

À titre expérimental et pour une durée de trois ans, l'État peut autoriser, dans certaines régions, la mise en place systématique d'une consultation et d'un suivi spécialisés destinés à toute femme enceinte consommant régulièrement des produits du tabac, aux fins de la sensibiliser à l'intérêt d'arrêter sa consommation.

Un décret détermine la liste des professionnels de santé habilités à pratiquer cette consultation et ce suivi ainsi que les modalités d'application du présent article.

La parole est à M. Jean-Claude Requier, pour présenter l'amendement n° 11 rectifié *bis*.

**M. Jean-Claude Requier.** Il s'agit d'un amendement de la délégation aux droits des femmes. J'espérais que l'une de mes collègues se lèverait pour le défendre, mais je le présente volontiers. (*Sourires.*)

Cet amendement vise à rétablir l'article sur les femmes enceintes consommant régulièrement des produits du tabac – il paraît qu'elles sont nombreuses en France. Il s'agit d'autoriser la mise en place systématique d'une consultation et d'un suivi spécialisé destinés à toute femme enceinte qui consomme régulière des produits du tabac.

**M. le président.** La parole est à Mme Catherine Génisson, pour présenter l'amendement n° 478.

**Mme Catherine Génisson.** Cet amendement a été remarquablement défendu par notre collègue. Je n'ai rien de plus à ajouter ! (*Sourires.*)

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

**M. Alain Milon, corapporteur.** Ces deux amendements identiques visent à rétablir la consultation tabacologique spécialisée pour les femmes enceintes fumeuses. Il a semblé à la commission que le tabagisme devait s'inscrire pleinement dans le suivi de la femme enceinte et qu'il n'était pas utile de le redire une fois de plus.

La commission émet donc un avis défavorable.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Il existe un véritable enjeu de santé publique. La France est le pays dans lequel les femmes enceintes fument le plus : elles sont encore près de 18 % à fumer au dernier trimestre de grossesse, ce qui est préoccupant.

Le Gouvernement émet donc un avis favorable sur ces amendements identiques.

**M. le président.** La parole est à Mme Anne Emery-Dumas, pour explication de vote.

**Mme Anne Emery-Dumas.** Cet amendement tend à rétablir l'article 33 *bis*. Il vise à répondre à un objectif de santé publique et à une inquiétude, signalée notamment par la profession des obstétriciens.

Il semble paradoxal de reprocher à Mme le ministre de ne pas suffisamment écouter les professionnels, et, dans le même temps, de laisser commission des affaires sociales du Sénat supprimer une telle disposition, qui est utile !

**M. le président.** La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

**Mme Laurence Cohen.** Je veux souligner que cet amendement a été présenté par de nombreux membres de la délégation aux droits des femmes.

Arguer, pour justifier un avis défavorable sur cet amendement, que cette préconisation relèverait du suivi classique des femmes enceintes nous semble complètement insuffisant, car il s'agit d'un véritable problème de santé publique sur lequel nous avons été alertés.

**Mme Catherine Génisson.** Absolument !



**Mme Laurence Cohen.** La loi doit renforcer la prévention et le suivi des femmes enceintes, dans la mesure où le nombre de fumeuses parmi elles ne cesse de croître. L'avis du rapporteur, approuvé par la majorité des membres de la commission, ne tient pas compte de cette réalité.

Je soutiens donc cet amendement, que j'ai d'ailleurs cosigné.

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

**M. Alain Vasselle.** S'il s'agit vraiment d'un problème de santé publique, je ne comprends pas pourquoi les auteurs de l'amendement souhaitent limiter ce suivi des femmes enceintes à certaines régions, sur l'initiative de l'État.

Pourquoi certaines régions et pas d'autres ? Je suppose que ce problème se pose partout en France...

Par ailleurs, pourquoi mettre en place ce suivi à titre expérimental pour une durée de trois ans ? Si ce problème de santé publique est reconnu, il faut alors conduire une politique sur le territoire national en direction de toutes les femmes enceintes. À défaut, votre demande n'est pas fondée.

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

**M. Yves Daudigny.** Dans ce domaine comme dans d'autres, et notamment en matière de prévention, ce n'est pas la loi du « tout ou rien » qui s'applique. Si tel était le cas, il faudrait interdire toute consommation de tabac et prendre des mesures plus directes contre l'alcool.

Je soutiens et voterai cet amendement, car la consommation de tabac par les femmes, en particulier lorsqu'elles sont enceintes, est un problème de santé publique. Nous avons pu, les uns et les autres, observer de tels comportements dans nos entourages respectifs.

**M. Alain Vasselle.** Pourquoi prévoir une mise en place à titre expérimental ? C'est ridicule !

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

**M. Gilbert Barbier.** Je soutiens, moi aussi, cet amendement.

Il est vrai, monsieur Vasselle, que ce dispositif serait mis en place à titre expérimental pendant trois ans. Je ne sais pas s'il sera possible de mener une étude suffisamment poussée dans ces conditions. Néanmoins, il faut tout essayer et ne pas repousser d'emblée le principe de cette consultation, qui nécessitera quand même quelques moyens.

C'est une piste. Débouchera-t-elle sur une solution ? Nous le verrons dans trois ans. Je considère qu'il est positif de tester ce dispositif dans quelques régions ; je ne vois d'ailleurs pas comment on pourrait procéder autrement.

Je voterai donc cet amendement.

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

**M. Alain Marc.** S'il s'agit d'un véritable problème de santé publique, pourquoi ne sous-amenderait-on pas cet amendement, en proposant que le dispositif couvre l'intégralité du territoire national ? (*M. Alain Vasselle s'exclame.*) On parlait tout à l'heure de cohérence : voilà une mesure qui serait cohérente !

**M. le président.** La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

**M. Alain Milon, corapporteur.** Je vais m'efforcer de défendre la position de la commission des affaires sociales, en posant une question toute bête à ceux qui souhaitent insérer une

telle disposition dans la loi. Quel gynécologue obstétricien, voyant une femme enceinte fumer, ne lui conseillerait pas de consulter un tabacologue ? Et quelle est l'utilité d'inscrire dans la loi ce qui existe déjà ?

**M. Alain Vasselle.** Remarque pertinente !

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Mettre en place une expérimentation, cela signifie organiser un dispositif qu'il va falloir ajuster. En effet, on n'est pas certain de tomber pile sur la bonne solution la première fois.

En outre, notre système juridique est ainsi fait que nous avons aussi besoin de passer par la loi pour prévoir des expérimentations.

Nous ne nous disons pas certains à 100 % que cette façon d'organiser les choses sera la bonne. Il est même probable que nous expérimenterons des dispositifs différents selon les régions, pour voir lequel fonctionnera le mieux. Nous essayons d'être pragmatiques et cela passe, encore une fois, par un travail d'organisation sur le terrain, par du volontarisme et par le volontariat des professionnels. Voilà pourquoi nous ne proposons pas un dispositif d'emblée bouclé pour l'ensemble du territoire.

**M. Yves Daudigny.** Très bien !

**M. le président.** La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

**M. Alain Milon, corapporteur.** J'ai une dernière question à poser. Nous avons beaucoup parlé, cet après-midi, des sages-femmes et des différentes fonctions que l'on pourrait leur attribuer. Ainsi, nous avons voté un amendement tendant à les autoriser à donner à leurs patientes des substituts nicotiques. Et l'on veut demander aux gynécologues d'interdire aux femmes de fumer ? J'aimerais que l'on m'explique ce paradoxe !

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n° 11 rectifié *bis* et 478.

(*Les amendements ne sont pas adoptés.*)

**M. le président.** En conséquence, l'article 33 *bis* demeure supprimé.

## Article 34

- ① I. – Le livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le troisième alinéa de l'article L. 6143-7 est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ③ « Le présent alinéa n'est pas applicable aux praticiens placés en position de remplaçants en application de l'article L. 6152-1-1. » ;
- ④ 2° Après l'article L. 6146-2, il est rétabli un article L. 6146-3 ainsi rédigé :
- ⑤ « *Art. L. 6146-3.* – Les établissements publics de santé peuvent avoir recours à des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques pour des missions de travail temporaire, dans les conditions prévues à l'article 9-3 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Ces établissements s'assurent auprès des ordres professionnels concernés, avant le début de la mission de travail temporaire, que ces personnels exercent légalement leur profession.

- ⑥ « Le montant journalier des dépenses susceptibles d'être engagées par praticien par un établissement public de santé au titre d'une mission de travail temporaire prévue au premier alinéa du présent article ne peut excéder un plafond dont les conditions de détermination sont fixées par voie réglementaire. » ;
- ⑦ 3° Après l'article L. 6152-1, il est inséré un article L. 6152-1-1 ainsi rédigé :
- ⑧ « *Art. L. 6152-1-1.* – Pour assurer des missions de remplacement temporaire au sein des établissements publics de santé, les praticiens titulaires relevant du 1° de l'article L. 6152-1 peuvent, sur la base du volontariat, être en position de remplaçants dans une région auprès du Centre national de gestion mentionné à l'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, dans des conditions et pour une durée déterminées par le décret en Conseil d'État mentionné à l'article L. 6152-6.
- ⑨ « Le Centre national de gestion exerce à l'égard de ces praticiens remplaçants toutes les prérogatives reconnues à l'autorité investie du pouvoir de nomination et les rémunère lorsqu'ils sont placés en position de remplaçants. Les conditions dans lesquelles l'établissement public de santé rembourse au Centre national de gestion les dépenses exposées à ce titre sont déterminées par décret en Conseil d'État. » ;
- ⑩ 4° L'article L. 6152-6 est complété par les mots : « et de l'article L. 6152-1-1 ».
- ⑪ II (*Non modifié*). – Le 2° de l'article L. 1251-60 du code du travail est complété par la référence : « et par le chapitre II du titre V du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du code de la santé publique ».

**M. le président.** La parole est à Mme Annie David, sur l'article.

**Mme Annie David.** Cet article est présenté comme un encadrement du recours à des professionnels de santé intérimaires par les établissements publics de santé. Pour ce faire, un nouvel article est introduit dans le code de la santé publique, l'article L. 6146-3, lequel autorise les établissements de santé à recruter « des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques pour des missions de travail temporaire », et fixe un plafond pour limiter le montant journalier des dépenses des praticiens et des entreprises de travail temporaire.

Il s'agit, en réalité, de valider le recours à l'intérim, qui pourra se pratiquer désormais à une échelle encore plus importante.

Encore une fois, c'est pour faire face à la carence des praticiens dans les établissements de santé que de telles mesures sont prises. Par exemple, des praticiens volontaires peuvent être placés en position de remplacement auprès du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière.

Si nous préférons, bien sûr, que le recours au travail intérimaire soit encadré, plutôt que d'en rester à la situation actuelle dans laquelle les contrats sont négociés de gré à gré, nous portons la critique sur le recours au travail intérimaire à l'hôpital et sur la précarité que cela produit.

Alors que l'on estime à 500 millions d'euros par an le surcoût que représente pour les établissements publics de santé le recours à l'intérim médical, il est nécessaire de pousser le débat plus avant sur l'utilisation de cet argent.

Pourquoi ne pas recruter directement des spécialistes supplémentaires dans les hôpitaux, plutôt que d'attendre que surviennent des difficultés qui imposeront de recourir temporairement à des spécialistes ?

La constitution d'une liste de praticiens hospitaliers remplaçants est une solution à court terme. Elle ne résoudra pas ce problème appelé à s'amplifier encore davantage, notamment du fait du vieillissement des praticiens en activité. Je ne reviendrai pas sur notre précédent débat relatif au *numerus clausus*...

Il est question, avec cet article, de la gestion des personnels, de la bonne utilisation de l'argent public, mais aussi des conditions de travail dans les établissements de santé. Il serait temps d'investir massivement dans un plan de recrutement des spécialistes de santé, plutôt que de permettre la banalisation de l'intérim, parfois synonyme de précarité, dans nos établissements de santé.

**M. le président.** La parole est à Mme Catherine Génisson, sur l'article.

**Mme Catherine Génisson.** Nous abordons avec l'article 34, qui crée le statut de médecin intérimaire, un sujet important.

La loi HPST avait déjà créé le statut de médecin contractuel, lequel concerne essentiellement des chirurgiens, des anesthésistes, parfois des obstétriciens, qui assurent des prestations dans les hôpitaux afin de remplir les « trous » des listes de garde. La présence de ces spécialistes permet d'assurer la sécurité sanitaire de nos concitoyens accueillis dans les établissements.

À ce jour, la présence de ces médecins est obligatoire et il est important de définir leurs conditions d'exercice. Nombre d'excès ont en effet été constatés dans l'accomplissement de leurs prestations. Loin de moi l'idée de contester leurs compétences, mais il faut bien dire que certains d'entre eux se contentent d'assurer une prestation, sans participer aucunement au projet médical du service, du pôle ou de l'établissement.

Il est donc nécessaire de prévoir un statut qui encadre leur exercice, mais aussi de réfléchir à l'évolution du statut des praticiens hospitaliers. Il ne suffit pas de dire : il faut qu'ils viennent dans les établissements ; nous devons nous demander pourquoi ils ne le font pas.

Dans son excellent rapport consacré à l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public, notre ancien collègue Jacky Le Menn propose des solutions. Le débat est désormais ouvert.

Madame la ministre, nous voterons l'article 34 créant le statut de médecin intérimaire, en considérant néanmoins qu'il ne constitue pas une fin en soi.

Il convient également de réfléchir au statut des praticiens hospitaliers et à l'organisation de l'exercice de leur profession à l'intérieur de l'hôpital public et, plus largement, dans un système de coopération avec d'autres établissements. Ainsi pourrions-nous assurer une présence non pas permanente, mais très importante, de ces praticiens, qui pourront alors défendre le service public, l'hôpital public et leur profession.

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 34.

(*L'article 34 est adopté.*)

### Articles additionnels après l'article 34

**M. le président.** L'amendement n° 798 rectifié, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 34

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 6143-7 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À la dernière phrase du troisième alinéa, les mots : « du président » sont supprimés ;

2° Le dixième alinéa est ainsi rédigé :

« 4° Soumet pour délibération au conseil de surveillance le programme d'investissement ; ».

La parole est à Mme Laurence Cohen.

**Mme Laurence Cohen.** Cet amendement portant article additionnel concerne les conditions d'existence de la démocratie sanitaire, laquelle ne saurait être une coquille vide.

Depuis l'adoption en 2009 de la loi HPST, la gestion du personnel et la gouvernance ont été profondément modifiées, notamment pour aller dans le sens d'une gestion comptable et financière. La concentration des décisions de l'établissement entre les seules mains du président du conseil de surveillance est contraire, selon nous, aux exigences de la démocratie sanitaire et sociale.

Pour cette raison, nous proposons de passer d'un avis unique du président du conseil de surveillance à un avis du conseil de surveillance dans son ensemble, au sein duquel sont représentés les agents et les professionnels de santé, ainsi que les élus locaux.

Notre amendement vise particulièrement les cas de décisions d'investissement en matière de matériel médical.

Nous l'avons en effet observé à de nombreuses reprises lors des précédentes réorganisations des hôpitaux, les investissements matériels étaient en réduction constante lors des périodes antérieures, ce qui permettait ensuite de justifier la nécessité de réorganiser les services et de moderniser les appareils.

Vous le voyez, mes chers collègues, cette question n'est pas sans importance. Elle ne peut donc relever de la responsabilité d'une seule personne, mais doit au contraire être confiée à l'attention du conseil de surveillance dans son ensemble.

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

**M. Alain Milon, corapporteur.** Cet amendement vise à ce que les décisions de nomination et de mise en recherche d'affectation prises par le directeur d'un établissement de santé soient soumises à l'avis de la commission médicale d'établissement, la CME, et non de son seul président.

Il vise à prévoir, par ailleurs, que le programme d'investissement d'un établissement de santé soit approuvé par le conseil de surveillance, et non déterminé par le seul directeur, l'avis de la CME relatif aux équipements médicaux étant supprimé.

Il ne nous paraît pas souhaitable d'alourdir ainsi les règles de gouvernance des établissements de santé au détour d'un amendement, sans qu'une étude d'impact ait pu être réalisée et que des concertations avec les acteurs concernés aient pu

être organisées. De plus, la suppression de l'avis de la CME lors de l'élaboration du programme d'investissement ne semble pas pertinente.

En outre, les dispositions proposées sont sans lien avec l'objet de l'article 34, qui est relatif aux praticiens assurant des missions temporaires.

La commission demande donc le retrait de cet amendement. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Même avis.

**M. le président.** Madame Cohen, l'amendement n° 798 rectifié est-il maintenu ?

**Mme Laurence Cohen.** Je le maintiens, monsieur le président, et ce pour deux raisons.

Premièrement, il n'aura pas échappé à M. le rapporteur que cet amendement n'était pas rattaché à l'article 34, mais qu'il visait à insérer un article additionnel après ledit article. Une partie de son argumentation est donc sans fondement.

Deuxièmement, quand on veut faire vivre la démocratie sanitaire et sociale, il faut partager les pouvoirs. Le fait que tout soit entre les mains du seul directeur n'est pas un gage de démocratie. Faire participer le plus grand nombre est, en revanche, facteur de partage, de plus d'intelligence et de plus de proximité.

À travers cet amendement, le groupe communiste républicain et citoyen entend montrer qu'il souhaite des contre-pouvoirs, au lieu d'une concentration de tous les pouvoirs entre les mains d'un directeur, d'un président. Visiblement, nous sommes peu entendus.

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

**M. Dominique Watrin.** Je sais que l'heure est tardive, mais il me semble que le sujet est particulièrement important. Lorsque je visite les hôpitaux de mon département, j'entends parler de déficits, s'élevant ici à 1,5 million d'euros, là à 2 ou 3 millions d'euros. On m'informe que le directeur a fait construire des bâtiments, parfois sans même autorisation d'activité. Ces investissements ne servent en réalité à rien, mais une seule personne en a décidé ainsi !

Même s'il est tard, j'aurais aimé que M. le rapporteur prête davantage attention à nos propos et que Mme la ministre développe un peu plus sa réponse. Une étude d'impact de la proposition contenue dans notre amendement pourrait au moins être faite. La réalité nous le montre tous les jours, le plan Hôpital a poussé les hôpitaux à faire des investissements, mais les promesses d'accompagnement financier de l'État n'ont pas été tenues. Aujourd'hui, ces établissements sont confrontés à des déficits considérables. On demande aux salariés de les éponger et aux patients d'accepter que des services ferment ou soient réduits. C'est inacceptable !

Je le redis, même à cette heure tardive, il n'est pas normal que nous obtenions si peu de réponses aux questions de fond que nous posons et qui sont déterminantes pour l'avenir de notre système de santé. Je tenais à le dire !

**Mme Annie David.** Très bien !

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 798 rectifié.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 797 rectifié, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 34

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le sixième alinéa de l'article L. 6143-7 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Après approbation du directoire, son président : ».

La parole est à M. Dominique Watrin.

**M. Dominique Watrin.** Cet amendement vise à mettre en œuvre la démocratie sanitaire, cette fois au niveau des ARS.

Nous contestons le rôle purement consultatif accordé au directoire des ARS. Je précise que nous n'avons jamais été convaincus que ces structures permettraient d'assurer une démocratie sanitaire. Cependant, maintenant qu'elles existent, il nous importe d'essayer d'améliorer leur fonctionnement.

À cette fin, nous souhaitons instaurer des contre-pouvoirs à ces directrices et directeurs d'ARS, lesquels, comme vous le savez, – j'ai consulté des directeurs d'établissements, mais la même remarque peut être faite au niveau des régions de santé – possèdent aujourd'hui des pouvoirs hégémoniques.

Nous proposons d'instaurer – ou plutôt de rétablir, car cela existait avant – des pouvoirs au sein même des ARS, en interne, notamment sur des sujets aussi importants que le projet médical d'établissement, la politique de la qualité et de la sécurité des soins, la participation à une coopération.

Aussi, nous demandons, à travers cet amendement, que l'approbation du directoire soit requise.

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

**M. Alain Milon, corapporteur.** L'article L. 6143-7 du code de la santé publique est relatif aux compétences du directeur d'un établissement de santé, et non à celles du directeur de l'ARS, comme pourrait le laisser penser, sans doute par erreur, l'exposé des motifs du présent amendement.

La loi HPST a précisé qu'un certain nombre de décisions ne peuvent être prises par le directeur d'établissement qu'après concertation avec le directoire. Le présent article vise à ce que ces décisions soient conditionnées à une approbation de ladite instance.

Prévoir une approbation du directoire pour la totalité des actes mentionnés à l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, dont certains ont une portée essentiellement administrative, serait problématique et alourdirait inutilement la gouvernance des établissements de santé.

En outre, ces dispositions seraient en contradiction avec ledit article, qui définit les missions du directoire et lui confie, sauf pour le projet médical et le projet d'établissement, une mission de conseil auprès du directeur.

Faute d'un retrait, l'avis de la commission sera défavorable.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Je ne sais pas bien sur quel élément fonder ma réponse. Le directoire concerne les établissements de santé, et non les agences régionales de santé.

Si l'amendement porte sur les agences régionales de santé, il faudrait qu'il soit rattaché à un autre endroit du texte. Si, en revanche, il porte sur les établissements de santé, se pose alors la question de la gouvernance et de la relation entre la commission médicale d'établissement et la direction.

Les dispositions proposées dans le texte résultent d'un équilibre qui a été accepté par l'ensemble des conférences médicales, d'un côté, et des directeurs, de l'autre. Cet équilibre ne doit pas être modifié.

Je demande donc le retrait de cet amendement ; à défaut, l'avis sera défavorable.

**M. Dominique Watrin.** Je retire mon amendement, monsieur le président !

**M. le président.** L'amendement n° 797 rectifié est retiré.

L'amendement n° 799 rectifié *bis*, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 34

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le 14° de l'article L. 6143-7 du code de la santé publique est abrogé.

La parole est à Mme Laurence Cohen.

**Mme Laurence Cohen.** L'article L. 6143-7 du code de la santé publique détermine les missions des directeurs d'établissement. Parmi ces missions figure la possibilité de passer outre un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement.

Cette disposition est à l'origine, me semble-t-il, de la décision du directeur de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, Martin Hirsch, de modifier l'organisation de travail en passant de 35 heures à 39 heures, contre l'avis des organisations syndicales du personnel, en vue d'économiser 20 millions d'euros.

L'ensemble des syndicats représentatifs du personnel – CGT, SUD, FO, CFDT, mais aussi l'UNSA, la CFTC et la CFE-CGC – ont appelé à faire grève il y a une dizaine de jours, pour la cinquième fois depuis le 18 juin.

Depuis, la situation semble bloquée et M. Hirsch refuse toute concession aux syndicats, qui ont pourtant été très mobilisés, puisque 34 % du personnel ont fait grève le premier jour. Cette actualité démontre, s'il en était besoin, que ne pas prendre en considération l'avis des agents et de leurs représentants s'agissant de l'organisation d'un établissement de santé est lourd de conséquences pour les personnels et, donc, pour les patients.

Dès lors, il y a lieu de supprimer la possibilité de modifier l'organisation de travail contre l'avis de tous. Rétablir des règles qui garantissent le respect du personnel, tel est le sens de notre amendement.

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

**M. Alain Milon, corapporteur.** L'avis est défavorable. L'amendement vise à supprimer les dispositions du code de la santé publique qui permettent au directeur d'un établissement de santé, à défaut d'un accord avec les organisations syndicales, de déterminer l'organisation du temps de travail et des temps de repos.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Avis défavorable.

**M. le président.** La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

**Mme Laurence Cohen.** Il est important que, même à minuit, nous puissions débattre de l'exercice de la démocratie sanitaire et sociale. M. le rapporteur, je n'en suis pas étonnée, nous dit que le directeur doit pouvoir prendre seul une

décision. Or j'ai fait exprès de citer des organisations syndicales, certes très diverses, mais rassemblées dans la lutte pour la préservation des conditions de travail à l'AP-HP. J'estime que cela mériterait plus de deux secondes d'échanges !

Alors que nous sommes en train de réorganiser et de moderniser notre système de santé et que nous évoquons les questions d'organisation territoriale et de gouvernance, il faut essayer d'aller au fond des choses.

Certes, nos amendements peuvent ne pas toujours être rattachés au bon endroit du texte – les conditions d'exercice du mandat parlementaire sont quelque peu compliquées ces derniers temps ! –, mais il est tout de même important de noter que dans le projet de loi qui nous est proposé les pouvoirs sont loin d'être partagés.

Nous ne devons pas rencontrer les mêmes personnels ! Nous, quand nous allons dans les hôpitaux, nous rencontrons des agents fort mécontents du non-partage des décisions, car les décisions prises ne vont dans le sens ni de l'intérêt public ni de celui des patients et ne favorisent pas une organisation sanitaire de proximité. Cette organisation est pourtant revendiquée par le Gouvernement, par la voix de Mme la ministre, et par l'ensemble de mes collègues sur toutes les travées !

On nous dit : « Circulez, il n'y a rien à voir, tout va bien ! » Un seul homme décide, mais cela ne pose aucun problème de démocratie et d'exercice de pouvoir... Permettez-nous d'en douter !

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 799 rectifié *bis*.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 800 rectifié, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 34

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 6141-7-3 du code de la santé publique est abrogé.

La parole est à Mme Annie David.

**Mme Annie David.** Notre amendement vise à supprimer la faculté dont disposent les établissements de santé, y compris publics, de créer des fondations dédiées à la recherche.

Vous vous en doutez bien, notre volonté n'est pas de contribuer à réduire les moyens de la recherche mais, au contraire, de demander à l'État de prendre ses responsabilités pour lancer un grand plan d'investissement dans le domaine de la recherche, notamment en santé. Nous défendons, en effet, une recherche publique et nationale, reposant d'abord et avant tout sur des financements publics.

L'article L. 6141-7-3 du code de la santé publique a permis aux établissements publics de santé de trouver des financements propres pour leurs recherches, afin de pallier le désengagement progressif de l'État en la matière.

Plutôt que la recherche de financements privés, lesquels sont de nature à remettre en question les principes du service public de santé, nous demandons la création de pôles publics de recherche qui disposent de véritables moyens financiers et humains pour garantir une recherche publique de qualité. À l'heure où éclatent des conflits d'intérêts, c'est aussi la garantie d'une recherche indépendante.

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

**M. Alain Milon, corapporteur.** Je serai très bref, et je m'en excuse par avance auprès de nos collègues du groupe CRC, mais il ne faut pas demander au rapporteur de la loi HPST de supprimer les fondations hospitalières !

L'avis est défavorable.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Pour favoriser la recherche, nous avons instauré la possibilité de créer des fondations hospitalières. À ce jour, une seule fondation a été mise sur les rails, qui concerne l'AP-HP. Il s'agit de rassembler le plus de moyens possibles pour que la recherche se développe. Cela ne se fait pas au détriment de la recherche publique. Ce n'est pas une alternative. L'ensemble des moyens doivent converger pour que des projets importants puissent être menés afin que les patients puissent, à terme, en bénéficier.

L'avis est donc également défavorable.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 800 rectifié.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Mes chers collègues, il est minuit. La conférence des présidents avait ouvert la nuit, mais, compte tenu d'un certain nombre de contraintes, je vous propose, avec l'accord de la commission et du Gouvernement, de nous arrêter après l'examen de l'article 34 *quater*, soit dans environ un quart d'heure ; nous examinerions l'article 35, sur lequel ont été déposés un grand nombre d'amendements, lors de la prochaine séance. *(Assentiment.)*

L'amendement n° 618, présenté par MM. Daudigny et Anziani, Mme Bataille, M. Berson, Mme Bonnefoy, MM. Courteau, Madrelle, Manable et F. Marc, Mmes Monier et Schillinger et M. Tourenne, est ainsi libellé :

Après l'article 34

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Le Gouvernement est habilité à créer un diplôme d'assistant médico-technique en dermatologie.

II. – Les conditions d'admission au diplôme et de déroulement de la formation sont définies après consultation des professionnels concernés.

III. – Les conditions d'exercice de cette profession sont définies par arrêté.

La parole est à M. Yves Daudigny.

**M. Yves Daudigny.** Cet amendement s'inscrit dans la logique de l'amendement n° 619 relatif à l'utilisation des appareils à rayonnement optique et électromagnétique. La réglementation actuelle est, je l'ai dit précédemment, obsolète, puisqu'elle s'avère impropre à sécuriser l'emploi de ces appareils.

Il est légitime que ces difficultés soient évoquées et trouvent réponse dans le cadre de ce projet de loi, au regard des impératifs de protection de la santé publique.

Madame la ministre, j'ai entendu les éclaircissements que vous nous avez donnés sur cette question et, dans l'attente des conclusions du rapport de l'ANSES et des propositions qui en résulteront, l'amendement est retiré.

**M. le président.** L'amendement n° 618 est retiré.

L'amendement n° 1197, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Après l'article 34,

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Après l'article 14-1 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs et portant modification de la loi n° 86-1290 du 23 décembre 1986, il est inséré un article 14-2 ainsi rédigé.

« Art 14-2. – La résiliation du contrat de location peut être prononcée par le bailleur Assistance publique-Hôpitaux de Paris, le bailleur Hospices civils de Lyon ou le bailleur Assistance publique-Hôpitaux de Marseille en vue d'attribuer ou de louer le logement à une personne en raison de l'exercice d'une fonction ou de l'occupation d'un emploi dans l'un de ces établissements publics de santé et dont le nom figure sur la liste des personnes ayant formulé une demande de logement.

« La résiliation prononcée en application du premier alinéa ne peut produire effet avant l'expiration d'un délai de six mois à compter de la notification de sa décision par l'un des établissements publics de santé susmentionnés à l'occupant. Cette décision comporte le motif de la résiliation et la nature des fonctions occupées par la ou les personnes auxquelles le bailleur envisage d'attribuer ou de louer le logement.

« Dans le cas où le bien n'est pas attribué ou loué à l'une des personnes mentionnées au premier alinéa, l'établissement public de santé concerné est tenu, sur simple demande de l'ancien occupant, de conclure avec ce dernier un nouveau contrat de location pour la durée prévue à l'article 10. »

II. – Les dispositions du I sont applicables aux contrats de location en cours à la date de publication de la présente loi. La notification de la décision de l'établissement public de santé concerné doit alors intervenir dans un délai de huit mois avant la date d'effet de la résiliation. Le locataire qui répond aux critères mentionnés au III de l'article 15 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs et portant modification de la loi n° 86-1290 du 23 décembre 1986, titulaire d'un contrat de location à la date de publication de la présente loi, n'est pas concerné par les présentes dispositions.

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Cet amendement a déjà donné lieu à des interventions publiques, donc il me semble que chacun peut identifier de quoi il s'agit.

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris, l'AP-HP, est propriétaire de logements mis en location auprès de locataires privés, lesquels s'acquittent de loyers inférieurs au prix de marché. Or certains de ces locataires n'ont pas ou n'ont plus de lien avec l'AP-HP.

Cet amendement vise donc à augmenter le nombre de logements à disposition du personnel des établissements publics de santé de l'AP-HP, des Hospices civils de Lyon et de l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille, à travers un passage en revue des différents baux.

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

**M. Alain Milon, corapporteur.** La commission des affaires sociales émet un avis favorable, d'autant que le conseil de surveillance de l'AP-HP a voté cette mesure à l'unanimité.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 1197.

*(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.

### Article 34 bis A (Non modifié)

- ① Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 6154-2 est ainsi modifié :
- ③ a) Au début, il est ajouté un I ainsi rédigé :
- ④ « I. – Peuvent exercer une activité libérale les seuls praticiens adhérant à la convention régissant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.
- ⑤ « En cas de suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre de cette convention, résultant d'une décision du directeur d'un organisme d'assurance maladie, et après expiration des voies de recours, l'autorisation mentionnée à l'article L. 6154-4 du présent code est suspendue pendant toute la durée de la mise hors convention.
- ⑥ « Les praticiens faisant l'objet d'une telle mesure ne peuvent pas siéger au sein des commissions locales et régionales de l'activité libérale, mentionnées, respectivement, aux articles L. 6154-5 et L. 6154-5-1, pendant la durée restante de leur contrat.
- ⑦ « Les conditions d'application de ces dispositions sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;
- ⑧ b) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « II. – » ;
- ⑨ c) Au premier alinéa, après le mot : « hospitalisation », sont insérés les mots : « ; elle est organisée de manière à garantir l'information des patients et la neutralité de leur orientation entre activité libérale et activité publique » ;
- ⑩ d) Sont ajoutés des III et IV ainsi rédigés :
- ⑪ « III. – Par dérogation à l'article L. 6152-5-1, seules les clauses prévues au IV du présent article s'appliquent aux praticiens hospitaliers autorisés à exercer une activité libérale.
- ⑫ « IV. – Le contrat mentionné à l'article L. 6154-4 prévoit une clause engageant le praticien, en cas de départ temporaire ou définitif, excepté lorsqu'il cesse ses fonctions pour faire valoir ses droits à la retraite, à ne pas s'installer, pendant une période au minimum égale à six mois et au maximum égale à vingt-quatre mois, et dans un rayon au minimum égal à trois kilomètres et au maximum égal à dix kilomètres, à proximité de l'établissement public de santé qu'il quitte.
- ⑬ « En cas de non-respect de cette clause, une indemnité compensatrice est due par le praticien. Le montant de cette indemnité, dont les modalités de calcul sont prévues au contrat, ne peut être supérieur à 30 % du montant mensuel moyen des honoraires perçus au titre de l'activité libérale durant les six derniers mois, multiplié par le nombre de mois durant lesquels la clause prévue au premier alinéa du présent IV n'a pas été respectée.
- ⑭ « Dès que le non-respect de cette clause a été dûment constaté dans le respect du contradictoire, sur proposition du directeur de l'établissement et du président de la

commission médicale d'établissement et après avis de la commission consultative régionale de l'activité libérale, le directeur général de l'agence régionale de santé notifie au praticien, par tout moyen approprié, la décision motivée lui appliquant l'indemnité prévue au contrat et en déterminant le montant.

- 15 « Ces dispositions ne sont pas applicables aux praticiens exerçant à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, aux hospices civils de Lyon et à l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille en raison des configurations particulières de l'offre de soins dans ces agglomérations urbaines.
- 16 « Les conditions d'application de ces dispositions sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;
- 17 2° À la fin du deuxième alinéa de l'article L. 6154-3, les mots : « et le volume des actes qu'il effectue » sont remplacés par les mots : « , le nombre et la nature des actes qu'il effectue et ses dépassements d'honoraires éventuels, en vue d'exercer les prérogatives prévues au présent chapitre » ;
- 18 3° La première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 6154-4 est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :
- 19 « Ce contrat, d'une durée de cinq ans, est transmis par le directeur de l'établissement au directeur général de l'agence régionale de santé avec son avis ainsi que ceux du chef de pôle et du président de la commission médicale d'établissement. Le directeur général de l'agence régionale de santé approuve ce contrat. » ;
- 20 4° L'article L. 6154-5 est ainsi modifié :
- 21 a) Après le mot : « veiller », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « à la bonne application des dispositions législatives et réglementaires régissant cette activité ainsi qu'au respect des clauses des contrats d'activité libérale. » ;
- 22 b) Le deuxième alinéa est supprimé ;
- 23 c) Au troisième alinéa, les mots : « ces commissions, au sein desquelles » sont remplacés par les mots : « cette commission, au sein de laquelle » ;
- 24 d) Le dernier alinéa est ainsi rédigé :
- 25 « Sous réserve du respect du secret médical, cette commission a accès à toute information utile sur l'activité tant libérale que publique d'un praticien exerçant une activité libérale, en vue d'exercer les prérogatives prévues au présent chapitre. » ;
- 26 5° Après l'article L. 6154-5, il est inséré un article L. 6154-5-1 ainsi rédigé :
- 27 « *Art. L. 6154-5-1.* – Une commission régionale de l'activité libérale est placée auprès du directeur général de l'agence régionale de santé.
- 28 « La commission établit périodiquement le bilan régional de l'activité libérale des praticiens statutaires à temps plein.
- 29 « À la demande du directeur général de l'agence régionale de santé, la commission émet un avis sur les autorisations d'exercice délivrées en application de l'article L. 6154-4. Elle est obligatoirement consultée sur les mesures de suspension ou de retrait d'autorisation proposées en application de l'article L. 6154-6 ainsi que sur la décision d'appliquer l'indemnité prévue au deuxième alinéa du IV de l'article L. 6154-2. Elle peut également faire des propositions afin d'améliorer les

conditions dans lesquelles il est veillé au respect des dispositions législatives et réglementaires applicables en matière d'activité libérale.

- 30 « Elle est présidée par une personnalité indépendante nommée par le directeur général de l'agence régionale de santé.
- 31 « La composition et les conditions de fonctionnement de cette commission consultative régionale de l'activité libérale, au sein de laquelle doit notamment siéger un représentant des usagers du système de santé, au sens de l'article L. 1114-1, sont fixées par voie réglementaire.
- 32 « Sous réserve du respect du secret médical, le directeur général de l'agence régionale de santé et la commission consultative régionale ont accès à toute information utile sur l'activité tant libérale que publique d'un praticien exerçant une activité libérale, en vue d'exercer les prérogatives prévues au présent chapitre. » ;
- 33 6° L'article L. 6154-6 est ainsi rédigé :
- 34 « *Art. L. 6154-6.* – Le directeur de l'établissement public de santé ou les présidents des commissions locales de l'activité libérale mentionnées à l'article L. 6154-5 portent à la connaissance du directeur général de l'agence régionale de santé tout manquement d'un praticien aux obligations qui lui incombent en vertu des lois et règlements ou des stipulations du contrat qu'il a conclu en application de l'article L. 6154-4.
- 35 « Lorsqu'un praticien méconnaît ces obligations, l'autorisation mentionnée à l'article L. 6154-4 peut être suspendue ou retirée par le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis de la commission régionale mentionnée à l'article L. 6154-5-1. » ;
- 36 7° À l'article L. 6154-7, les références : « L. 6154-4, L. 6154-5 » sont remplacées par les références : « L. 6154-3 à L. 6154-6 ».

**M. le président.** L'amendement n° 206 rectifié, présenté par MM. Barbier, Mézard, Arnell, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin, Requier et Vall, est ainsi libellé :

Alinéa 34

Après les mots :

agence régionale de santé

insérer les mots :

et de l'ordre professionnel compétent

La parole est à M. Gilbert Barbier.

**M. Gilbert Barbier.** Le présent article traite du problème de l'exercice libéral des praticiens hospitaliers. L'article L. 6154-5-1, inséré dans le code de la santé publique par l'article 34 *bis* A, crée la commission régionale de l'activité libérale, qui a pour but d'examiner l'activité libérale dans les établissements hospitaliers.

Par ailleurs, la rédaction de l'article L. 6154-6 du même code, modifiée par l'article 34 *bis* A, prévoit que le directeur d'établissement ou les présidents des commissions locales de l'activité libérale portent à la connaissance du directeur général de l'ARS « tout manquement d'un praticien aux obligations qui lui incombent ».

Curieusement, il n'est pas prévu que l'ordre professionnel compétent soit informé de ces manquements. Pourtant, la déontologie médicale fait partie des obligations incombant à

tout praticien, qu'il soit libéral ou hospitalier, et le respect des engagements qu'il a souscrits vis-à-vis d'un établissement fait partie de ses devoirs déontologiques.

Je souhaite donc que l'on ajoute, dans l'alinéa 34 de l'article 34 *bis* A, la communication à l'ordre professionnel compétent des manquements de ces praticiens hospitaliers.

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

**M. Alain Milon, corapporteur.** Je serai très court, monsieur le président, parce que nous en avons déjà discuté avec Gilbert Barbier en commission des affaires sociales et que je ne reviendrai pas sur ce que nous nous sommes dit.

La commission émet un avis défavorable.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Avis défavorable. Je rappelle que les instances ordinaires locales sont présentes au sein des commissions locales de l'activité libérale.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 206 rectifié.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 34 *bis* A.

*(L'article 34 bis A est adopté.)*

#### **Article 34 bis** **(Non modifié)**

- ① Le chapitre V du titre II du livre I<sup>er</sup> de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Au huitième alinéa de l'article L. 5125-17, les mots : « au moins 5 % » sont remplacés par les mots : « directement une fraction » ;
- ③ 2° Après le même article L. 5125-17, il est inséré un article L. 5125-17-1 ainsi rédigé :
- ④ « *Art. L. 5125-17-1.* – Le pharmacien adjoint exerçant à titre exclusif son activité dans une officine exploitée par une société d'exercice libéral peut détenir, directement ou par l'intermédiaire d'une société de participations financières de profession libérale qu'il contrôle, une fraction du capital de cette société d'exercice libéral représentant jusqu'à 10 % de celui-ci.
- ⑤ « Le pharmacien adjoint associé de la société d'exercice libéral exploitant l'officine dans laquelle il exerce continue d'exercer dans le cadre d'un contrat de travail et demeure placé dans un lien de subordination juridique à l'égard du ou des pharmaciens titulaires de l'officine.
- ⑥ « Les modalités et les conditions d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État, pris après avis du Conseil national de l'ordre des pharmaciens et des organisations les plus représentatives de la profession. » – *(Adopté.)*

#### **Article additionnel après l'article 34 bis**

**M. le président.** L'amendement n° 1249, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'article 34 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 5126-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :

a) Au début, sont ajoutés trois alinéas ainsi rédigés :

« Par dérogation au deuxième alinéa de l'article L. 5126-1, un établissement de santé disposant d'une pharmacie à usage intérieur peut approvisionner en médicaments et dispositifs médicaux :

« 1° Un autre établissement de santé avec lequel il partage un plateau technique ou des locaux sous réserve que ce dernier dispose également d'une pharmacie à usage intérieur ;

« 2° Un autre établissement de santé géré par un groupement de coopération sanitaire dont il est membre et ne disposant pas d'une pharmacie à usage intérieur. » ;

b) Au premier alinéa, les mots : « Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 5126-1, » sont supprimés ;

2° À l'article L. 5126-3, les mots : « cinquième et septième alinéas » sont remplacés par les mots : « huitième et dixième alinéas ».

La parole est à Mme Catherine Deroche, corapporteur.

**Mme Catherine Deroche, corapporteur.** Les règles et dérogations applicables à la fourniture de médicaments et de dispositifs médicaux par les pharmacies à usage intérieur s'avèrent particulièrement complexes lorsqu'il s'agit d'une distribution entre établissements de santé.

Dans un souci de simplification de la gestion de ces produits et de mutualisation des moyens, le présent amendement vise à prévoir les cas dans lesquels les pharmacies à usage intérieur d'un établissement peuvent fournir un autre établissement sans l'autorisation de l'ARS. Il s'agit d'une demande formulée par des hôpitaux et des centres anti-cancéreux.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Il s'agit d'une difficulté réelle : il faut assouplir les règles d'approvisionnement. Or l'article 51 du présent projet de loi habilite le Gouvernement à simplifier et à harmoniser le régime des autorisations des pharmacies à usage intérieur, tout en facilitant les projets de coopération.

Je prends donc publiquement l'engagement que votre demande sera prise en compte dans le cadre de cette habilitation. Ainsi, au bénéfice de ces explications et de cet engagement, je vous demande de bien vouloir retirer votre amendement.

**M. le président.** Madame Deroche, l'amendement n° 1249 est-il maintenu ?

**Mme Catherine Deroche, corapporteur.** Considérant l'engagement que vient de prendre Mme la ministre, qui est très clair, je retire cet amendement, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 1249 est retiré.

#### **Article 34 ter A (nouveau)**

- ① Après le deuxième alinéa de l'article L. 5125-21 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :



- ② « Par dérogation à l’alinéa précédent, ce délai d’un an peut être renouvelé une fois par décision du directeur général de l’agence régionale de santé, en raison de l’état de santé du pharmacien titulaire. » – (*Adopté.*)

**Article 34 ter**  
(*Non modifié*)

- ① L’article 135 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

- ② « Cette durée maximale est portée à soixante mois pour les praticiens nés avant le 1<sup>er</sup> juillet 1951. Pour ceux nés entre le 1<sup>er</sup> juillet 1951 et le 1<sup>er</sup> janvier 1955, cette durée de soixante mois est réduite de la manière suivante :

- ③ « 1° À raison de quatre mois pour les praticiens nés entre le 1<sup>er</sup> juillet 1951 et le 31 décembre 1951 ;

- ④ « 2° À raison de cinq mois par génération pour les praticiens nés entre le 1<sup>er</sup> janvier 1952 et le 1<sup>er</sup> janvier 1955. »

**M. le président.** L’amendement n° 779, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Dominique Watrin.

**M. Dominique Watrin.** Cet article prévoit de prolonger la durée d’activité des praticiens hospitaliers nés avant le 1<sup>er</sup> janvier 1955 jusqu’à l’âge de soixante-dix ans. Selon le rapport de la commission, cette mesure s’inspire d’une demande des praticiens hospitaliers et vise à « faire face aux difficultés de recrutement de ces personnels en conservant plus longtemps en leur sein ceux qui désirent continuer à travailler au-delà de l’âge légal de la retraite qui leur est applicable ».

Nous avons plusieurs points de désaccord avec cet article. Tout d’abord, nous sommes opposés au travail au-delà d’un certain âge, car nous estimons que les travailleurs arrivés à cette limite, quelles que soient d’ailleurs leurs fonctions, ont largement gagné le droit de se reposer, de s’occuper de leur famille ou de s’investir dans des activités variées. Ce principe vaut pour les fonctionnaires comme pour les salariés et devrait aussi valoir pour les praticiens hospitaliers.

Ensuite, argument essentiel, il nous semble qu’à chaque métier correspond une pénibilité. La fatigue de l’âge sur le corps et l’esprit peut avoir des conséquences remettant en cause la capacité de travailler. Aussi, nous refusons de mettre en danger la santé des patients et des médecins âgés de soixante-dix ans travaillant dans les hôpitaux.

Enfin, l’argument invoqué consistant à justifier ce rallongement de la durée d’activité par le manque de médecins est inacceptable, eu égard au *numerus clausus* qui est resté inférieur à cinq mille places pendant vingt ans et qui se situe légèrement au-dessus de sept mille places depuis 2007. C’est à cette restriction, fondée à l’origine sur des économies budgétaires, qu’il faudrait avoir le courage de s’attaquer.

Tel est l’objet de cet amendement ; plutôt que de maintenir en activité plus longtemps les praticiens hospitaliers, il serait préférable de recruter de jeunes médecins en nombre suffisant pour répondre aux besoins.

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

**M. Alain Milon, corapporteur.** C’est un avis défavorable, d’autant que l’article 34 ter n’oblige pas les médecins retraités à travailler. Il s’agit d’un acte volontaire de leur part.

**M. Dominique Watrin.** Oui, mais tout de même !

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** C’est aussi un avis défavorable, sans quoi les médecins souhaitant continuer leur activité iront l’exercer ailleurs, ce qui est plutôt regrettable pour l’hôpital public.

**M. le président.** Je mets aux voix l’amendement n° 779.

(*L’amendement n’est pas adopté.*)

**M. le président.** Je mets aux voix l’article 34 ter.

(*L’article 34 ter est adopté.*)

**Article 34 quater**  
(*Non modifié*)

Après la dernière occurrence du mot : « article », la fin de l’article 138 de la même loi est ainsi rédigée : « 6-1 de la loi n° 84-834 du 13 septembre 1984 relative à la limite d’âge dans la fonction publique et le secteur public est portée, à titre transitoire, à soixante-douze ans jusqu’au 31 décembre 2022. »

**M. le président.** L’amendement n° 780, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Laurence Cohen.

**Mme Laurence Cohen.** Cet amendement de suppression s’inscrit dans la continuité de l’amendement n° 779 au sujet de la prolongation de l’activité des praticiens, même si celle-ci est volontaire.

En effet, le présent article prévoit l’augmentation de la limite d’âge des médecins et des infirmiers au titre du cumul entre emploi et retraite. Nous ne partageons pas l’avis des députés, qui ont estimé nécessaire d’autoriser ce cumul jusqu’à l’âge de soixante-douze ans pour les médecins et les infirmiers désireux de reprendre une activité dans des établissements de santé ou dans des établissements sociaux et médico-sociaux.

Là encore, on appréhende, selon nous, le problème à l’envers. Si nous manquons de médecins ou d’infirmiers, comme l’a dit mon collègue Dominique Watrin, examinons alors le *numerus clausus* ; et, si l’on ne veut pas le supprimer, augmentons en tout cas le nombre de médecins formés et favorisons l’externat dans les structures publiques de santé des zones fortement dotées en praticiens.

Nous refusons d’accepter, au nom de la pénurie des médecins, de casser les règles de protection collective et d’autoriser à cumuler emploi et retraite. En effet, cela aurait nécessairement pour conséquence un effet « boule de neige » dans d’autres professions ; pourquoi autoriser le cumul uniquement pour les médecins et les infirmiers ? On voit bien le danger que représentera cet article au cours des prochaines années : aux retraités qui, par exemple, n’auront pas assez cotisé, on dira de faire comme les médecins et les infirmiers, qui travaillent jusqu’à soixante-douze ans.

Comme je le disais précédemment, c’est donc prendre le problème à l’envers. Tel est l’objet de cet amendement.

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

**M. Alain Milon, corapporteur.** Pour les mêmes raisons que pour l’amendement n° 779, l’avis est défavorable.

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

**Mme Marisol Touraine, ministre.** Même avis.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 780.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 34 quater.

*(L'article 34 quater est adopté.)*

**M. le président.** Mes chers collègues, nous avons examiné au cours de la journée 154 amendements ; il en reste 370.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

15

## ORDRE DU JOUR

**M. le président.** Voici quel sera l'ordre du jour de la prochaine séance publique, précédemment fixée à aujourd'hui, mardi 29 septembre 2015, à quatorze heures trente, le soir et la nuit :

Suite du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé (n° 406, 2014-2015) ;

Rapport de M. Alain Milon, Mmes Catherine Deroche et Elisabeth Doineau, fait au nom de la commission des affaires sociales (n° 653, 2014-2015) ;

Texte de la commission (n° 654, 2014-2015) ;

Avis de M. Jean-François Longeot, fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable (n° 627, 2014-2015) ;

Avis de M. André Reichardt, fait au nom de la commission des lois (n° 628, 2014-2015).

Personne ne demande la parole?...

La séance est levée.

*(La séance est levée le mardi 29 septembre 2015, à zéro heure dix.)*

*Le Directeur du Compte rendu intégral*

FRANÇOISE WIART

## QUESTION(S) ORALE(S) REMISE(S) À LA PRÉSIDENTE DU SÉNAT

*Service historique de la défense et préservation du  
château de Vincennes*

N° 1260 – Le 24 septembre 2015 – **Mme Catherine Procaccia** interroge **M. le ministre de la défense** sur le service historique de la défense et le château de Vincennes.

En octobre 2013, une soirée et une nuit bruyantes réunissant 4 000 personnes dans l'enceinte du château de Vincennes avait entraîné des nuisances sonores et visuelles perturbant les très nombreux riverains qui résident à proximité.

À sa question orale n° 614, (réponse publiée au Journal officiel du 8 janvier 2014), la ministre de la culture avait alors assuré que la réinstallation de la commission interministérielle du château de Vincennes (CICV) devrait permettre une meilleure coordination entre les ministères de la défense et de la culture, qui occupent et gèrent le château, et les municipalités. Mais,

surtout, lui avait été promise la mise en place d'une information effective des Vincennois lors de la privatisation du monument pour de tels événements.

Avec près de 50 000 habitants sur moins de deux hectares, Vincennes est la deuxième ville la plus dense de France et son château est totalement intégré dans le centreville même s'il s'ouvre d'un côté sur une esplanade relevant de la ville de Paris.

Le service historique de la défense (SHD) a autorisé la privatisation du château de Vincennes le dimanche 13 septembre 2015 pour un concert électro en plein air qui a duré 9 heures et réuni cette fois 3 000 personnes. Pourtant aucune information préalable n'avait été apportée aux riverains qui ont subi les nuisances sonores jusqu'à 23 heures, fin du concert, s'interrogeant sur la nature de celui-ci.

À noter que le volume des décibels était tel qu'il a fait vibrer les vitraux de la Sainte Chapelle, selon l'administrateur du donjon et de la Sainte Chapelle.

Ceux qui ont été sur place ont remarqué l'orientation des haut-parleurs vers la ville et non vers le bois de Vincennes.

Elle précise ne pas être opposée par principe à ces opérations exceptionnelles. Si elle comprend tout à fait l'utilité financière de la location de cet espace historique, elle voudrait qu'elle respecte tant le monument historique que les habitants (et non les seuls riverains car le son ne s'arrête pas à quelques dizaines de mètres).

Elle souhaiterait savoir s'il entend donner des consignes fermes au SHD afin que soient prises en considération les nuisances sonores dans l'acceptation des projets de privatisation et lui demander d'organiser l'information de toute la population.

Enfin, elle aimerait que lui soit indiqué si la CICV s'était réunie préalablement et avait émis des réserves sur cette manifestation.

### *Sauvegarde et développement de la petite hydroélectricité*

N° 1261 – Le 1er octobre 2015 – **M. Jean-Jacques Lasserre** attire l'attention de **Mme la ministre de l'écologie, du développement durable et de l'énergie** sur la sauvegarde et le développement de la petite hydroélectricité. Les dernières lois promulguées dans le domaine environnemental sont destinées à encourager le recours aux énergies renouvelables : solaire, éolienne, géothermie etc. Il existe dans notre pays plusieurs milliers de moulins qui produisent déjà de l'hydroélectricité, et plusieurs milliers d'autres qui souhaiteraient investir pour en produire.

Or aujourd'hui, la complexité des demandes d'autorisation, le coût de l'investissement dans les équipements et les barrières administratives de la direction départementale des territoires et de la mer (DDTM) qui, concrètement, n'a aucune instruction pour favoriser les études et les autorisations, constituent autant de freins à la remise en état et à l'exploitation des moulins par des propriétaires découragés de produire de l'hydroélectricité.

Il y a donc une contradiction évidente entre la volonté du ministère de développer cette énergie alternative et la mise en valeur sur le terrain de ce potentiel par les représentations administratives de l'État.

La petite hydroélectricité, en plus d'être une énergie renouvelable, n'est pas polluante, elle est totalement respectueuse de l'environnement puisque les plans d'eau créés par les microcentrales sont autant d'écosystèmes protégés et de sites touristiques attractifs.

Elle constitue un apport énergétique marginal, certes, mais qui permet tout de même de contribuer à combler les besoins énergétiques croissants de notre pays.

De plus, les installations en rivière, associées aux microcentrales, jouent un rôle préventif en contribuant à l'étalement des crues. Or, le Pays Basque, par exemple, subit très régulièrement les conséquences des changements climatiques, puisque ces dernières années ont vu la multiplication de crues dévastatrices et catastrophiques, tant pour les cultures que pour l'environnement. À cet égard, il faut souligner que la politique de destruction des seuils naturels ou artificiels en rivière au motif de « continuité écologique » constitue une grave erreur dont la gestion s'avèrera très vite dramatique pour nos campagnes.

Enfin, alors que la France subit une crise structurelle de son agriculture, la petite hydroélectricité permet de créer en zone rurale des ressources complémentaires, des emplois et lutte également contre la désertification.

Il lui demande donc quelles mesures elle compte mettre en place pour faciliter le développement de la petite hydroélectricité.

#### *Mise en œuvre des temps d'activités périscolaires dans les établissements privés*

N° 1262 – Le 1<sup>er</sup> octobre 2015 – **M. Yannick Botrel** appelle l'attention de **Mme la ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche** sur l'absence de prise en charge par l'État, sur la base du décret n° 2014-457 du 7 mai 2014 portant autorisation d'expérimentations relatives à l'organisation des rythmes scolaires dans les écoles maternelles et élémentaires, des dépenses des communes inhérentes à la mise en œuvre des temps d'activités périscolaires (TAP) dans les établissements privés sous contrat d'association.

Alors que de nombreux établissements d'enseignement privés sous contrat d'association, en partenariat avec les communes, ont mis en œuvre des temps d'activités périscolaires dans le cadre de la réforme des rythmes scolaires, la non-éligibilité des dépenses inhérentes au titre du fonds de soutien crée une inégalité de traitement qui semble contestable, ou du moins qui pénalise les communes concernées, déjà lourdement impactées par la situation budgétaire contrainte que nous connaissons.

En ce sens, il l'interroge sur les raisons de cette non-éligibilité au fonds de soutien des communes au titre des établissements privés sous contrat d'association.

#### *Conditions d'accueil des migrants*

N° 1263 – Le 1<sup>er</sup> octobre 2015 – **M. Alain Fouché** attire l'attention de **M. le ministre de l'intérieur** sur les conditions d'accueil des migrants et tout particulièrement sur l'instruction de leurs demandes d'asile.

Le 7 septembre 2015, M. le président de République a annoncé l'accueil de 24 000 réfugiés sur les deux prochaines années. Pour obtenir ce statut de réfugiés, les migrants devront d'abord déposer une demande d'asile auprès de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA). Or, M. le ministre n'est pas sans ignorer que l'OFPRA et ses quelque 500 agents sont saturés.

En effet, le nombre de demandeurs d'asile a doublé depuis 2007, pour atteindre 66 000 personnes en 2013. En début d'année 2015, le directeur de l'OFPRA annonçait un stock de 18 000 dossiers, alors que le délai moyen d'instruction était déjà de 20 mois et que seuls 17 % des dossiers aboutissaient à une réponse positive.

Durant ces 20 mois, le demandeur d'asile est titulaire d'une autorisation provisoire de séjour, et se voit accorder le bénéfice d'une allocation temporaire d'attente (ATA) mensuelle d'environ 343,50 euros, l'accès à la couverture maladie universelle (CMU), ainsi qu'à une solution d'hébergement en urgence.

Le demandeur d'asile n'est pas autorisé à travailler au cours de la première année de la procédure. Ce n'est en effet qu'à l'issue de cette période que, muni d'une promesse d'embauche, il pourra solliciter une autorisation temporaire de travail renouvelable tous les six mois.

Aussi, les demandeurs d'asile se trouvent dans une situation de grande précarité, qui représente toutefois un coût non négligeable pour le contribuable français.

En effet, à supposer que l'OFPRA puisse maintenir de tels délais d'instruction, ce qui en l'état des moyens qui lui sont alloués confine à l'utopie, l'instruction de 25 000 demandes d'asile représentera un coût annuel minimum de 98 928 000 euros. Or, les demandeurs d'asile aspirent à une vie normale et non à un assistanat au surplus très coûteux pour nos concitoyens.

C'est précisément pour cette raison que la France se révèle peu attractive pour les demandeurs d'asile hautement qualifiés, qui lui préfèrent l'Allemagne.

Pour être acceptés par les Français, les demandeurs d'asile doivent obtenir le statut de réfugié rapidement ou, à tout le moins, pouvoir contribuer davantage en taxes et en cotisations qu'ils ne reçoivent de prestations individuelles.

Aussi, il lui demande de préciser les mesures qui vont être prises pour remédier à cette situation exceptionnelle.

#### *Lutte contre la prolifération du moustique tigre*

N° 1264 – Le 1<sup>er</sup> octobre 2015 – **M. François Commines** attire l'attention de **Mme la ministre de l'écologie, du développement durable et de l'énergie** sur les dispositifs mis en œuvre face au moustique tigre, nuisible et vecteur potentiel de maladies virales du type chikungunya et dengue.

Dix-huit départements français sont concernés. C'est un vecteur de maladies handicapantes, parfois mortelles, comme la dengue (30 000 morts par an sur la planète) ou le chikungunya (200 000 cas, dix morts en Martinique, Guadeloupe et Guyane ; plusieurs décès en Polynésie en 2014). En Languedoc-Roussillon, onze cas pendant l'automne ont été dénombrés en 2014 à Montpellier. Et ce n'est qu'un début.

En termes de lutte contre cette prolifération, sur dix produits efficaces, on ne peut en utiliser que deux à la suite de la directive n° 98/8/CE du 16 février 1998, qu'a remplacée le règlement (UE) n° 528/2012 du 22 mai 2012 du Parlement européen et du Conseil concernant la mise à disposition sur le marché et l'utilisation des produits biocides : le bacillus thuringiensis israelensis (BTI) et la deltaméthrine. Le premier, curatif, n'agit que sur les larves quand le milieu n'est pas complexe (ni végétation ni obstacles). Le second ne peut s'utiliser qu'en milieu urbain, contre les moustiques adultes. Montpellier et La Grande-Motte vont, par ailleurs, tester une solution pilote.

Ainsi, au regard des éléments susnommés, il souhaiterait connaître les intentions du Gouvernement sur l'impérative concertation des acteurs publics et privés touchés par ce problème et les démarches engagées pour envisager une solution pérenne.

#### *Devenir de la clinique de Cluses*

N° 1265 – Le 1<sup>er</sup> octobre 2015 – **M. Loïc Hervé** attire l'attention de **Mme la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes** sur le devenir de la clinique de Cluses.

L'agence régionale de la santé de la région Rhône-Alpes a fait connaître sa décision de suspendre les autorisations de chirurgie à la clinique des Grandes Alpes, située à Cluses dans le département de la Haute-Savoie, au lendemain de la reprise de son exploitation par le groupe Noalys au début de l'année 2015.

Cette décision intervient alors que le groupe Noalys prévoit d'investir 8 millions d'euros dans la construction, au cœur du bassin clusien, d'une nouvelle clinique des Grandes Alpes qui devrait abriter une équipe de soixante personnes pour une cinquantaine de lits.

En dépit de l'incertitude qui pèse sur le maintien ou non de ces activités, la direction du groupe a décidé de conserver les emplois et de se mobiliser aux côtés de ses salariés.

Alors que les structures publiques environnantes sont saturées, il est inconcevable de ne pas saisir l'opportunité de maintenir une offre relevant de l'initiative privée. Il est tout aussi regrettable que l'absence d'un dialogue constructif avec la sphère

publique pénalise à jamais ce territoire, contraint à une désertification médicale, qui devient, chaque jour, une réalité de plus en plus criante.

Enfin, un centre de premier recours ne peut être pérennisé en l'absence d'une activité chirurgicale. Deux risques en résulteraient : l'isolement face à l'absence de prestations essentielles de proximité et l'éloignement des patients de ce territoire de leurs familles.

C'est pourquoi il lui demande de lui préciser les dispositions qu'elle compte prendre pour éviter cette fermeture et assurer à cet établissement le développement d'activités et de soins indispensables à la population du territoire clusien.

# ANNEXES AU PROCES VERBAL

## de la séance du

### lundi 28 septembre 2015

#### SCRUTIN N° 263

sur l'amendement n° 544, présenté par Mme Catherine Génisson et les membres du groupe socialiste et républicain, à l'article 30 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants .....	342
Suffrages exprimés .....	326
Pour .....	138
Contre .....	188

Le Sénat n'a pas adopté

#### ANALYSE DU SCRUTIN

##### GRUPE LES RÉPUBLICAINS (144) :

*Contre* : 142

*N'ont pas pris part au vote* : 2 M. Gérard Larcher - Président du Sénat, M. Michel Bouvard

##### GRUPE SOCIALISTE ET APPARENTÉS (110) :

*Pour* : 109

*N'a pas pris part au vote* : 1 M. Jean-Pierre Caffet - qui présidait la séance

##### GRUPE UNION DES DÉMOCRATES ET INDÉPENDANTS - UC (42) :

*Contre* : 42

##### GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN ET CITOYEN (19) :

*Pour* : 19

##### GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (17) :

*Contre* : 1 M. Gilbert Barbier

*Abstention* : 16

##### GRUPE ÉCOLOGISTE (10) :

*Pour* : 10

##### RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :

*Contre* : 3

*N'ont pas pris part au vote* : 3

#### Ont voté pour :

Patrick Abate Leïla Aïchi Michèle André Maurice Antiste Alain Anziani Aline Archimbaud Éliane Assassi David Assouline Dominique Bailly Delphine Bataille Marie-France Beaufile Esther Benbassa Claude Bérit-Débat Michel Berson Jacques Bigot Michel Billout Marie-Christine Blandin Maryvonne Blondin Éric Bocquet Nicole Bonnefoy Jean-Pierre Bosino Yannick Botrel Corinne Bouchoux Jean-Claude Boulard Martial Bourquin Michel Boutant Nicole Bricq Henri Cabanel Pierre Camani Claire-Lise Champion Thierry Carcenac Jean-Louis Carrère Françoise Cartron Luc Carvounas Bernard Cazeau Jacques Chiron Karine Claireaux Laurence Cohen Gérard Collomb Hélène Conway-Mouret Jacques Cornano Roland Courteau Cécile Cukierman Ronan Dantec Yves Daudigny Marc Daunis Annie David	Michel Delebarre Michelle Demessine Jean Desessard Félix Desplan Évelyne Didier Jérôme Durain Alain Duran Josette Durrieu Vincent Eblé Anne Emery-Dumas Frédérique Espagnac Christian Favier Corinne Féret Jean-Jacques Filleul Thierry Foucaud Jean-Claude Frécon André Gattolin Catherine Génisson Samia Ghali Dominique Gillot Jacques Gillot Éliane Giraud Jean-Pierre Godefroy Brigitte Gonthier-Maurin Gaëtan Gorce Didier Guillaume Annie Guillemot Claude Haut Odette Herviaux Éric Jeansannetas Gisèle Jourda Philippe Kaltenbach Antoine Karam Bariza Khiari Georges Labazée Joël Labbé Bernard Lalande Serge Larcher Pierre Laurent Jean-Yves Leconte Claudine Lepage Jean-Claude Leroy Michel Le Scouarnec Marie-Noëlle Lienemann Jeanny Lorgeoux Jean-Jacques Lozach Roger Madec	Philippe Madrelle Jacques Bernard Magnier Christian Manable François Marc Didier Marie Jean-Pierre Masseret Rachel Mazuir Michelle Meunier Danielle Michel Gérard Miquel Thani Mohamed Soilihi Marie-Pierre Monier Franck Montaugé Alain Néri Georges Patient François Patriat Daniel Percheron Marie-Françoise Perol-Dumont Jean-Vincent Placé Hervé Poher Christine Prunaud Daniel Raoul Claude Raynal Daniel Reiner Alain Richard Stéphanie Riocreux Sylvie Robert Gilbert Roger Yves Rome Jean-Yves Roux Patricia Schillinger Jean-Pierre Sueur Simon Soutour Catherine Tasca Nelly Tocqueville Jean-Louis Tourenne René Vandierendonck Yannick Vaugrenard Paul Vergès Michel Vergoz Maurice Vincent Dominique Watrin Evelyne Yonnet Richard Yung
--	---	--

#### Ont voté contre :

Philippe Adnot Pascal Allizard Gérard Bailly Gilbert Barbier François Baroin	Philippe Bas Christophe Béchu Jérôme Bignon Annick Billon Jean Bizet	Jean-Marie Bockel François Bonhomme Philippe Bonnecarrère Natacha Bouchart Gilbert Bouchet
--	--	--

François-Noël Buffet  
Olivier Cadic  
François Calvet  
Christian Cambon  
Agnès Canayer  
Michel Canevet  
Jean-Pierre Cantegrit  
Vincent Capocanellas  
Jean-Noël Cardoux  
Jean-Claude Carle  
Caroline Cayeux  
Gérard César  
Patrick Chaize  
Pierre Charon  
Daniel Chasseing  
Alain Chatillon  
Olivier Cigolotti  
François Commeinhes  
Gérard Cornu  
Philippe Dallier  
René Danesi  
Mathieu Darnaude  
Serge Dassault  
Isabelle Debré  
Robert del Picchia  
Vincent Delahaye  
Francis Delattre  
Bernard Delcros  
Gérard Dériot  
Catherine Deroche  
Jacky Deromedi  
Marie-Hélène Des  
Esgaulx  
Chantal Deseyne  
Yves Détraigne  
Catherine Di Folco  
Élisabeth Doineau  
Éric Doligé  
Philippe Dominati  
Daniel Dubois  
Marie-Annick  
Duchêne  
Alain Dufaut  
Jean-Léonce Dupont  
Nicole Duranton  
Louis Duvernois  
Jean-Paul Emorine  
Dominique Estrosi  
Sassone  
Hubert Falco  
Françoise Férat  
Michel Fontaine  
Michel Forissier  
Alain Fouché  
Bernard Fournier  
Jean-Paul Fournier  
Christophe-André  
Frassa  
Pierre Frogier  
Jean-Marc Gabouty  
Joëlle Garriaud-  
Maylam

Françoise Gatel  
Jean-Claude Gaudin  
Jacques Gautier  
Jacques Genest  
Bruno Gilles  
Colette Giudicelli  
Nathalie Goulet  
Jacqueline Gourault  
Alain Gournac  
Sylvie Goy-Chavent  
Jean-Pierre Grand  
Daniel Gremillet  
François Grosdidier  
Jacques Groperrin  
Pascale Gruny  
Charles Guené  
Joël Guerriau  
Loïc Hervé  
Michel Houel  
Alain Houpert  
Christiane Hummel  
Benoît Huré  
Jean-François Husson  
Jean-Jacques Hyst  
Corinne Imbert  
Sophie Joissains  
Chantal Jouanno  
Alain Joyandet  
Christiane  
Kammermann  
Roger Karoutchi  
Fabienne Keller  
Guy-Dominique  
Kennel  
Claude Kern  
Marc Laméni  
Élisabeth Lamure  
Jean-Jacques Lasserre  
Robert Laufoaulu  
Daniel Laurent  
Nuihou Laurey  
Antoine Lefèvre  
Jacques Legendre  
Dominique de Legge  
Jean-Pierre Leleux  
Jean-Baptiste Lemyne  
Jean-Claude Lenoir  
Philippe Leroy  
Valérie Létard  
Anne-Catherine  
Loisier  
Jean-François Longeot  
Gérard Longuet  
Vivette Lopez  
Jean-Claude Luche  
Michel Magras  
Claude Malhuret  
Didier Mandelli  
Alain Marc  
Hervé Marseille  
Patrick Masclat  
Jean Louis Masson  
Hervé Maurey

**Abstentions :**

Michel Amiel  
Guillaume Arnell  
Alain Bertrand  
Joseph Castelli  
Yvon Collin  
Pierre-Yves Collombat

Philippe Esnol  
François Fortassin  
Jean-Noël Guérini  
Robert Hue  
Mireille Jouve  
Françoise Laborde

Jean-François Mayer  
Pierre Médevielle  
Colette Mélot  
Marie Mercier  
Michel Mercier  
Brigitte Micouleau  
Alain Milon  
Albéric de Montgolfier  
Patricia Morhet-  
Richard  
Catherine Morin-  
Desailly  
Jean-Marie Morisset  
Philippe Mouiller  
Philippe Nachbar  
Christian Namy  
Louis Nègre  
Louis-Jean de Nicolaÿ  
Claude Nougéin  
Jean-Jacques Panunzi  
Philippe Paul  
Cyril Pellevat  
Cédric Perrin  
Jackie Pierre  
François Pillat  
Xavier Pintat  
Louis Pinton  
Rémy Pointereau  
Ladislav Poniatowski  
Hugues Portelli  
Yves Pozzo di Borgo  
Sophie Primas  
Catherine Procaccia  
Jean-Pierre Raffarin  
Henri de Raincourt  
Michel Raison  
André Reichardt  
Bruno Retailleau  
Charles Revet  
Didier Robert  
Gérard Roche  
Bernard Saugéy  
René-Paul Savary  
Michel Savin  
Bruno Sido  
Abdourahamane  
Soilih  
Henri Tandonnet  
Lana Tetuanui  
André Trillard  
Catherine Troendlé  
Alex Türk  
Jean-Marie  
Vanlerenberghe  
Michel Vaspart  
Alain Vasselle  
Hilarion Vendegou  
Jean-Pierre Vial  
Jean Pierre Vogel  
François Zocchetto

Hermeline Malherbe  
Jacques Mézard  
Jean-Claude Requier  
Raymond Vall

**N'ont pas pris part au vote :**

Michel Bouvard, Robert Navarro, David Rachline, Stéphane Ravier.

**N'ont pas pris part au vote :**

M. Gérard Larcher - Président du Sénat et M. Jean-Pierre Caffet - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance avaient été de :

Nombre de votants .....	344
Nombre des suffrages exprimés .....	328
Pour l'adoption .....	139
Contre .....	189

Mais après vérification, ces nombres ont été rectifiés conformément à la liste ci-dessus.

**SCRUTIN N° 264**

sur l'article 30 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants .....	342
Suffrages exprimés .....	326
Pour .....	188
Contre .....	138

Le Sénat a adopté

**ANALYSE DU SCRUTIN****GRUPE LES RÉPUBLICAINS (144) :**

Pour : 142

N'ont pas pris part au vote : 2 M. Gérard Larcher - Président du Sénat, M. Michel Bouvard

**GRUPE SOCIALISTE ET APPARENTÉS (110) :**

Contre : 109

N'a pas pris part au vote : 1 M. Jean-Pierre Caffet - qui présidait la séance

**GRUPE UNION DES DÉMOCRATES ET INDÉPENDANTS - UC (42) :**

Pour : 42

**GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN ET CITOYEN (19) :**

Contre : 19

**GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (17) :**

Pour : 1 M. Gilbert Barbier

Abstention : 16

**GRUPE ÉCOLOGISTE (10) :**

Contre : 10

**RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :**

Pour : 3

N'ont pas pris part au vote : 3

**Ont voté pour :**

Philippe Adnot	Annick Billon	Olivier Cadic
Pascal Allizard	Jean Bizet	François Calvet
Gérard Bailly	Jean-Marie Bockel	Christian Cambon
Gilbert Barbier	François Bonhomme	Agnès Canayer
François Baroin	Philippe Bonnecarrère	Michel Canevet
Philippe Bas	Natacha Bouchart	Jean-Pierre Cantegrit
Christophe Béchu	Gilbert Bouchet	Vincent Capocanellas
Jérôme Bignon	François-Noël Buffet	Jean-Noël Cardoux

Jean-Claude Carle  
 Caroline Cayeux  
 Gérard César  
 Patrick Chaize  
 Pierre Charon  
 Daniel Chasseing  
 Alain Chatillon  
 Olivier Cigolotti  
 François Commeinhes  
 Gérard Cornu  
 Philippe Dallier  
 René Danesi  
 Mathieu Darnaud  
 Serge Dassault  
 Isabelle Debré  
 Robert del Picchia  
 Vincent Delahaye  
 Francis Delattre  
 Bernard Delcros  
 Gérard Dériot  
 Catherine Deroche  
 Jacky Deromedi  
 Marie-Hélène Des  
 Esgaulx  
 Chantal Deseyne  
 Yves Détraigne  
 Catherine Di Folco  
 Élisabeth Doineau  
 Éric Doligé  
 Philippe Dominati  
 Daniel Dubois  
 Marie-Annick  
 Duchêne  
 Alain Dufaut  
 Jean-Léonce Dupont  
 Nicole Duranton  
 Louis Duvernois  
 Jean-Paul Emorine  
 Dominique Estrosi  
 Sassone  
 Hubert Falco  
 Françoise Férat  
 Michel Fontaine  
 Michel Forissier  
 Alain Fouché  
 Bernard Fournier  
 Jean-Paul Fournier  
 Christophe-André  
 Frassa  
 Pierre Frogier  
 Jean-Marc Gabouty  
 Joëlle Garriaud-  
 Maylam  
 Françoise Gatel  
 Jean-Claude Gaudin  
 Jacques Gautier  
 Jacques Genest  
 Bruno Gilles  
 Colette Giudicelli

Nathalie Goulet  
 Jacqueline Gourault  
 Alain Gournac  
 Sylvie Goy-Chavent  
 Jean-Pierre Grand  
 Daniel Gremillet  
 François Grosdidier  
 Jacques Groperrin  
 Pascale Gruny  
 Charles Guené  
 Joël Guerriau  
 Loïc Hervé  
 Michel Houel  
 Alain Houpert  
 Christiane Hummel  
 Benoît Huré  
 Jean-François Husson  
 Jean-Jacques Hyst  
 Corinne Imbert  
 Sophie Joissains  
 Chantal Jouanno  
 Alain Joyandet  
 Christiane  
 Kammermann  
 Roger Karoutchi  
 Fabienne Keller  
 Guy-Dominique  
 Kennel  
 Claude Kern  
 Marc Laménie  
 Élisabeth Lamure  
 Jean-Jacques Lasserre  
 Robert Laufoaulu  
 Daniel Laurent  
 Nuihau Laurey  
 Antoine Lefèvre  
 Jacques Legendre  
 Dominique de Legge  
 Jean-Pierre Leleux  
 Jean-Baptiste Lemoyné  
 Jean-Claude Lenoir  
 Philippe Leroy  
 Valérie Létard  
 Anne-Catherine  
 Loisier  
 Jean-François Longeot  
 Gérard Longuet  
 Vivette Lopez  
 Jean-Claude Luche  
 Michel Magras  
 Claude Malhuret  
 Didier Mandelli  
 Alain Marc  
 Hervé Marseille  
 Patrick Masclat  
 Jean Louis Masson  
 Hervé Maurey  
 Jean-François Mayet  
 Pierre Médevielle

**Ont voté contre :**

Patrick Abate  
 Leila Aïchi  
 Michèle André  
 Maurice Antiste

Alain Anziani  
 Aline Archimbaud  
 Éliane Assassi  
 David Assouline

Colette Mélot  
 Marie Mercier  
 Michel Mercier  
 Brigitte Micouleau  
 Alain Milon  
 Albéric de Montgolfier  
 Patricia Morhet-  
 Richaud  
 Catherine Morin-  
 Desailly  
 Jean-Marie Morisset  
 Philippe Mouiller  
 Philippe Nachbar  
 Christian Namy  
 Louis Nègre  
 Louis-Jean de Nicolaÿ  
 Claude Nougein  
 Jean-Jacques Panunzi  
 Philippe Paul  
 Cyril Pellevat  
 Cédric Perrin  
 Jackie Pierre  
 François Pillet  
 Xavier Pintat  
 Louis Pinton  
 Rémy Pointereau  
 Ladislav Poniatowski  
 Hugues Portelli  
 Yves Pozzo di Borgo  
 Sophie Primas  
 Catherine Procaccia  
 Jean-Pierre Raffarin  
 Henri de Raincourt  
 Michel Raison  
 André Reichardt  
 Bruno Retailleau  
 Charles Revet  
 Didier Robert  
 Gérard Roche  
 Bernard Saugéy  
 René-Paul Savary  
 Michel Savin  
 Bruno Sido  
 Abdourahmane  
 Soilihi  
 Henri Tandonnet  
 Lana Tetuanui  
 André Trillard  
 Catherine Troendlé  
 Alex Türk  
 Jean-Marie  
 Vanlerenberghe  
 Michel Vaspert  
 Alain Vasselle  
 Hilarion Vendegou  
 Jean-Pierre Vial  
 Jean Pierre Vogel  
 François Zocchetto

Dominique Bailly  
 Delphine Bataille  
 Marie-France Beaufils  
 Esther Benbassa

Claude Bérît-Débat  
 Michel Berson  
 Jacques Bigot  
 Michel Billout  
 Marie-Christine  
 Blandin  
 Maryvonne Blondin  
 Éric Bocquet  
 Nicole Bonnefoy  
 Jean-Pierre Bosino  
 Yannick Botrel  
 Corinne Bouchoux  
 Jean-Claude Boulard  
 Martial Bourquin  
 Michel Boutant  
 Nicole Bricq  
 Henri Cabanel  
 Pierre Camani  
 Claire-Lise Champion  
 Thierry Carcenac  
 Jean-Louis Carrère  
 Françoise Cartron  
 Luc Carvounas  
 Bernard Cazeau  
 Jacques Chiron  
 Karine Claireaux  
 Laurence Cohen  
 Gérard Collomb  
 Hélène Conway-  
 Mouret  
 Jacques Cornano  
 Roland Courteau  
 Cécile Cukierman  
 Ronan Dantec  
 Yves Daudigny  
 Marc Daunis  
 Annie David  
 Michel Delebarre  
 Michelle Demessine  
 Jean Desessard  
 Félix Desplan  
 Évelyne Didier  
 Jérôme Durain  
 Alain Duran  
 Josette Durrieu

Michel Amiel  
 Guillaume Arnell  
 Alain Bertrand  
 Joseph Castelli  
 Yvon Collin  
 Pierre-Yves Collombat

Vincent Eblé  
 Anne Emery-Dumas  
 Frédérique Espagnac  
 Christian Favier  
 Corinne Féret  
 Jean-Jacques Filleul  
 Thierry Foucaud  
 Jean-Claude Frécon  
 André Gattolin  
 Catherine Génisson  
 Samia Ghali  
 Dominique Gillot  
 Jacques Gillot  
 Éliane Giraud  
 Jean-Pierre Godefroy  
 Brigitte Gonthier-  
 Maurin  
 Gaëtan Gorce  
 Didier Guillaume  
 Annie Guillemot  
 Claude Haut  
 Odette Herviaux  
 Éric Jeansannetas  
 Gisèle Jourda  
 Philippe Kaltenbach  
 Antoine Karam  
 Bariza Khiri  
 Georges Labazée  
 Joël Labbé  
 Bernard Lalande  
 Serge Larcher  
 Pierre Laurent  
 Jean-Yves Leconte  
 Claudine Lepage  
 Jean-Claude Leroy  
 Michel Le Scouarnec  
 Marie-Noëlle  
 Lienemann  
 Jeanny Lorgeoux  
 Jean-Jacques Lozach  
 Roger Madec  
 Philippe Madrelle  
 Jacques-Bernard  
 Magner  
 Christian Manable

**Abstentions :**

Philippe Esnol  
 François Fortassin  
 Jean-Noël Guérini  
 Robert Hue  
 Mireille Jouve  
 Françoise Laborde

François Marc  
 Didier Marie  
 Jean-Pierre Masseret  
 Rachel Mazuir  
 Michelle Meunier  
 Danielle Michel  
 Gérard Miquel  
 Thani Mohamed  
 Soilihi  
 Marie-Pierre Monier  
 Franck Montaugé  
 Alain Néri  
 Georges Patiet  
 François Patriat  
 Daniel Percheron  
 Marie-Françoise Perol-  
 Dumont  
 Jean-Vincent Placé  
 Hervé Poher  
 Christine Prunaud  
 Daniel Raoul  
 Claude Raynal  
 Daniel Reiner  
 Alain Richard  
 Stéphanie Riocreux  
 Sylvie Robert  
 Gilbert Roger  
 Yves Rome  
 Jean-Yves Roux  
 Patricia Schillinger  
 Jean-Pierre Sueur  
 Simon Sutour  
 Catherine Tasca  
 Nelly Tocqueville  
 Jean-Louis Tourenne  
 René Vandierendonck  
 Yannick Vaugrenard  
 Paul Vergès  
 Michel Vergoz  
 Maurice Vincent  
 Dominique Watrin  
 Evelyne Yonnet  
 Richard Yung

Hermeline Malherbe  
 Jacques Mézard  
 Jean-Claude Requier  
 Raymond Vall

**N'ont pas pris part au vote :**

Michel Bouvard, Robert Navarro, David Rachline, Stéphane Ravier.

**N'ont pas pris part au vote :**

M. Gérard Larcher - Président du Sénat et M. Jean-Pierre Caffet - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus.

## ABONNEMENTS

NUMÉROS d'édition	TITRES	TARIF abonnement France (*)
		Euros
	<b>DÉBATS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE</b>	
<b>03</b>	Compte rendu..... 6 mois	<b>103,90</b>
<b>33</b>	Questions..... 6 mois	<b>76,95</b>
	<b>DÉBATS DU SÉNAT</b>	
<b>05</b>	Compte rendu..... 6 mois	<b>93,40</b>
<b>35</b>	Questions..... 6 mois	<b>55,85</b>
<b>85</b>	Table compte rendu.....	<b>19,80</b>

**En cas de changement d'adresse, joindre une bande d'envoi à votre demande**

Paiement à réception de facture

En cas de règlement par virement, indiquer obligatoirement le numéro de facture dans le libellé de votre virement.

Pour expédition par voie aérienne (outre-mer) ou pour l'étranger, paiement d'un supplément modulé selon la zone de destination

(\*) Arrêté du 8 décembre 2014 publié au *Journal officiel* du 10 décembre 2014

---

Direction, rédaction et administration : 26, rue Desaix, 75727 Paris Cedex 15  
Standard : **01-40-58-75-00** – Accueil commercial : **01-40-15-70-10** – Télécopie abonnement : **01-40-15-72-75**

---

**Prix du numéro : 3,90 €**