

COMPTE RENDU ANALYTIQUE OFFICIEL

Mercredi 3 juin 2009

HÔPITAL, PATIENTS, SANTÉ ET TERRITOIRES (Urgence –Suite)

SOMMAIRE

DISPARITION DE L'AIRBUS D'AIR FRANCE	1
DÉCÈS D'UN ANCIEN SÉNATEUR	1
DÉPÔT D'UN RAPPORT	1
HÔPITAL, PATIENTS, SANTÉ, TERRITOIRES (Urgence – Suite)	1
<i>Discussion des articles (Suite)</i>	1
Article 18 (Suite)	1
Paragraphe I	1
Paragraphe II – Article L. 162-1-14-1 du code	4
Paragraphe additionnel	13
Article 18 bis	14
Article 18 ter	15
Article 18 quater A	16
Article 18 quater B	19
Article 19	20
Article L. 4133-1 du code	20
Article L. 4133-2 du code	21
Paragraphe II	21
Paragraphe IX	22
Paragraphe additionnels	23
Article 19 bis A	23
Article 19 bis B	24
Article 19 bis	25
Article 19 ter	27
Article 19 quater	33
Article 19 quinquies	37
PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE	38
HÔPITAL, PATIENTS, SANTÉ ET TERRITOIRES (Urgence – Suite)	39
<i>Discussion des articles (Suite)</i>	39
Article 19 sexies	39
Article 20	39
Article 21	48
Article 21 sexies	49
Article 21 septies	50
Article 21 nonies	50
Articles additionnels avant l'article 14 (précédemment réservés)	51
Articles additionnels après l'article 14 (précédemment réservés)	54

SÉANCE du mercredi 3 juin 2009

111^e séance de la session ordinaire 2008-2009

PRÉSIDENTE DE M. ROLAND DU LUART,
VICE-PRÉSIDENT

SECRÉTAIRES :
M. PHILIPPE NACHBAR, MME ANNE-MARIE PAYET.

La séance est ouverte à 14 h 30.

Le procès-verbal de la précédente séance, constitué par le compte rendu analytique, est adopté sous les réserves d'usage.

Disparition de l'Airbus d'Air France

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports. – Au nom du Gouvernement, je vous fais part de notre émotion après la catastrophe aérienne de dimanche, qui a bouleversé la communauté nationale. Nos pensées vont aux familles et aux proches des victimes, à Air France et aux pays dont des ressortissants sont morts ainsi tragiquement.

Un office œcuménique est sur le point d'avoir lieu à Notre-Dame de Paris. Nous ne pourrons y assister, mais nous nous associons à cette cérémonie consacrée au souvenir de ceux qui sont partis trop tôt.

M. le président. – Nous nous y associons également. Hier après-midi, dans cet hémicycle, le président du Sénat a dédié aux victimes une minute de silence.

Décès d'un ancien sénateur

M. le président. – J'ai le regret de vous faire part du décès de notre ancien collègue Alfred Gérin, sénateur du Rhône de 1977 à 1986.

Dépôt d'un rapport

M. le président. – M. le Premier ministre a transmis au Sénat le rapport retraçant, pour 2007 et 2008, les recettes des impôts et taxes attribués aux caisses et régimes de sécurité sociale, et le montant de la perte de recettes liée aux allègements de cotisations sociales. Ce rapport sera transmis à la commission des affaires sociales.

Hôpital, patients, santé, territoires (Urgence – Suite)

M. le président. – L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.

Discussion des articles (Suite)

M. le président. – Le Sénat avait entamé l'examen de l'article 18.

Article 18 (Suite)

PARAGRAPHE I

(Texte modifié par la commission)

I. - L'article L. 1110-3 du code de la santé publique est complété par sept alinéas ainsi rédigés :

« Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne pour l'un des motifs visés au premier alinéa de l'article 225-1 du code pénal ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide prévus aux articles L. 861-1 et L. 863-1 du code de la sécurité sociale, ou du droit à l'aide prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles.

« Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné des faits qui permettent d'en présumer l'existence. Cette saisine vaut dépôt de plainte. Elle est communiquée à l'autorité qui n'en a pas été destinataire. Le récipiendaire en accuse réception à l'auteur, en informe le professionnel de santé mis en cause et peut le convoquer dans un délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte.

« Hors cas de récidive, une conciliation est menée dans les trois mois de la réception de la plainte par une commission mixte composée à parité de représentants du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné et de l'organisme local d'assurance maladie.

« En cas d'échec de la conciliation, le président du conseil territorialement compétent transmet la plainte à la juridiction ordinaire compétente avec son avis motivé et en s'y associant le cas échéant.

« En cas de carence du conseil territorialement compétent, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut prononcer à l'encontre du professionnel de santé une sanction dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale.

« Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

« Hors le cas d'urgence et celui où le professionnel de santé manquerait à ses devoirs d'humanité, le principe énoncé au premier alinéa ne fait pas obstacle à un refus de soins fondé sur une exigence personnelle ou professionnelle essentielle et déterminante de la qualité, de la sécurité ou de l'efficacité des soins. La continuité des soins doit être assurée quelles que soient les circonstances, dans les conditions prévues par l'article L. 6315-1. »

M. le président. – Amendement n°1337, présenté par le Gouvernement.

A. - Dans le cinquième alinéa du I de cet article, après le mot :

conciliation,

insérer les mots :

ou en cas de récidive,

B. - Dans le sixième alinéa du même I, après les mots :

territorialement compétent,

insérer les mots :

dans un délai fixé par voie réglementaire,

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports. – Amendement de cohérence. La commission des affaires sociales a amélioré la procédure de traitement des réclamations pour refus de soins en prévoyant que la conciliation préalable s'applique seulement hors cas de récidive.

Nous proposons de préciser la procédure à suivre en cas de récidive : la plainte serait directement transmise par l'ordre concerné à la juridiction compétente. En l'absence de transmission, le directeur de la caisse d'assurance maladie pourrait sanctionner directement le professionnel. Toutefois, pour que cette disposition soit opérante, il faut limiter dans le temps l'appréciation de l'absence de transmission.

M. Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales. – Avis favorable. Cet amendement apporte à la procédure des compléments intéressants.

L'amendement n°1337 est adopté.

M. le président. – Amendement n°749, présenté par M. Cazeau et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Dans le cinquième alinéa du I de cet article, après le mot :

transmet

insérer le mot :

immédiatement

M. Yves Daudigny. – L'article 18 est au cœur des préoccupations du groupe socialiste : nous avons dénoncé le fait que certains professionnels ne

respectent pas les règles déontologiques qui les obligent à accepter les bénéficiaires de la CMU ou de l'aide médicale d'État. Madame la ministre, nous soutenons votre volonté de sanctionner les refus de soins.

Le code de déontologie médicale prévoit que « le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard ». Les sanctions prévues par le code de la santé publique et par le code de la sécurité sociale vont du simple avertissement à la radiation de l'Ordre ou à l'interdiction d'assurer des soins aux assurés sociaux.

Dans la pratique, peu de médecins sont sanctionnés par les tribunaux. Il faut être énergique : le délai de trois mois entre l'enregistrement de la plainte et sa transmission à la juridiction ordinaire est trop long.

M. Alain Milon, rapporteur. – Si le conseil de l'Ordre tarde trop à transmettre la plainte, le directeur local de l'assurance maladie peut sanctionner le médecin. La période de trois mois ne sert qu'à fixer un délai avant la conciliation, en dehors des cas de récidive : à défaut, la transmission est immédiate. Retrait, ou avis défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Avis défavorable, non sur le fond, mais pour des raisons techniques. Votre proposition ne serait pas applicable car le président du conseil de l'Ordre doit disposer d'un délai minimal pour joindre à sa plainte un avis motivé. En outre, l'amendement que je viens de présenter répond à vos préoccupations.

L'amendement n°749 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°750, présenté par M. Cazeau et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Dans le sixième alinéa du I de cet article, remplacer les mots :

peut prononcer

par le mot :

prononce

M. Jacky Le Menn. – La dernière loi de financement de la sécurité sociale a renforcé les sanctions pour abus ou fraude à l'assurance maladie. Ce projet de loi prévoit de pénaliser les professionnels en cas de discrimination ou de refus de soins. Si les représentants des assurés ne peuvent sanctionner leurs égaux, les médecins doivent punir immédiatement le professionnel de santé incriminé. Le cumul des fonctions des membres des conseils de l'Ordre est singulier : ces derniers doivent juger une personne qu'ils ont pu côtoyer. La sanction d'un

médecin par le conseil départemental de l'Ordre peut donc rencontrer des résistances au sein du corps médical. Les pouvoirs publics doivent réaffirmer leur volonté de lutter contre le refus de soins.

M. Alain Milon, rapporteur. – La carence du conseil de l'Ordre n'est pas liée à la culpabilité ou à l'innocence du médecin incriminé : le directeur local de l'assurance maladie doit conserver un pouvoir d'appréciation. Avis défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Même avis. Dans un domaine aussi délicat, une sanction automatique risquerait de créer un préjudice excessif en cas d'insuffisance de preuves. (*M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales, approuve*)

L'amendement n°750 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°493, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Compléter le dernier alinéa du I de cet article par une phrase ainsi rédigée :

S'il se dégage de sa mission, le professionnel de santé doit alors en avertir le patient et s'assurer qu'il est effectivement pris en charge par l'un de ses confrères auquel il transmet les informations utiles à la poursuite des soins.

M. Guy Fischer. – Une fois encore, notre commission a amoindri la portée de dispositions destinées à garantir aux patients un minimum de protection. En cas de refus de soins non fondé sur un motif discriminatoire, le texte adopté par l'Assemblée nationale prévoyait que le professionnel de santé devait « en avertir le patient et transmettre au professionnel de santé désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins ».

C'est le bon sens : une obligation à la charge du professionnel de santé, destinée à garantir la continuité des soins. La majorité du Sénat la juge trop lourde et la supprime au profit d'une rédaction floue, ambiguë, qui présente l'avantage de déresponsabiliser le professionnel de santé en noyant son obligation personnelle dans une responsabilité collective, c'est-à-dire dans l'irresponsabilité.

M. Alain Gournac. – N'importe quoi !

M. Guy Fischer. – Notre amendement revient à la rédaction initiale qu'il renforce en prévoyant que, s'il se dégage de sa mission, le professionnel de santé doit en avertir le patient et s'assurer qu'il est effectivement pris en charge par l'un de ses confrères auquel il transmet les informations utiles à la poursuite des soins.

Soyons bien clairs : il s'agit du refus de soins en raison des orientations personnelles du professionnel de santé, la « clause de conscience ». Nous n'entendons nullement limiter cette faculté ouverte aux médecins de se dégager de leurs obligations de soins

et de continuité de soins pour un motif personnel mais nous entendons préciser qu'il lui appartient alors de s'assurer que le patient soit effectivement accueilli.

Cette précision est particulièrement importante pour des situations qui peuvent avoir une certaine urgence, comme une IVG. La formulation retenue par la commission des affaires sociales ne ferait peser aucune obligation de prise en charge pour la femme qui chercherait à bénéficier d'une interruption volontaire de grossesse et se verrait opposer la clause de conscience. Car si la continuité doit être assurée « par tous moyens », personne en particulier n'est chargé à la prise en charge effective de la patiente.

Nous considérons donc que le praticien qui refuse le soin -et c'est son droit- doit toutefois prendre les mesures nécessaires pour garantir dans les faits la continuité totale des soins.

M. Alain Milon, rapporteur. – Nous avons longuement dit en commission pourquoi cet amendement était inutile au regard des mécanismes existants.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Même avis défavorable : cette obligation figure déjà dans la déontologie médicale ; elle est répétée dans l'article 16 de ce projet de loi, que cite cet article 18. Il est vrai que vous allez plus loin en demandant au praticien de « s'assurer » que le patient sera effectivement suivi. C'est aller trop loin et demander quelque chose dont je ne vois pas comment on pourrait concrètement le faire.

L'amendement n°493 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°744, présenté par M. Cazeau et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

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

« Les associations régulièrement constituées depuis cinq ans au moins pour la lutte contre les discriminations peuvent exercer en justice toutes actions résultant de l'application des dispositions du présent article. »

M. Bernard Cazeau. – Ce sont souvent les personnes qui vivent dans la plus grande précarité qui sont victimes de refus de soins ; ce sont aussi celles qui sont les plus démunies pour recourir à une procédure. Les plus fragiles ont tendance à se replier sur elles plus qu'à faire valoir leurs droits.

C'est pourquoi nous voulons permettre aux associations de lutte contre les discriminations d'exercer en justice les actions résultant de l'application de cet article. Nous nous inscrivons ainsi dans la logique du décret de mars 2007 qui a élargi la saisine des Ordres aux associations de défense des droits des patients, des usagers du système de santé ou des personnes en situation de précarité.

M. Alain Milon, rapporteur. – Défavorable : les associations peuvent déjà se joindre à une plainte devant la Halde ; il n'est pas utile d'aller au-delà.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Il ne faut pas confondre ester en lieu et place avec ester pour soi-même. Le décret du 27 mars 2007 admet que les associations puissent agir mais votre amendement leur permet de supplanter la victime. Ce serait contraire au principe selon lequel doit exister un véritable intérêt pour agir.

Cela posé, je rappelle régulièrement aux associations les missions qu'elles doivent accomplir en appui aux plus démunis. L'amendement risquerait d'introduire de la confusion.

L'amendement n°744 n'est pas adopté.

L'amendement n°267 n'est pas défendu.

PARAGRAPHE II – ARTICLE L. 162-1-14-1 DU CODE

(Texte modifié par la commission)

II. - Le titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Suppression maintenue par la commission

2° Après l'article L. 162-1-14, il est inséré un article L. 162-1-14-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-1-14-1. - Peuvent faire l'objet d'une sanction, prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, les professionnels de santé qui :

« 1° Pratiquent une discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins, définie à l'article L. 1110-3 du code de la santé publique ;

« 2° Exposent les assurés à des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure ;

« 3° Exposent les assurés à des dépassements d'honoraires non conformes à la convention dont relève le professionnel de santé, au I de l'article L. 162-5-13, au dernier alinéa de l'article L. 162-9 ou aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 165-6 ;

« 4° Ont omis l'information écrite préalable prévue par l'article L. 1111-3 du code de la santé publique.

« La sanction, prononcée après avis de la commission et selon la procédure prévus à l'article L. 162-1-14 du présent code, peut consister en :

« - une pénalité financière forfaitaire, dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale pour les cas mentionnés au 1° ;

« - une pénalité financière proportionnelle aux dépassements facturés pour les cas mentionnés aux 2°, 3° et 4°, dans la limite de deux fois le montant des dépassements en cause ;

« - en cas de récidive, un retrait temporaire du droit à dépassement ou une suspension de la participation des

caisses au financement des cotisations sociales telle que prévue au 5° de l'article L. 162-14-1.

« Les sanctions prononcées en vertu du présent article peuvent faire l'objet d'un affichage au sein des locaux de l'organisme local d'assurance maladie et peuvent être rendues publiques, en cas de récidive, dans les publications, journaux ou supports désignés par le directeur de l'organisme local à moins que cette publication ne cause un préjudice disproportionné aux parties en cause. Les frais en sont supportés par les personnes sanctionnées.

« L'organisme local d'assurance maladie informe l'organisme d'assurance maladie complémentaire de la sanction prononcée en vertu du présent article, ainsi que des motifs de cette sanction.

« L'organisme local d'assurance maladie ne peut concurremment recourir au dispositif de pénalités prévu par le présent article et aux procédures conventionnelles visant à sanctionner le même comportement du professionnel de santé.

« Les modalités d'application du présent article, notamment les modalités d'affichage et le barème des sanctions applicables, sont fixées par voie réglementaire. »

M. le président. – Amendement n°865 rectifié, présenté par MM. P. Blanc, Laménie et Gilles.

Supprimer les 1° et 2° du texte proposé par le 2° du II de cet article pour l'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale.

M. Marc Laménie. – Il n'appartient pas au directeur de la caisse de sanctionner les médecins qui pratiquent une discrimination dans l'accès aux soins ou qui exposent les assurés à des dépassements d'honoraires « excédant le tact et la mesure ». Ces faits sont des manquements aux règles déontologiques qui doivent rester du ressort du conseil de l'Ordre.

M. le président. – Amendement n°630 rectifié, présenté par M. Barbier, Mme Escoffier et MM. Marsin, Mézard, Milhau, de Montesquiou et Vall.

Supprimer le 2° du texte proposé par le 2° du II de cet article pour l'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale.

M. Gilbert Barbier. – Mon amendement est un peu différent : pour les honoraires, l'Ordre seul est compétent, pas les caisses.

M. le président. – Amendement n°124, présenté par M. Desessard, Mmes Voynet, Blandin et Boumediene-Thiery et M. Muller.

A la fin du troisième alinéa (2°) du texte proposé par le 2° du II de cet article pour l'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale, remplacer les mots :

le tact et la mesure

par les mots :

un plafond fixé par décret en Conseil d'État

M. Jean Desessard. – Selon un sondage Ipsos réalisé pour le Secours populaire en septembre dernier, 39 % des Français ont déjà retardé ou renoncé à au moins un soin en raison de son coût. Selon l'Igas, les dépassements d'honoraires représentent plus de 2 milliards d'euros, sans compter les honoraires des dentistes, et ce montant a doublé en quinze ans. Cette étude montre aussi qu'en dépit de l'interdiction, nombre de professionnels facturent des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la CMU complémentaire.

L'Igas constate, en outre, que les juridictions ordinaires sont rarement saisies et que la sévérité des sanctions est souvent atténuée par le conseil national de l'Ordre. Les contrôles effectués par la Cnam restent également très limités et les sanctions peu dissuasives. Toujours selon l'Igas, « la notion de tact et mesure et les sanctions ne suffisent pas à maîtriser le système, d'autant plus que la jurisprudence du Conseil d'État n'a jamais fixé de montant maximum ».

Sans plafonnement des dépassements d'honoraires, on ne parviendra pas à limiter leur accroissement. Si on considère que les médecins ne sont pas assez payés, alors c'est à la collectivité nationale de réévaluer le prix de la consultation.

En aucun cas les dépassements d'honoraires ne doivent servir à compenser l'absence de revalorisation des tarifs conventionnés ; ce serait remettre en cause le principe de solidarité qui fonde notre système de protection sociale.

M. le président. – Amendement n°494, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

À la fin du 2° du texte proposé par le 2° du II de cet article pour l'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale, remplacer les mots :

le tact et la mesure

par les mots :

un plafond dont le montant est défini par décret

M. François Autain. – La notion floue de « tact et mesure » aurait déjà dû disparaître du code de la santé publique. La réponse de Mme la ministre à notre proposition, c'est le secteur optionnel ; mais il ne mettra pas fin à ce scandale qu'est le développement continu de la pratique des dépassements d'honoraires, qui ronge le socle de notre sécurité sociale : ils représentent 2 des 20 milliards d'honoraires. Face à cette situation, le Gouvernement reste malheureusement inerte. On discute du secteur optionnel depuis quatre ans, sans beaucoup avancer.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – J'en conviens.

M. François Autain. – Pour les patients, une mutuelle sera nécessaire, mais 7 % des Français n'en ont pas.

On nous dit que le secteur optionnel est un moindre mal, qui permettra de contenir et de moraliser les dépassements ; il n'en sera rien. On nous dit que les patients sont correctement remboursés : c'est faux. Ils le sont par les caisses sur la base des tarifs opposables, mais devront cotiser à une complémentaire pour payer les dépassements : leur reste-à-charge va augmenter. On nous dit qu'assurance maladie et complémentaire, c'est la même chose : c'est faux. Les cotisations d'assurance maladie sont proportionnelles aux revenus, ce qui n'est pas le cas des cotisations à une complémentaire, qui peuvent varier selon l'âge et l'état de santé. On nous dit que le secteur optionnel est la bonne réponse à la question de la rémunération des médecins : c'est faux. La revalorisation se fera au détriment des patients, et laissera inchangées les inégalités de revenus liées au paiement à l'acte comme les disparités entre médecins. Il faut donc des mesures législatives. (*M. Guy Fischer applaudit*)

M. le président. – Amendement n°752, présenté par M. Fichet et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

A la fin du 2° du texte proposé par le 2° du II de cet article pour l'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale, remplacer les mots :

le tact et la mesure

par les mots :

deux fois le plafond du secteur 1

M. Jean-Luc Fichet. – La notion de « tact et mesure » est pour le moins curieuse. Selon que vous serez puissant ou misérable ... On se demande vers quel système de santé à deux vitesses le Gouvernement est en train de nous conduire. Pour éviter discriminations sociales et inégalités, il faut encadrer les dépassements d'honoraires. Certains patients n'ont pas les moyens de consulter un spécialiste en secteur 2 alors même qu'ils n'ont pas accès à un professionnel en secteur 1. Nous défendons le droit à la santé pour tous. C'est pourquoi nous proposons un plafond. Tout doit être mis en œuvre pour éviter une prise en charge tardive des malades, voire un renoncement aux soins. (*Applaudissements à gauche*)

M. Alain Milon, rapporteur. – Je vais essayer de faire preuve de tact et de mesure... (*Sourires*) Je souhaite le retrait, sinon le rejet, des amendements n°865 rectifié et 630 rectifié, qui suppriment un des points essentiels de l'article. Nous avons longuement débattu en commission de la question soulevée par les amendements n°124, 494 et 752, qui sont contraires à la liberté et à la responsabilité des médecins. Avis défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je comprends le souci des auteurs des amendements n°865 rectifié et 630 rectifié, mais je ne peux accepter leurs propositions. Les manquements à la déontologie,

particulièrement le refus de soins, sont des pratiques graves contre lesquelles il faut lutter efficacement. L'article ne remet pas en cause les compétences des Ordres, mais les organismes d'assurance maladie ont une connaissance fine des pratiques et sont investis d'une mission de protection des assurés. La procédure administrative est complémentaire de la procédure ordinale, étant entendu que le directeur de la caisse informera le conseil départemental de l'Ordre des manquements constatés. Avis défavorable.

L'encadrement proposé par les amendements n°s 124, 494 et 752 est une fausse bonne idée. Outre que le Conseil d'État et le conseil de l'Ordre ont été à de multiples reprises saisis de la notion de « tact et mesure », la définition d'un plafond conduira inmanquablement à un alignement des tarifs sur celui-ci. La situation s'en trouvera davantage dégradée encore.

M. Nicolas About, *président de la commission des affaires sociales*. – Bien sûr !

M. François Autain. – Que proposez-vous ? Rien !

M. Marc Laménie. – Je remercie Mme la ministre de sa réponse. Je retire mon amendement.

L'amendement n°865 rectifié est retiré.

M. Gilbert Barbier. – Le problème reste entier. Que se passera-t-il lorsque les appréciations du conseil de l'Ordre et de la caisse différeront ? Les médecins savent ce que sont le tact et la mesure, et ils ont prêté le serment d'Hippocrate. Je retirerai mon amendement si Mme la ministre m'indique comment il sera répondu à la question que je viens de soulever.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre*. – Il n'y a pas de risque de conflit. L'Ordre prononcera une sanction disciplinaire, la caisse une sanction financière.

L'amendement n°630 rectifié est retiré.

Mme Marie-Christine Blandin. – J'ai été sensible à l'évocation par le rapporteur de la conscience, de l'exquise sensibilité des médecins et de leur respect du serment d'Hippocrate. Mais, dans la pratique, c'est au moment de la prise de rendez-vous, par téléphone, qu'on vous apprend qu'il n'y a pas de possibilité de soins sauf paiement d'un dépassement d'honoraires, et la sèche secrétaire qui vous en informe n'a pas, elle, prononcé le serment d'Hippocrate. Je maintiens cet amendement n°124

M. François Fortassin. – Il y a au moins un terme qui est ici déplacé, c'est le mot « tact ». Dès lors qu'il y a un rapport d'argent, il n'est plus de mise. Il pouvait l'être entre les deux guerres, lorsque certains médecins soignaient leurs patients puis avaient le tact de ne pas leur demander d'honoraires, mais il y a longtemps que cela ne se passe plus comme cela.... Alors, de grâce, ne parlons pas de tact car d'aucuns ont tendance à oublier très vite leur serment d'Hippocrate. (*M. Nicolas About*, *président de la*

commission des affaires sociales et M. Jean-René Lecerf protestent)

M. Jean-Pierre Godefroy. – Je suis déçu qu'on ne prenne pas de mesures et qu'on ne fixe pas de plafond, au motif que les médecins s'aligneraient tous sur ce plafond. La prise de rendez-vous n'est pas le seul obstacle, il y a aussi le dépassement d'honoraires imposé par surprise. Si, dans une ville que vous ne connaissez pas, vous avez besoin de voir en urgence un médecin -je l'ai vécu, pour une tierce personne- vous pouvez apprendre en fin de consultation qu'elle coûte 60 euros et qu'on n'accepte pas la CMU : à vous de vous débrouiller. Cerise sur le gâteau, le médecin ajoute : « moi, je ne fais que le haut de gamme ! » Ce sont des expériences vécues quotidiennement, il faut y mettre un terme. En rejetant ces amendements, vous refusez de régler le problème de l'accès des plus démunis aux soins et du non-respect du serment d'Hippocrate.

M. Jean-Luc Fichet. – Deux patients qui ont bénéficié de la même intervention ne peuvent comprendre -et moi non plus d'ailleurs- pourquoi ils paieraient un dépassement d'honoraires différent. Le médecin va-t-il leur prétendre qu'il a fixé ce dépassement « avec tact et mesure » ? Sur quels critères demander plus à l'un qu'à l'autre ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre*. – Ce qu'il faut considérer c'est le pourcentage de médecins qui pratiquent les dépassements. A Paris, il est élevé : 28,9 %. Mais il n'est que de 0,3 % en Lozère ! (*Rires et commentaires ironiques à gauche*) Et l'immense majorité des 79 départements métropolitains a un pourcentage inférieur à la moyenne nationale qui est de 4,4 % !

M. Guy Fischer. – Mais non !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre*. – Je suis désolée que vous n'acceptiez pas les chiffres qui reflètent la réalité. Le dépassement des consultations de généralistes est très modeste, il est de 1, 2 ou 3 euros. Dans ces conditions, un plafond aurait un effet pervers dévastateur. J'ai demandé que l'assurance maladie fasse un travail d'information avec des bornes info-soins sur lesquelles les assurés peuvent trouver des médecins proches de chez eux et pratiquant le tarif opposable. Il y a obligation d'information dès que le montant du soin comportant un dépassement est supérieur à 70 euros. Le montant moyen pour les soins de spécialiste est de 47 euros. Pour les consultations, la plupart des dépassements sont inférieurs à 40 euros. La procédure d'information que j'ai mise en place suffit donc et votre plafonnement desservirait les malades !

M. Bernard Cazeau. – Madame la ministre, vous faites état de statistiques. Moi, j'en ai de différentes : 9 % de généralistes et bien davantage de spécialistes pratiquent les dépassements. Mais je n'en ferai pas état car je n'en suis pas sûr. C'est pourquoi je vous

demande selon quelles méthodes vos propres statistiques ont été établies.

Quoi qu'il en soit, les médecins, et surtout les spécialistes, ne veulent plus d'une régulation tarifaire de la sécurité sociale et cette dernière prêle le flanc à ce refus en ne suivant pas les évolutions du coût de la vie. Si chacun devient libre de pratiquer ses propres tarifs, ils augmenteront automatiquement, et ce sera la fin de la sécurité sociale et, donc, de l'accès aux soins. On ne peut laisser filer ainsi les choses ! Nous en parlons chaque année, à chaque projet de loi de financement de la sécurité sociale et, chaque année, vous ne faites rien ! Si le Gouvernement ne réagit pas, qui le fera ? C'est le moment d'agir, avant qu'il ne soit trop tard, avant que le remboursement des soins et la sécurité sociale elle-même ne soient remis en cause.

L'amendement n°124 n'est pas adopté.

M. François Autain. – Madame la ministre, mieux vaut une fausse bonne idée que pas d'idée du tout. Cela fait deux ans que vous ne proposez rien.

Les patients sont désemparés, surtout les 40 % d'entre eux qui ont dû renoncer aux soins. Se contenter de laisser les choses en l'état en mettant en balance Paris avec la Lozère, qu'on sait si densément peuplée, et où les dépassements sont rarissimes, c'est inadmissible ! Lorsqu'il fixe son dépassement à la tête du patient, le médecin n'a aucune information sur la situation sociale de celui-ci. De toute façon, ce dernier a cotisé il a droit au remboursement ! Cette histoire de tact et de mesure c'est tout à fait périmé. C'était valable lorsque les honoraires pouvaient être inférieurs au tarif opposable, ce qui n'est plus le cas. Devant la dérive des dépassements, le Gouvernement reste passif, alors que ces amendements sont un moyen d'agir. Les médecins, dont vous ne cessez de louer la conscience professionnelle et la moralité, ne vont pas tous appliquer le tarif plafond aussitôt que l'on en fixerait un. Aujourd'hui, le conseil de l'Ordre ne sanctionne que lorsque le dépassement est le triple du tarif opposable alors que la doctrine du Conseil d'État est de se limiter au double.

Le vrai problème est celui de la rémunération des médecins : on ne règlera pas la question des dépassements d'honoraires si on ne revalorise pas les tarifs médicaux, ce que vous ne voulez pas faire pour des raisons qui m'échappent.

Je suis persuadé que nous aurons la même discussion lors de l'examen du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale.

L'amendement n°494 n'est pas adopté.

PRÉSIDENTE DE M. JEAN-LÉONCE DUPONT,
VICE-PRÉSIDENT

M. Jean-Luc Fichet. – La notion de tact et de mesure ne cesse de me surprendre. Ainsi, j'ai entendu

parler d'un chirurgien qui demandait 1 500 euros de dépassement d'honoraire pour une opération remboursée 500 euros par la sécurité sociale. En outre, la patiente s'était engagée par écrit à détenir des fonds suffisants pour acquitter sa facture. Étant dans l'urgence, cette personne a signé et elle a dû emprunter. Dans ce cas précis, où est le tact, où est la mesure ?

M. Nicolas About, président de la commission. – Elle aurait dû aller à l'hôpital !

M. Guy Fischer. – On en revient toujours à la politique tarifaire. Le Gouvernement refusant de revaloriser les honoraires des différentes professions médicales, les patients sont obligés de payer. La sécurité sociale a beau jeu de laisser se développer cette pratique. Les tarifs des chirurgiens n'ayant pas été revalorisés depuis des décennies, le montant des dépassements atteint 470 millions. La sécurité sociale botte en touche et laisse s'installer la généralisation des dépassements d'honoraires. Ainsi, je connais un chirurgien de grande renommée qui demande en moyenne 1 100 euros de dépassements par intervention -c'est le *deal*. Il n'est pas question de jeter l'opprobre sur les professions médicales mais d'obtenir une revalorisation des tarifs ! (*Applaudissements sur les bancs CRC-SPG et sur divers bancs socialistes*)

M. Nicolas About, président de la commission. – J'en appelle au tact et à la mesure de chacun d'entre vous : vous vous êtes exprimés, il convient désormais de voter.

L'amendement n°752 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°269, présenté par M. Houpert.

Supprimer le cinquième alinéa (4°) du texte proposé par le 2° du II de cet article pour l'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale.

M. Alain Houpert. – Il n'appartient pas à l'autorité administrative de définir la qualité et de s'immiscer dans la relation entre les professionnels de santé et les patients. Certes, l'information écrite est nécessaire, mais il faut en finir avec cette épée de Damoclès. Cet alinéa pollue les relations entre le patient et son médecin : le tact et la mesure doivent également concerner l'autorité administrative.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cette faculté fait partie du renforcement des sanctions en cas de vacance du conseil de l'Ordre : je demande le retrait de l'amendement.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – J'ai déjà répondu à deux autres amendements identiques qui ont été retirés par leurs auteurs. Je souhaite qu'il en soit de même ici.

L'amendement n°269 est retiré.

L'amendement n°93 rectifié n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement n°866, présenté par MM. P. Blanc et Laménie.

Dans le sixième alinéa du texte proposé par le 2° du II de cet article pour l'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale, après le mot :

avis

insérer le mot :

conforme

M. Marc Laménie. – Afin que les commissions des pénalités soient crédibles, il faut que le directeur de la Caisse soit obligé de suivre leur avis.

M. Alain Milon, rapporteur. – L'avis simple suffit car un avis conforme alourdirait la procédure : retrait.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Les directeurs sont souvent plus modérés que les commissions. Le montant global des pénalités demandé par les directeurs est en effet moins élevé que celui réclamé par les commissions. Moi aussi, je demande le retrait.

L'amendement n°866 est retiré.

M. le président. – Amendement n°867, présenté par MM. P. Blanc et Laménie.

Supprimer le septième alinéa du texte proposé par le 2° du II de cet article pour l'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale.

M. Marc Laménie. – Il n'appartient pas au directeur de la Caisse de sanctionner les médecins qui sélectionnent leurs patients ou qui exposent les assurés à des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure. Ces faits témoignent de manquements graves aux règles déontologiques et relèvent donc du conseil de l'Ordre.

M. Alain Milon, rapporteur. – Il n'y a pas lieu de prévoir des exceptions pour ce type d'agissements : retrait.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Même avis.

L'amendement n°867 est retiré.

M. le président. – Amendement n°496, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Dans la première phrase du dixième alinéa du texte proposé par le 2° du II de cet article pour l'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale, remplacer les mots :

peuvent faire

par le mot :

font

et les mots :

peuvent être

par le mot :

sont

Mme Isabelle Pasquet. – Cet article prévoit qu'en cas de récidive, « les sanctions peuvent faire l'objet d'un affichage au sein des locaux de l'organisme local d'assurance maladie » et qu'elles « peuvent être rendues publiques ». Cette demi-mesure n'est pas satisfaisante. Dès lors que le professionnel de santé récidive, les sanctions doivent impérativement être affichées et rendues publiques.

De telles pratiques sont tout simplement contraires aux valeurs fondamentales de notre société et à l'engagement du médecin lorsqu'il prête serment. Si ce serment à la valeur que certains lui prêtent, il faut alors prendre les mesures appropriées pour sanctionner sa violation, d'autant plus s'il s'agit d'une récidive.

M. le président. – Amendement n°753, présenté par M. Cazeau et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Dans le dixième alinéa du texte proposé par le 2° du II de cet article pour l'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale, remplacer (deux fois) le mot :

peuvent

par le mot :

doivent

M. Yves Daudigny. – Alors que vous faites de la sanction de la récidive l'alpha et l'oméga de toutes les politiques publiques, vous vous montrez particulièrement timides dans cet article à l'égard des médecins qui refusent de soigner les plus démunis. Il y a donc deux poids, deux mesures. A l'Élysée, on ne cesse de dire que les responsables doivent être punis. Pour quelles raisons les médecins qui refusent l'accès aux soins à des malades s'affranchiraient-ils de cet adage présidentiel ?

En outre, les refus de soins sont de plus en plus fréquents et ils sont commis par de plus en plus de médecins. Il est grand temps de s'en prendre aux 40 % de spécialistes et aux 9 % de généralistes qui choisissent leurs patients en fonction de leurs revenus. Nous devons mettre un terme à la banalisation de cette violence symbolique envers les plus fragiles. En agissant avec mollesse, vous encouragez la récidive. C'est d'ailleurs dans les zones urbaines sensibles et les territoires ruraux que cette évolution est la plus symptomatique. Tous les jours, la population manifeste son exaspération mais, face à la passivité de l'État, elle préfère renoncer aux soins. Or, n'est-ce pas le devoir de la Nation que de protéger les plus faibles ?

Les généralistes sont les premiers informés des refus de soin. Beaucoup se disent dégoûtés face à l'attitude de certains de leurs collègues mais pourquoi iraient-ils avertir les autorités des actes d'un médecin qui ne sera pas sanctionné ? Nous devons donc

prévoir la publication de la condamnation judiciaire pour refus de soin.

M. Alain Milon, rapporteur. – Il est préférable de laisser le directeur choisir librement s'il convient, ou non, de rendre publique la condamnation : avis défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – On ne peut souscrire à un amendement qui causerait à un professionnel de santé un préjudice excessif au regard de la faute commise.

Votre suggestion serait disproportionnée car elle vise aussi les professionnels ayant commis de simples omissions, comme la non-remise d'une information écrite lorsque le dépassement d'honoraires excède 70 euros.

Les modalités de l'affichage seront fixées par voie réglementaire, sans introduire pour toute infraction une règle d'airain, *ipso facto* hors de propos.

Les manquements les plus graves feront bien sûr l'objet d'un affichage systématique.

L'amendement n°496 n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°753.

M. le président. – Amendement n°754, présenté par M. Godefroy et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Dans le dixième alinéa du texte proposé par le 2° du II de cet article pour l'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale, après les mots :

d'assurance maladie

insérer les mots :

, dans la salle d'attente du professionnel concerné ou à défaut son lieu d'exercice

M. Jean-Pierre Godefroy. – L'article 18 du projet de loi organise l'affichage, dans les locaux de l'organisme local d'assurance maladie, des sanctions prononcées à l'encontre d'un professionnel coupable de discrimination. Cela va dans le bon sens mais ne suffit pas.

En effet, interdictions et sanctions n'ont pas fait disparaître les discriminations dans l'accès aux soins, notamment pour des raisons financières.

Le fonds CMU a publié en 2006 les résultats d'une enquête réalisée dans le Val-de-Marne, d'où il ressortait que les allocataires de la CMU complémentaire subissaient un refus de soins chez 1,6 % des médecins généralistes du secteur 1, chez 16,7 % des généralistes du secteur 2, ce taux atteignant 41 % parmi les spécialistes et 39,1 % en s'adressant à des dentistes.

L'enquête réalisée par Médecins du monde dans onze villes de France révèle qu'un dentiste sur deux a refusé de soigner des allocataires de la CMU ou de l'aide médicale de l'État (AME). Ce même rapport a

noté l'attitude méprisante, voire dédaigneuse, des secrétaires médicales ou des chirurgiens-dentistes lorsqu'un allocataire demandait un rendez-vous. Voici quelques réponses : « Non, nous, on ne prend pas ça ! » Appréciez la délicatesse... Il a aussi été répondu : « La CMU ? Non, non, non, pas ici ! ». Cela me rappelle ce médecin qui disait : « Je ne fais que du haut de gamme ». Nous sommes loin du serment d'Hippocrate...

Ces chiffres et ces comportements inacceptables sont contraires à la pratique républicaine, à la déontologie médicale et à l'objectif constitutionnel d'accès aux soins.

Afficher la sanction dans la salle d'attente du praticien coupable de discrimination serait plus dissuasif que de se limiter à la Cpm.

L'amendement s'inscrit dans la transparence et l'information qu'un praticien doit à ses patients, puisque l'exercice professionnel est en cause.

M. Gilbert Barbier. – Il faudra des inspecteurs pour vérifier l'affichage !

M. Alain Milon, rapporteur. – La commission est défavorable. Comment vérifier l'effectivité de cette mesure ? Pourquoi ne pas inscrire la condamnation même sur les ordonnances ? Cela pourrait aller très loin...

Que le refus de soins soit extrêmement condamnable ne doit pas conduire à des réactions inadmissibles.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Même avis.

Mme Colette Giudicelli. – C'est la première fois que je prends la parole dans cet hémicycle. (*M. Jean-Pierre Fourcade applaudit*)

Il est insupportable d'entendre que des médecins aient un comportement discriminatoire, injurieux et méprisant. Si je ne le disais pas, je ne trouverai pas le sommeil cette nuit !

Comme citoyenne, j'estime scandaleux de laisser croire que les médecins de gauche seraient parés de toutes les vertus, contrairement à leurs indignes confrères de droite. (*Applaudissements à droite*)

Mme Nathalie Goulet. – Je comprends l'idée de l'amendement que M. Godefroy vient de défendre avec fougue mais on ne saurait imaginer un affichage *ad vitam aeternam*. Au demeurant, la sanction peut suffire à rendre plus prudent.

La disposition proposée marquerait le médecin d'opprobre pour une durée indéterminée.

Je ne voterai pas ce texte imprécis et inapplicable.

M. Jean-Pierre Godefroy. – J'en suis désolé.

Sans avoir fait de *distinguo* entre médecins de droite et de gauche, j'ai visé des comportements

minoritaires, voire exceptionnels. Bien sûr, l'affichage ne doit pas être éternel.

J'observe au demeurant que la publicité des sanctions prononcées en raison de manquements déontologiques existe pour de nombreuses professions. Ainsi, lorsque vous fermez un établissement de votre commune par une mesure administrative, c'est indiqué sur place pendant la durée de cette fermeture.

Qui saura ce qui figure dans les locaux la Cnam ? Tout en restant réservé aux fautes graves, un affichage visible est souhaitable dans l'intérêt même de la profession médicale, dont la grande majorité se comporte bien.

Le refus répété de soins est une faute grave. Nous voulons combattre ceux qui refusent les lois de la République ! (*Applaudissements à gauche*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Les manquements graves peuvent déboucher sur l'affichage de la sanction, à la Cnam, au cabinet médical, et même par voie de presse. Nous y reviendrons dans quelques instants.

Mais la gauche propose une obligation systématique -véritable lit de Procuste- pour tous les manquements, qu'ils soient graves ou bénins.

Je propose de fixer par voie réglementaire les cas où ces dispositions pénalisantes seront appliquées, car elles ne doivent pas être systématiquement obligatoires.

M. Yves Daudigny. – Parler de médecins irréprochables de gauche ou critiquables de droite est hors de propos. De même, il n'y a pas ici d'amis ou d'ennemis des médecins ; il y a simplement des cas où la loi n'est pas respectée, ce qui motive des sanctions.

Le Gouvernement prône la sévérité envers les récidivistes. Ou bien tous subissent la même dureté, ou bien l'on fait preuve de mesure dans le jugement, mais pas au profit des seuls médecins. (*Applaudissements sur les bancs socialistes*)

L'amendement n°754 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°92 rectifié, présenté par MM. Gilles et Leclerc, Mme Goy-Chavent, M. Vasselle, Mlle Joissains et Mme Bruguière.

Après les mots :

en cas de récidive

rédigé comme suit la fin du dixième alinéa du texte proposé par le 2° du II de cet article pour l'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale :

et après épuisement des voies de recours, par voie de presse.

M. Dominique Leclerc. – Sachons agir avec tact et mesure. (*Exclamations à gauche*) J'ai entendu ici des propos dignes de procureur !

Cet amendement dénué de visée politique est fondé sur la modération et le bon sens. (*Applaudissements à droite*)

M. le président. – Amendement n°868, présenté par MM. Paul Blanc et Laménie.

Dans la première phrase du dixième alinéa du texte proposé par le 2° du II de cet article pour l'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale, après le mot :

récidive

insérer les mots :

et après épuisement des voies de recours

M. Marc Laménie. – Analogue à une double peine, la publication dans la presse de sanctions prononcées en cas de récidive doit être réservée aux juridictions de droit commun, après épuisement des voies de recours.

M. Alain Milon, rapporteur. – Même amendement, même sanction. (*Sourires*)

Les limitations inscrites dans le texte suffisent. La commission propose donc le retrait ou le rejet.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Même avis.

L'amendement n°92 rectifié est adopté.

L'amendement n°868 devient sans objet.

M. le président. – Amendement n°747, présenté par M. Rebsamen et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

I. Après le dixième alinéa du texte proposé par le 2° du II de cet article pour l'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Tout assuré social peut demander à l'organisme local d'assurance maladie la communication de la liste des professionnels de santé qui ont fait l'objet d'une des pénalités ou sanctions prévues au présent article.

II. Après le onzième alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les associations régulièrement constituées depuis cinq ans au moins pour la lutte contre les discriminations peuvent exercer en justice toutes actions résultant de l'application des dispositions du présent article. Dans tous les autres cas, la personne qui s'estime victime d'une des violations visées aux 2°, 3° et 4° pourra demander et obtenir qu'une des associations visées à l'article L. 1114-1 du code de la santé publique l'assiste ou la représente dans la procédure visée au présent article.

M. François Rebsamen. – Cet amendement, déposé conjointement avec M. Desessard, se fonde sur un constat largement partagé : malgré une législation importante consacrée à la lutte contre les discriminations, celles-ci continuent de progresser, tant dans le domaine de l'emploi que dans celui de la santé. Un rapport de la Halde a fait état d'une augmentation de 50 % en 2007. D'après les victimes, le premier motif de discrimination est l'origine.

L'article reconnaît l'importance de ce problème : c'est une grande avancée. La directive européenne n°2000/47, de même que le code pénal et le code du travail français, interdisent d'ores et déjà les discriminations fondées sur la race, l'origine ou le sexe. Il faut défendre cet acquis. Mais il ne suffit pas d'énoncer des principes : il faut se donner les moyens de les appliquer.

Notre amendement tend à renforcer le rôle des associations d'usagers du système de santé et de victimes de refus de soins ou de dépassements excessifs d'honoraires, afin de faciliter les recours contre les pratiques abusives. Ayons à l'esprit le mot de Montesquieu : « Une injustice faite à un seul est une menace faite à tous. »

M. le président. – Amendement n°123, présenté par M. Desessard, Mmes Voynet, Blandin et Boumediene-Thiery et M. Muller.

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

...° Après l'article L. 162-1-14, il est inséré un article L. 162-1-14-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-1-14-2. - Les associations d'usagers, comprises au sens de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique, sont recevables à déposer un recours au nom et pour le compte des usagers qu'elles représentent devant la caisse primaire d'assurance maladie ou toute autre instance compétente dès lors que ces derniers s'estiment victimes d'une violation des règles du présent code par un professionnel de santé, un établissement de santé ou un établissement médico-social. »

M. Jean Desessard. – Cet amendement très proche du précédent tend à permettre aux associations d'usagers de déposer un recours en justice au nom et pour le compte des victimes de discriminations. Aujourd'hui il existe plusieurs voies de recours contre les auteurs d'abus, devant la CPAM, le conseil de l'Ordre des médecins et la Halde. Mais le nombre de recours reste sans commune mesure avec le nombre de violations observées. En 2006, le Fonds CMU a constaté que 41 % des spécialistes refusaient des patients couverts par la CMU ; nombre d'entre eux pratiquent des honoraires cinq ou six fois supérieurs aux tarifs de base.

Pourtant les recours restent rares, car il est difficile pour les patients, qui se trouvent souvent dans un état de santé fragile et une situation sociale précaire, de se retourner contre leur médecin.

Nous souhaitons donc rétablir l'équilibre entre les patients et les médecins en autorisant les recours en suppléance directe de la part des associations.

M. Alain Milon, rapporteur. – L'amendement n°747 prévoit de rendre publiques les listes de médecins sanctionnés par les CPAM locales : c'est très excessif, car il ne s'agit pas de décisions de justice.

Quant au droit d'ester en justice aux côtés des victimes, nous avons voulu le réserver aux associations reconnues afin d'écartier les associations sectaires. Avis défavorable.

Même avis sur l'amendement n°123. Les associations ont le droit d'assister les victimes en justice : il n'est pas nécessaire d'aller plus loin. D'ailleurs, la Haute autorité de santé peut être saisie aussi bien par les personnes physiques que par les associations.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – La liste des auteurs de manquements graves sera affichée dans les locaux de la CPAM et tous les assurés pourront en prendre connaissance. Mais il serait abusif de publier aussi les noms des auteurs d'infractions bénignes.

Quant aux associations, il leur est depuis longtemps loisible, soit d'ester en justice pour leur propre compte, soit d'assister les victimes qui sont souvent des personnes fragiles : je les y invite chaudement. Mais il n'est pas question qu'elles se substituent aux patients !

Avis défavorable aux deux amendements.

L'amendement n°747 n'est pas adopté.

Mme Marie-Christine Blandin. – J'ai bien entendu la réponse de Mme la ministre, mais je souhaite plaider en faveur de notre amendement : les associations doivent pouvoir agir en justice à la place des victimes. Les personnes en situation précaire sont convaincues qu'elles vivent dans une société injuste : à nous de leur prouver le contraire en permettant aux associations, capables de trouver les procédures et les mots justes, de leur servir de remparts contre l'iniquité. A nous de montrer aux victimes qu'elles ont leur place dans cette société ! (*Applaudissements à gauche*)

M. Dominique Leclerc. – Certaines pratiques, comme les refus de soins, sont inadmissibles. Mais ne nous érigeons pas en censeurs d'une profession que nous connaissons mal. Dans le rapport du Fonds CMU étaient mis au pilori des professionnels dont moins de 5 % des patients sont couverts par la CMU. C'est inadmissible ! Les clientèles sont très diverses. Agissons avec modération : les discriminations envers les médecins sont insupportables. (*Mmes Bruguère, Descamps et Henneron applaudissent*)

Mme Colette Giudicelli. – L'opposition souhaite donner de nouveaux droits aux associations, mais il faudrait d'abord connaître mieux celles-ci ! Quand on met son nez dans leurs affaires, on est étonné :

certaines directeurs d'associations possèdent des voitures de fonction et se paient un salaire de 4 000 euros par mois... (*Protestations indignées à gauche*) D'ailleurs, en tant qu'élue des Alpes-Maritimes, je sais où vont les crédits de la politique de la ville, inventée par la gauche : ils servent à payer des médecins étrangers -turcs, kurdes ou autres- qui parlent la langue des patients et peuvent donc les soigner plus efficacement. Et vous parlez de précarité ! La loi Dalo, inventée par d'autres, conduit à des aberrations du même genre : j'entends parfois dire qu'une jeune femme en détresse, mère de deux enfants, a demandé à bénéficier du droit au logement ; mais lorsque je me rends sur le terrain, je m'aperçois qu'elle vit avec un concubin dont le nom figure seul sur le bail et qui gagne 2 ou 3000 euros dans une principauté non loin de chez moi ! Les mesures que vous prônez conduisent à des injustices ! (*Même mouvement*) Je suis prête à en débattre avec vous quand vous voudrez !

M. Alain Gournac. – Très bien !

M. Bernard Cazeau. – C'est intolérable !

M. François Rebsamen. – Des propos comme ceux-ci dans cet hémicycle sont regrettables et frisent la diffamation. Je vous engage à vous modérer et à réfléchir ; vous semblez peu priser les étrangers et vous trouverez forcément des partis politiques pour vous soutenir. Pourtant, les crédits de la politique de la ville, dans de nombreuses communes, rendent d'inestimables services à des milliers d'habitants en situation modeste ou précaire -et qui ne l'ont pas voulu ! (*Applaudissements à gauche ; Mme Nathalie Goulet et M. Jean-Marie Vanlerenberghe applaudissent également*)

M. Jean Desessard. – De tels propos de classe, voilà qui réveille ! La droite ne prend plus de gants ! On ne vous a jamais entendus sur les salaires des patrons, sur leurs parachutes dorés. Pas non plus besoin de contrôler les médecins, ce sont tous des anges, aucun ne refuse de soigner. En revanche, dans cet hémicycle, on a déjà discuté, dans le passé, d'un contrôle renforcé des allocataires du RMI. C'est toujours la même chose : il faut contrôler les plus pauvres mais pas ceux qui pratiquent des dépassements d'honoraires, qui s'enrichissent, qui gagnent 100 000 euros par mois.

M. Nicolas About, président de la commission. – Des noms ! (*Sourires*)

M. Jean Desessard. – Ceux-là, on leur fait confiance. (*Applaudissements à gauche*)

M. Guy Fischer. – Je suis depuis longtemps le représentant de quartiers tels que ceux stigmatisés par Mme Giudicelli. Le gouvernement qu'elle soutient, au lieu de s'attaquer aux retraites-chapeau phénoménales des grands patrons...

M. Dominique Leclerc. – Ou aux retraites des parlementaires !

M. Guy Fischer. – Parlons-en : nous sommes pour une retraite uniforme, nous aurons l'occasion d'en discuter l'an prochain.

Des décrets scélérats ont été pris l'été dernier pour conditionner l'attribution des minima sociaux à une enquête sur le train de vie des demandeurs. Ils n'ont rien mais on considère encore qu'ils pourraient avoir un « train de vie » contestable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Il s'agit des fraudeurs.

M. Guy Fischer. – Certes, il y en a.

M. Adrien Gouteyron. – Ah ! Vous le reconnaissez !

M. Guy Fischer. – Mais n'essayez pas de faire croire que tous les pauvres le sont. Pour l'attribution du RSA, on vient d'organiser l'interconnexion de tous les fichiers : ouf !, les pauvres ne risqueront plus de passer entre les mailles du filet.

Nous connaissons bien les quartiers populaires de Nice, ce sont de véritables ghettos ; ils sont laissés à l'abandon, c'est scandaleux. Madame Giudicelli, venez donc aux Minguettes ! (*Applaudissements à gauche*)

L'amendement n°123 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°495 rectifié, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Après le texte proposé par le 2° du II de cet article pour l'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

« Art. L. ... - Peuvent faire l'objet d'une sanction prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie les établissements de santé qui exposent les assurés sociaux au cours de l'exercice d'une mission de service public à des dépassements d'honoraires. »

M. François Autain. – Nous craignons une privatisation des missions du service public de santé et les propos de Mme Bachelot ne nous ont pas vraiment rassurés. Les tarifs pratiqués pour ces missions seront les tarifs opposables, nous a-t-elle dit. Il convient d'en tirer les conséquences et de prévoir des sanctions en cas de non-respect de cette obligation. Je demanderai un scrutin public.

M. Alain Milon, rapporteur. – L'idée nous semble intéressante, qu'en pense le Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Cela a été fixé dans la loi : les tarifs applicables pour l'exécution des missions de service public sont ceux définis à l'article L. 61-12-3, c'est-à-dire les tarifs conventionnels hors dépassements d'honoraires. Les médecins et les établissements qui ne respecteraient pas cette règle s'exposeraient aux sanctions prévues dans le code de la santé publique, des sanctions ordinales et financières.

A la demande du groupe CRC, l'amendement n°495 rectifié est mis aux voix par scrutin public.

M. le président. – Voici les résultats du scrutin :

Nombre de votants	341
Nombre de suffrages exprimés	339
Majorité absolue des suffrages exprimés	170
Pour l'adoption.....	152
Contre	187

Le Sénat n'a pas adopté.

PARAGRAPHE ADDITIONNEL

M. le président. – Amendement n°142 rectifié, présenté par MM. Pointereau, Leclerc, César, Pillet, Doublet et Laurent.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - Le deuxième alinéa de l'article L. 1111-3 du même code est complété par une phrase ainsi rédigé :

« Le plafond des honoraires déclenchant l'obligation de devis préalable, fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, est défini de manière à éviter la multiplication artificielle des consultations. »

M. Rémy Pointereau. – L'obligation d'information préalable qui pèse sur les médecins ne saurait être mise en cause, mais ses effets pervers doivent être gommés. Le seuil de déclenchement de cette obligation est fixé à 70 euros, remboursement sécurité sociale inclus. Il en résulte une multiplication des consultations et la mesure peut sembler artificielle, voire contre-productive.

Nous proposons de restaurer son intérêt, sans pénaliser le patient tenu de consulter deux fois sans toujours comprendre pourquoi. Cette procédure entraîne aussi des frais supplémentaires pour l'assurance maladie et complique la tâche administrative des médecins. En fait, dans sa forme actuelle, le mécanisme coûte cher à tout le monde.

M. Alain Milon, rapporteur. – Ce problème est réel mais il est difficile de le régler par voie législative. Il serait utile de connaître les dispositions prévues par le Gouvernement sur ce point. Retrait ou avis défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je partage votre volonté d'éviter les événements indésirables liés à la communication des tarifs : certains médecins sont effectivement tentés de scinder en deux leur consultation pour ne pas dépasser le seuil de 70 euros.

Le code de la santé publique prévoit une information écrite préalable systématique si le médecin prescrit un acte donnant lieu à dépassement. Votre observation a donc déjà été prise en compte : vous pouvez retirer votre amendement.

M. Rémy Pointereau. – Vous ne répondez pas tout à fait à ma demande. Lorsqu'un dépassement est

annoncé lors d'une consultation, le patient est obligé de revenir s'il n'est pas sûr d'être remboursé. Il y a donc un coût supplémentaire, qui pourrait être réglé si le plafond était relevé en fonction des actes réalisés.

Mme Marie-Christine Blandin. – Quand nous prévoyons des peines ou des amendes pour sanctionner des excès de vitesse, nous ne considérons pas tous les automobilistes comme des chauffards ! Ici aussi, il revient simplement au législateur de border les excès.

Cet amendement ne vient pas de la gauche mais nous ne nous serions pas permis d'imaginer que les médecins emploient de telles méthodes pour gagner davantage sur le dos de leurs patients ! Les soupçons ont donc traversé tous les rangs...

M. Rémy Pointereau. – Il ne s'agit pas de condamner les médecins en général mais de trouver une solution pragmatique et de bon sens pour éviter que le patient n'ait à consulter une seconde fois le spécialiste, parfois après trois mois d'attente.

L'amendement n°142 rectifié n'est pas adopté.

PRÉSIDENCE DE M. ROLAND DU LUART,
VICE-PRÉSIDENT

M. Jean-Pierre Fourcade. – Cet article 18 difficile a donné lieu à un débat au cours duquel nos positions de droite et de gauche ont été réaffirmées, comme lors de nos luttes ancestrales... Toutefois, il est indispensable car les refus de soins et les dépassements d'honoraires existent. Le Gouvernement et la commission ont cherché un équilibre que d'aucuns ont tenté de rompre en nous proposant une médecine fonctionnarisée, encadrée, peu attrayante pour les futurs praticiens.

Au fond, le problème est que les Ordres professionnels ne font pas respecter la déontologie, ce qui est pourtant leur raison d'être. Ils doivent entrer dans le XXI^e siècle et sanctionner le très petit nombre de médecins dont le comportement est condamnable, au risque d'entacher la réputation de l'ensemble de cette profession. C'est dans cet esprit que nous voterons cet article. *(Applaudissements sur les bancs UMP)*

M. Jean-Pierre Godefroy. – L'article 18 est au cœur des préoccupations de ceux qui souhaitent garantir l'égal accès à des soins de qualité, conformément au code de déontologie médicale : « Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes, quels que soient leur origine, leurs mœurs, leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminées, leur handicap, leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. » Le non-respect de ces règles peut être sanctionné par les

chambres disciplinaires des ordres professionnels ou par les sections des assurances sociales.

Madame la ministre, nous approuvons votre volonté de sanctionner ces refus de soins. Depuis plusieurs années, nous demandons l'interdiction explicite du refus de soins lié au fait que le patient bénéficie de la CMU ou de l'aide médicale d'État, dont témoignent de nombreuses études. Les dispositions initiales nous paraissaient particulièrement bienvenues, mais cet article a été vidé de sa substance. Les mesures protégeant les usagers des refus de soins ont été supprimées, la majorité craignant qu'elles ne fassent peser un soupçon infondé sur les professionnels de santé. Une fois de plus, l'intérêt privé des médecins a primé sur l'intérêt général des patients.

Nous demandons le rétablissement des dispositions relatives à la charge de la preuve et au *testing*, qui s'applique déjà dans d'autres domaines tout aussi importants, tel l'accès à l'emploi ou au logement. Nous voterons donc contre cet article très décevant, surtout après sa réécriture par le Sénat.

M. Gilbert Barbier. – Jean-Pierre Fourcade souhaite que le conseil de l'Ordre agisse mais ce dernier doit en avoir les moyens. Actuellement, il ne dispose que de l'avertissement, de la suspension provisoire et de la radiation définitive. J'ai proposé par des amendements qu'il puisse appliquer des sanctions financières, mais cela a été refusé.

Les caisses de sécurité sociale ont, pendant très longtemps, tenu secrets les dépassements d'honoraires. La saisine du conseil de l'Ordre était exceptionnelle. Les médecins sont les mieux à même de sanctionner les abus de leurs confrères et d'apprécier avec quels « tact et mesure » ils pratiquent les dépassements d'honoraires. Certains modulent leurs tarifs en fonction des ressources et de la mutuelle de leurs patients ; si nécessaire, ils appliquent les tarifs opposables. Il ne faut donc pas jeter le discrédit sur l'ensemble de la profession, même si les dépassements excessifs existent aussi bien chez les médecins libéraux que chez les praticiens hospitaliers. J'ai proposé un plafond de 10 000 euros en cas de récurrence : votons cette disposition plus tard.

M. Bernard Cazeau. – Cet article important entend répondre à un vrai problème de société. Les discriminations dans l'accès aux soins vont à l'encontre des préceptes fondateurs de la République.

Le Préambule de la Constitution de 1946 garantit à tous la protection de la santé. Les refus de soins ne sont pas acceptables, et doivent être condamnés. Mais les preuves ne sont pas faciles à apporter, et le conseil de l'Ordre rechigne à prononcer des sanctions.

L'article 18, dans sa version initiale, celle du Gouvernement, visait à inverser la charge de la preuve et à permettre aux directeurs de caisses de prononcer des condamnations. Estimant que cette disposition

pouvait susciter un important contentieux, l'Assemblée nationale l'a remplacée par une procédure préalable de conciliation entre conseil de l'Ordre et caisse d'assurance maladie, à la suite de laquelle le directeur de caisse pouvait prononcer une sanction. Ce n'était pas là une mauvaise chose, d'autant que les députés, toutes tendances confondues, y avaient ajouté la possibilité pour les associations de pratiquer le *testing*.

Notre commission -car c'est bien elle qui porte là la plus grande responsabilité- a supprimé ce dispositif. Ce n'est pas rendre service à la profession. Il est urgent de garantir à tous l'accès aux soins : 14 % de nos concitoyens déclarent renoncer à certains soins pour des raisons financières. Malgré la création de la CMU-C, les refus de soins restent monnaie courante, au motif que ces patients ne sont pas « lucratifs », retardant le diagnostic et la prise en charge des malades, avec les conséquences que l'on peut craindre sur leur santé.

L'article 18, modifié, est adopté.

Article 18 bis

(Texte modifié par la commission)

Après l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-1-18 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-1-18. - *Les assurés ou ayants droit âgés de 16 à 25 ans peuvent bénéficier chaque année d'une consultation, réalisée par un médecin généraliste, pour laquelle ils sont dispensés de l'avance des frais.*

« *Un décret fixe le contenu, les modalités et les conditions de mise en œuvre de la visite. Ces conditions peuvent prévoir, pour une période limitée, une expérimentation au bénéfice d'une partie de la population visée au premier alinéa.* »

M. le président. – Amendement n°1233, présenté par le Gouvernement.

Dans le premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 162-1-18 du code de la sécurité sociale, après le mot :

consultation

insérer les mots :

de prévention

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Sur les indicateurs de santé des jeunes, nous avons de larges marges de progrès... Les enquêtes montrent que les jeunes connaissent mal leurs droits et les structures susceptibles de répondre à leurs besoins. La consultation prévue pour les 16-25 ans vise à faciliter leur accès au système de santé en les faisant bénéficier du tiers-payant, qui leur évite de solliciter l'autorisation de leurs parents ou de supporter le reste à charge. Cette consultation de prévention, en même temps qu'elle doit leur permettre de se familiariser avec le système de santé, est l'occasion d'un repérage d'éventuels problèmes de santé, psychologiques ou

sociaux appelant, le cas échéant, une prise en charge précoce.

Cette mesure fera l'objet, dans un premier temps, d'une expérimentation. Mon amendement vise à rétablir la mention de la nature préventive de cette consultation. Il est essentiel qu'elle figure expressément dans la loi, ce qui permettra, au terme de l'expérimentation, une prise en charge par les organismes complémentaires d'assurance maladie.

M. Alain Milon, rapporteur. – Les explications de Mme la ministre éclairent le sens du terme « consultation de prévention ». Favorable, dans ces conditions.

M. François Autain. – Une question, madame la ministre. Vous envisagez la prise en charge de cette visite par les complémentaires. Qu'en sera-t-il pour ceux qui n'en ont pas ?

M. Gilbert Barbier. – Je suis favorable à cette proposition, mais pourquoi préciser que la visite est assurée par un médecin généraliste ? Il existe des spécialistes en médecine du sport qui pourraient fort bien assurer cette consultation de prévention.

M. Bernard Cazeau. – Nous sommes favorables au rétablissement de la notion de prévention, qu'avait supprimée la commission.

M. Guy Fischer. – Il y a en effet là un maillon faible de la médecine scolaire et universitaire. Les jeunes des quartiers populaires, en difficulté, au chômage, cumulent ainsi les handicaps. Ils méritent que l'on conjugue nos efforts. Mais pourquoi une prise en charge par les complémentaires ?

M. Nicolas About, président de la commission. – Pourquoi pas ?

M. Guy Fischer. – Encore la cagnotte !

Mme Maryvonne Blondin. – Je rappelle à Mme la ministre que dans le cadre de notre mission commune d'information sur la politique en faveur des jeunes, nous avons abordé la question de la santé et préconisé une action spécifique en direction des jeunes en difficulté afin que tous puissent bénéficier d'une consultation de prévention. Nous ne l'envisageons pas, cependant, comme une simple visite de diagnostic, au terme de laquelle on renverrait, pour les soins, à un spécialiste. Elle doit être une consultation de soin.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Que ce soit la leur ou celle de leurs parents, 80 % des jeunes sont couverts par une mutuelle. Pour ceux qui ne le sont pas, le FNPEIS (Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire) prendra en charge le ticket modérateur.

Il est pour moi essentiel, monsieur Barbier, que cette consultation soit assurée par un généraliste -ce que sont, au reste, les médecins du sport. Il est bon que le parcours de soins débute par les conseils d'un

médecin généraliste, qui saura guider le jeune. C'est une question de pédagogie.

L'amendement n°1233 est adopté.

L'article 18 bis, modifié, est adopté.

Article 18 ter

(Texte modifié par la commission)

I. - Après l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-1-19 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-1-19. - Les directeurs des organismes locaux d'assurance maladie et les services médicaux de ces organismes sont tenus de communiquer à l'ordre compétent les informations qu'ils ont recueillies dans le cadre de leur activité et qui sont susceptibles de constituer un manquement à la déontologie de la part d'un professionnel de santé inscrit à un ordre professionnel.

« L'ordre est tenu de faire connaître à l'organisme qui l'a saisi, dans les trois mois, les suites qu'il y a apportées. »

II. - Supprimé par la commission.....

M. le président. – Amendement n°122, présenté par M. Desessard, Mmes Voynet, Blandin et Boumediene-Thiery et M. Muller.

Rétablir le II de cet article dans la rédaction suivante :

II. - Après le 2° de l'article L. 4124-6 du code de la santé publique, il est inséré un 2° bis ainsi rédigé :

« 2° bis Dans le cas de non-respect du tact et de la mesure dans la fixation des honoraires ou dans le cas de méconnaissance des dispositions de l'article L. 1110-3, l'amende, dont le montant ne peut excéder 10 000 € ; ».

M. Jean Desessard. – Nous rétablissons la pénalité financière, introduite à l'Assemblée nationale et supprimée par notre commission des affaires sociales. Les dépassements d'honoraires se multiplient de façon inquiétante et deviennent un obstacle de plus en plus infranchissable pour nos concitoyens les plus fragiles. Je ne m'explique pas que la commission ait supprimé cet alinéa : c'est renoncer purement et simplement à lutter contre les dépassements puisqu'il n'existe rien, dans les juridictions ordinaires, entre le blâme et l'interdiction temporaire d'exercer.

M. le président. – Amendement identique n°570, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

M. François Autain. – Même amendement.

Je ne m'explique toujours pas que la commission ait supprimé cette formule bien venue de l'Assemblée nationale.

M. Alain Milon, rapporteur. – La commission a estimé que les instances ordinaires disposaient déjà d'un grand nombre de sanctions possibles. Y ajouter des sanctions financières serait une innovation lourde :

celles-ci doivent être réservées aux caisses d'assurance maladie.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je reviens sur l'excellente intervention du président Fourcade pour lui dire qu'il faut déjà que les Ordres soient informés, ce qui est précisément l'objet de cet article 18.

Ces deux amendements me surprennent fort : il est certes utile que les caisses puissent appliquer des sanctions financières mais, s'il doit bien y avoir la coordination que M. Barbier souhaite, il ne faut pas non plus qu'il y ait confusion entre deux types d'organismes, qui doivent exercer deux types de pénalités, disciplinaires pour les ordres, financières pour les caisses. Chacun son métier !

C'est cette confusion qui me fait m'opposer à ces amendements.

Les amendements identiques n^{os} 122 et 570 ne sont pas adoptés.

L'article 18 ter est adopté.

Article 18 quater A

A la fin du premier alinéa de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique, il est ajouté une phrase ainsi rédigée : « Lorsque l'acte ou la prestation inclut la fourniture d'une prothèse, l'information délivrée au patient doit mentionner le coût d'achat de la prothèse auprès du prothésiste ainsi que l'origine de fabrication de la prothèse. »

M. Jean Louis Masson. – Cet article soulève un problème majeur : le scandale des prothèses. Pendant un temps, c'étaient les prothèses de la hanche ; ce sont maintenant les prothèses dentaires. A chaque fois, on voit un *lobby* très puissant obtenir l'oreille des pouvoirs publics pour que rien ne soit fait contre ce qui peut être qualifié d'escroquerie. On fait fabriquer des prothèses de basse qualité dans des pays sous-développés et on les vend aux patients comme des prothèses de bonne qualité fabriquées ici. Grâce à quoi le dentiste réalise un bénéfice de 200, 300, voire 400 % !

Il est invraisemblable que les pouvoirs publics ne fassent rien contre cette escroquerie. C'est à croire que d'aucuns, au passage, s'en mettent plein les poches. Il est insupportable qu'on accule à la fermeture des ateliers de prothésistes, alors que nous avons 3 millions de chômeurs, pour faire travailler des ateliers chinois ou marocains.

Je ne serais pas choqué que l'on achète ainsi des prothèses dans des pays sous-développés si c'était pour les vendre moins cher aux patients. Mais ce n'est pas ce qui se passe : on leur vend des prothèses bas de gamme au prix fort, en leur faisant croire qu'elles sont de première qualité.

Tout va bien si le patient a un dentiste honnête.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Pléonasme ! (*Sourires*)

M. Jean Louis Masson. – Mais il y a aussi tous ces dentistes malhonnêtes. Il faut que cela cesse !

M. le président. – Amendement n°1352, présenté par M. Milon, au nom de la commission.

Rédiger comme suit cet article :

Le premier alinéa de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Lorsque l'acte ou la prestation inclut la fourniture d'un dispositif médical visé à l'article L. 5211-1 du présent code, l'information écrite délivrée gratuitement au patient comprend, de manière dissociée, le prix d'achat de chaque élément de l'appareillage proposé, le prix de toutes les prestations associées, ainsi qu'une copie de la déclaration de fabrication du dispositif médical telle que prévue aux articles R. 5211-21 à 5211-24 du présent code. »

M. Alain Milon, rapporteur. – Cet amendement synthétise les amendements n°280, 651 rectifié et 1341 rectifié.

Il concerne tous les dispositifs médicaux au sens du code de la santé publique, comme le demande l'amendement 1341 ; il prévoit une information écrite, comme les amendements 280 et 651 ; délivrée gratuitement, comme le demande l'amendement 1341. Conformément à l'amendement 651, cette information devra comporter, de manière dissociée, tous les éléments du prix -appareillage et prestations associées. Enfin, pour aller dans le sens de l'amendement 280, l'origine de fabrication sera établie grâce à la remise d'une copie de la déclaration de fabrication.

La commission des affaires sociales a passé une matinée entière à rédiger cette synthèse, qui a été adoptée à l'unanimité.

M. François Autain. – Oui, et c'est rare.

M. le président. – Amendement n°651 rectifié, présenté par MM. Vasselle, P. Blanc et Gournac.

Rédiger comme suit cet article :

Le premier alinéa de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Lorsque l'acte ou la prestation inclut la fourniture d'une orthèse ou prothèse externe telle que définie au titre II de la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, l'information écrite délivrée au patient doit mentionner de manière dissociée le prix hors taxes de chaque élément de l'appareillage proposé, son origine de fabrication et le prix de toutes les prestations associées. »

M. Alain Gournac. – Nous voulons, avec cet amendement de transparence, éclairer le patient qui recevra une facture globale.

M. le président. – Amendement n°280, présenté par M. About.

Rédiger comme suit cet article :

A la fin du premier alinéa de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique, il est ajouté une phrase ainsi rédigée : « Lorsque l'acte ou la prestation inclut la fourniture d'une prothèse, l'information délivrée par écrit au patient comprend le coût d'achat de la prothèse ainsi qu'une copie de la déclaration de fabrication du dispositif médical telle que prévue au 2 de l'annexe VIII du livre VI *bis* du code de la santé publique. »

M. Nicolas About. – Je suis pleinement satisfait par l'amendement qu'a présenté le rapporteur.

M. le président. – Amendement n°1341 rectifié, présenté par le Gouvernement.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - L'article L. 162-1-9 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après les mots : « un devis », sont insérés les mots : « gratuit, indiquant le prix de revente du dispositif médical visé à l'article L. 5211-1 du code de la santé publique et précisant les prestations associées, » ;

2° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Le contenu des autres informations devant figurer sur le devis et la facture et, le cas échéant, les modalités particulières d'élaboration de ces pièces et de leur transmission aux patients peuvent être précisées par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie. »

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je souhaite améliorer l'amendement qu'a présenté le rapporteur.

On ne peut pas demander que soit indiqué « de manière dissociée le prix d'achat de chaque élément de l'appareillage proposé », c'est-à-dire de chaque clou et de chaque vis. Comment, d'autre part, exiger que soit mentionné « le prix d'achat de chaque élément de l'appareillage proposé » ? Ou alors, il faudrait y contraindre tous les commerçants.

M. François Autain. – Ce n'est pas comparable !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Un décret publié le 30 avril dernier reprend le texte d'une directive qui prévoit déjà que ce genre d'informations soit mis à disposition des patients. Une part importante de votre amendement est ainsi satisfaite.

D'autre part, le décret du 4 novembre 2008 fixe le contenu d'un devis normalisé pour les audioprothèses et vaut aussi bien pour les prothèses dentaires.

Il est enfin impossible en pratique de prévoir la mention du prix hors taxes de chaque élément de l'appareillage.

J'ai noté que M. About avait retiré son amendement...

M. Nicolas About. – J'ai seulement dit que celui de la commission me donnait satisfaction... Je suis prudent !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Vous aviez voté un amendement similaire en loi de financement de la sécurité sociale, que le Conseil constitutionnel avait disjoint au motif que c'était un cavalier social.

M. Nicolas About. – C'est bien pourquoi j'y reviens.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Outre qu'il fait référence à une annexe qui n'est plus en vigueur depuis l'arrêté que j'ai déjà évoqué, cet amendement pose les mêmes problèmes que celui de la commission.

Mon amendement améliore la rédaction de l'article. Il fait apparaître le prix de revente et non le prix d'achat...

M. François Autain. – Pourquoi ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – ...et dissocie clairement le coût de l'acte de pose et celui de la fourniture. L'entrée en vigueur de la directive en mars 2010 permettra une réelle traçabilité de tous les dispositifs sur mesure présentant un risque au moins modéré. L'amendement du Gouvernement prévoit enfin la gratuité des devis. Je souhaite que la commission puisse s'y rallier.

M. Alain Milon, rapporteur. – Je souhaite le retrait des amendements n°651 rectifié et 280. La commission préfère sa rédaction à celle du Gouvernement.

M. François Autain. – Bien sûr !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je suis désolée que vous refusiez de mentionner l'obligation de gratuité des devis...

M. Alain Milon, rapporteur. – L'amendement de la commission la prévoit aussi.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – ...et le contrôle de son respect.

Mme Sylvie Desmarescaux. – Je suis l'auteur avec d'autres de la proposition de mention du prix d'achat, qu'a reprise la commission. C'est ce prix qui importe, tant il peut différer d'un pays à l'autre. Je soutiens l'amendement présenté par le rapporteur.

M. Claude Bérît-Débat. – L'amendement de la commission est excellent. C'est sur le prix d'achat que le patient souhaite être éclairé. Incidemment, la

mention valorisera le travail des prothésistes dentaires en France, qui n'est guère reconnu.

M. Alain Gournac. – Je retire mon amendement au profit de celui de la commission.

L'amendement n°651 rectifié est retiré.

M. Jean Louis Masson. – L'amendement de la commission est solide et bien rédigé. Celui du Gouvernement est très pernicieux.

M. Nicolas About, président de la commission. – N'exagérons rien !

M. Jean Louis Masson. – Certains dentistes font d'énormes plus-values sur le dos de leurs clients en leur revendant très cher des prothèses bas de gamme achetées en Chine. C'est une tromperie qui ne peut perdurer sans la tolérance des pouvoirs publics. Et c'est à cette situation que le Gouvernement refuse de s'attaquer. Son amendement n'a d'autre but que de torpiller celui de la commission. La directive ? Pour une fois que nous anticipons, il devrait se réjouir ! Si on veut que le client soit bien informé, il faut évidemment mentionner le prix d'achat ! Quand il verra qu'on lui facture 400 euros une prothèse achetée 50, il se posera des questions ! Et le Gouvernement veut nous faire croire qu'il améliore la rédaction ! En réalité, il cautionne des escroqueries !

M. Gilbert Barbier. – J'éprouve une certaine satisfaction à constater qu'après avoir tapé sur les médecins, on s'attaque maintenant aux chirurgiens-dentistes... Un peu de modération ne nuirait pas. La mesure s'appliquera à tous les dispositifs médicaux ; or, les établissements, dont les hôpitaux publics, auront de gros problèmes si on leur fait obligation de les facturer à leur prix d'achat.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Évidemment !

M. Nicolas About, président de la commission. – Il n'a jamais été question de cela !

M. Gilbert Barbier. – Et l'entretien ? Et le stockage ? Il serait juste de mentionner et le prix d'achat et le prix de revente. J'ajoute que si le praticien achète 50 et revend 400, ce ne sera pas fiscalement très avantageux...

M. André Lardeux. – L'amendement du Gouvernement me semble le plus raisonnable. Le public est si ignorant des mécanismes de formation des prix que la mention du prix d'achat mettra le feu partout ! Il ne comprend pas comment un dispositif acheté 100 peut être revendu le double ou le triple !

M. Nicolas About, président de la commission. – Le rapport est plutôt de un à dix !

M. André Lardeux. – Les gens pensent, à tort, que la mise en place d'une prothèse, c'est gratuit....

M. Dominique Leclerc. – Certains ici ne parlent que des prothèses dentaires alors que tous les

dispositifs médicaux sont concernés. C'est un domaine plus général où beaucoup d'investissements sont faits pour l'innovation et la recherche. L'adoption de l'amendement de la commission pourrait avoir des conséquences insoupçonnées.

M. Nicolas About. – Ce débat a déjà eu lieu lors du projet de loi de financement de la sécurité sociale. On avait alors opposé à mon amendement que l'ordre du commerce mondial empêchait d'imposer une telle mesure : renseignements pris, c'est inexact. On m'avait objecté que les dispositions européennes s'y opposaient aussi ; ce n'est pas plus exact.

Nous sommes dans le domaine des dispositifs médicaux sur mesure où, donc, le praticien n'est ni revendeur, ni fabricant. Il est, au sens du décret, un « utilisateur ». A ce titre, il peut prétendre facturer son travail qui consiste à adapter le dispositif médical au patient. Mais il ne saurait réaliser un profit spécial sur ce matériel. Il n'y a rien de scandaleux à informer le patient sur son prix d'achat.

Je n'ai pas vu de voleurs dans telle ou telle profession. C'est seulement le retard dans la cotation de certains actes qui a obligé les professionnels à emprunter des voies de contournement sous forme de dépassements d'honoraires ou de prix de vente de dispositifs médicaux. Ce n'est pas de la malhonnêteté, c'est le système qui ne s'est pas adapté.

M. Dominique Leclerc. – Merci de le dire !

M. Nicolas About. – Et on l'adapte d'autant moins qu'on préfère aussi que ce soit, pour l'optique par exemple, les complémentaires qui payent...

Je me suis rallié à l'amendement de la commission. Je ne vois pas ce qui peut là choquer les praticiens. Eux, ils veulent surtout qu'on revalorise leurs actes et qu'ils ne soient plus obligés de tricher. Ne les maintenons pas dans la situation actuelle, tout à fait anormale.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – L'article concerne en effet l'ensemble des dispositifs médicaux et ne cible pas particulièrement les prothèses dentaires. Mon amendement transpose le dispositif juridique adopté pour les audioprothèses dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 et qui dissociait le prix du dispositif et celui de la prestation. Certains chirurgiens-dentistes font faire leurs prothèses par des prothésistes qui sont leurs salariés. Mon père, chirurgien-dentiste, les faisait lui-même... Le prothésiste n'agit que par délégation du dentiste, il est son fournisseur. Le chirurgien-dentiste est entièrement responsable de la qualité du dispositif qu'il pose en bouche. Pourquoi serait-il obligé d'informer son patient de son prix d'achat ? C'est son affaire, il en est responsable. Je crois hélas qu'il n'y a aucune corrélation entre le prix d'achat et le prix facturé : on peut même imaginer que ceux qui se fournissent aux prix les plus bas pratiquent les plus forts dépassements... Pourquoi imposerait-on au

praticien de fournir cette information, difficile à donner lorsque le prothésiste est son salarié ? En revanche, il est normal que le patient puisse distinguer le prix de vente de l'appareillage de celui de la prestation.

Le décret qui entrera en vigueur en mars 2010 prévoit un dispositif de traçabilité : l'identification et l'adresse du fabricant seront tenues à la disposition du patient.

M. Gérard Dériot. – On est dans une démarche finalement commerciale et on demande au chirurgien-dentiste de préciser dans son devis le prix d'achat du matériel ! Autant demander à un peintre d'établir un devis précisant le prix d'achat et le prix de vente du plâtre, de la peinture et du papier peint !

M. Yves Daudigny. – Là, c'est la sécurité sociale qui paye !

M. Gérard Dériot. – D'accord pour informer sur l'origine de la prothèse, mais pas sur son prix d'achat !

*L'amendement n°1352 est adopté
et devient l'article 18 quater A.*

*Les amendements n°s 280 et 1341 rectifié
deviennent sans objet.*

Article 18 quater B

Le quatrième alinéa de l'article L. 1142-15 du code de la santé publique est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« Lorsque la personne responsable des dommages est un professionnel de santé, l'office est subrogé, à concurrence des sommes versées, dans les droits de la victime contre ce professionnel de santé ou, le cas échéant, son assureur, sauf dans les cas suivants : soit le délai de validité de la couverture d'assurance garantie par les dispositions du cinquième alinéa de l'article L. 251-2 du code des assurances est expiré, soit les plafonds de garantie prévus dans les contrats d'assurance en application des dispositions du troisième alinéa de l'article L. 1142-2 du présent code sont dépassés.

« Lorsque la personne responsable des dommages est une personne morale, l'office est subrogé, à concurrence des sommes versées, dans les droits de la victime contre cette personne morale ou, le cas échéant, son assureur, sauf dans les cas où le délai de validité de la couverture d'assurance garantie par les dispositions du cinquième alinéa de l'article L. 251-2 du code des assurances est expiré.

« Dans tous les cas où l'office est subrogé dans les droits de la victime, il peut en outre obtenir remboursement des frais d'expertise. »

M. le président. – Amendement n°1234 rectifié, présenté par le Gouvernement.

Rédiger comme suit cet article :

Après le quatrième alinéa de l'article L. 1142-15 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« En outre, lorsque la personne responsable des dommages est un professionnel de santé exerçant à titre libéral conventionné pratiquant les tarifs fixés par la convention prévue à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, l'office ne peut exercer d'action subrogatoire contre ce professionnel ou, le cas échéant, son assureur, lorsque les plafonds de garantie prévus dans les contrats d'assurance en application des dispositions du troisième alinéa de l'article L. 1142-2 du présent code sont dépassés. »

Amendement n°1364, présenté par le Gouvernement.

A la fin du troisième alinéa de cet article, supprimer les mots :

, sauf dans le cas où le délai de validité de la couverture d'assurance garantie par les dispositions du cinquième alinéa de l'article L. 251-2 du code des assurances est expiré

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Cet article traite de la prise en charge par l'Oniam des indemnités au-delà de 3 millions qui sont dues par les professionnels de santé responsables d'accidents médicaux.

La commission a modifié le mode de prise en charge des indemnités des professionnels des établissements et des établissements de santé en cas d'accident médical. Je suis surprise que cette mesure ait passé les fourches caudines de l'article 40 puisqu'elle crée une charge nouvelle. Cette disposition entend répondre à des difficultés qui n'ont jamais été rencontrées, même si les professionnels craignent des dérives. L'Oniam n'a en effet jamais eu à tenter d'action subrogatoire à l'encontre d'un professionnel qui aurait été condamné à verser des indemnités supérieures au plafond de garantie fixé par décret à 3 millions.

En outre, les libéraux n'ont aucune difficulté à trouver un assureur et ils n'ont enregistré aucune augmentation significative de leurs primes d'assurances, même pour les spécialités à risque.

Enfin, il existe d'autres voies pour faciliter une bonne couverture assurantielle des médecins, comme l'augmentation du plafond de garantie fixé par décret ou le renforcement du dispositif d'aide à la souscription des assurances professionnelles pour les médecins qui s'engagent dans une démarche d'accréditation.

Je suis donc opposée à une extension aussi large de la solidarité nationale comme le propose la commission.

M. François Autain. – Les médecins souffrent !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Cette mesure reviendrait à transférer sur la solidarité nationale la charge de l'indemnisation consécutive à une faute du professionnel dans le cadre d'un règlement à l'amiable. Ce coût potentiel viendrait évidemment s'ajouter aux 40 millions annuels payés

par l'assurance maladie à titre de participation aux primes d'assurance, ce qui est loin d'être négligeable.

J'ai donc déposé deux amendements : le premier exclut les établissements de santé dont la couverture assurantielle aurait expiré : cette extension n'a en effet pas de fondement. Sur le fond, l'Oniam peut en effet se substituer à des professionnels de santé responsables d'un accident médical et ne pas se retourner contre eux puisque, au moment de leur retraite, les professionnels arrêtent de souscrire une assurance et ne restent couverts que pendant cinq ans. Cette disposition est en revanche inadaptée aux établissements de santé qui ne se trouvent jamais dans ce cas de figure. Sur la forme, cet article renvoie à des dispositions du code des assurances qui ne concerne que les professionnels de santé et non les établissements de santé.

Mon second amendement vise à limiter la prise en charge par l'Oniam des indemnités supérieures à 3 millions aux professionnels libéraux installés en secteur I.

M. François Autain. – Très bien !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Cette limitation permettrait de promouvoir ce secteur. Elle serait justifiée au regard du principe d'égalité parce qu'en limitant son champ à ce seul secteur, elle établirait bien un lien entre rémunération et capacité à payer les primes d'assurance.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cet article, qui a été introduit pas la commission, prévoit une extension de garantie en responsabilité dans le cas où le plafond couvert par les assurances serait dépassé.

L'amendement 1364 supprime cette extension pour les établissements de santé : avis favorable.

L'amendement n°1234 rectifié, outre cette première modification, limite l'extension de garantie aux professionnels de santé en secteur I : la commission n'a pas examiné la version rectifiée de cet amendement mais elle s'en remet à la sagesse plutôt favorable de la Haute assemblée.

L'amendement n°1234 rectifié est adopté et l'article est ainsi rédigé.

M. Dominique Leclerc. – Je peux comprendre la logique du premier amendement. En revanche, je suis opposé au deuxième amendement : il faut que les relations entre les praticiens et les assureurs s'améliorent. Il est vrai que la caisse nationale fait un gros effort mais le fait que les assureurs ne veuillent pas couvrir les indemnités supérieures à 3 millions pose un véritable problème.

De plus, la tarification actuelle des actes chirurgicaux ne correspond pas à la réalité : arrêtons d'être hypocrites ! Soyons fidèles à nos convictions. Je ne voterai donc pas ce deuxième amendement.

M. le président. – A partir du moment où le premier amendement a été adopté, le deuxième est devenu sans objet.

M. Dominique Leclerc. – Alors, je vote contre aussi.

L'amendement n°1364 devient sans objet.

L'article 18 quater est adopté.

Article 19

ARTICLE L. 4133-1 DU CODE

(Texte modifié par la commission)

I A. - Le chapitre III du titre III du livre I^{er} de la quatrième partie du code de la santé publique est intitulé : « Développement professionnel continu ».

I. - Les articles L. 4133-1 à L. 4133-7 du même code sont remplacés par les articles L. 4133-1 à L. 4133-4 ainsi rédigés :

« Art. L. 4133-1. - Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les médecins.

M. le président. – Amendement n°502, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Compléter le texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 4133-1 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« Le non-respect par un médecin de l'obligation lui incombant au titre du présent article l'expose aux sanctions prévues par les articles L. 145-1 et suivants du code de la sécurité sociale. »

M. Guy Fischer. – Cet article revient sur les dispositions relatives à la formation professionnelle continue des médecins. sans laquelle ils ne pourraient dispenser les soins conformes, comme le dit l'adage, « aux données acquises de la science ». Autant dire que cette formation est gage de sécurité et de qualité pour le patient, et qu'elle permet de réduire les coûts de la protection sociale, puisqu'elle garantit une meilleure utilisation des produits pharmaceutiques et des équipements médicaux.

Cette formation professionnelle continue doit être protégée de l'influence des laboratoires pharmaceutiques qui confondent parfois formation et promotion commerciale, sujet sur lequel François Autain est intarissable. (Sourires) C'est pourquoi il convient de sanctionner les médecins qui ne satisferaient pas à cette obligation, comme cela se faisait jusqu'à présent. Je devine déjà que M. le rapporteur nous dira que les médecins ont le sens de leurs responsabilités. Mais si nous leur faisons confiance, pourquoi mieux les traiter que d'autres

professionnels ? Ainsi, lorsqu'ils ne satisfont pas à cette obligation, les policiers municipaux ne peuvent prétendre à l'avancement, les conducteurs de véhicule transportant des passagers peuvent se voir interdire de conduire, et les avocats peuvent faire l'objet d'une sanction disciplinaire. Les médecins aussi doivent être sanctionnés s'ils ne respectent pas cette obligation légale.

M. Alain Milon, rapporteur. – M. Fischer devine l'avis du rapporteur ? Il le connaît depuis que je le lui ai dit en commission. L'article 19 prévoit que les instances ordinaires s'assurent du respect par les médecins de leur obligation de développement professionnel et continu. Je devine que M. Fischer ne retirera pas son amendement...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – La demande de M. Fischer est satisfaite : avis défavorable.

L'amendement n°502 n'est pas adopté.

ARTICLE L. 4133-2 DU CODE

« Art. L. 4133-2. - Un décret en Conseil d'État détermine les modalités selon lesquelles :

« 1° Les médecins satisfont à leur obligation de développement professionnel continu ainsi que les critères de qualité des actions qui leur sont proposées à ce titre ;

« 2° L'organisme gestionnaire du développement professionnel continu finance les actions de développement professionnel continu.

M. le président. – Amendement n°1240 rectifié, présenté par le Gouvernement.

I. - Remplacer le dernier alinéa (2°) du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 4133-2 du code de la santé publique par deux alinéas ainsi rédigés :

« 2° L'organisme gestionnaire du développement professionnel continu, après évaluation par une commission scientifique indépendante, enregistre l'ensemble des organismes concourant à l'offre de développement professionnel continu et finance les programmes et actions prioritaires.

« Un décret fixe les missions, la composition et les modalités de fonctionnement de la commission scientifique indépendante. »

II. - En conséquence, procéder au même remplacement des derniers alinéas (2°) des textes proposés par le V de cet article pour l'article L. 4143-2 du même code, par le VI de cet article pour l'article L. 4236-2 du même code et par le VIII de cet article pour l'article L. 4153-2 du même code.

III. - Rédiger comme suit les premiers alinéas des textes proposés par le XII de cet article pour l'article L. 4242-1 du code de la santé publique et par le XIII de cet article pour l'article L. 4382-1 du même code :

« Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le

perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

IV. - Dans le XV de cet article, remplacer les références :

II, III et IV

par les mots :

dispositions du présent article

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – La commission a déjà beaucoup amélioré le texte mais je propose de préciser certains points.

Il convient de prévoir pour les professions médicales le principe d'un enregistrement après évaluation et labellisation par une commission scientifique indépendante des organismes concourant au développement professionnel continu (DPC). Il est évidemment indispensable que les médecins et les auxiliaires médicaux puissent disposer d'une information indépendante sur la qualité de l'offre. L'enregistrement sera réalisé par le futur organisme gestionnaire du DPC et l'organisme de gestion assurera aussi le financement des programmes et actions prioritaires.

L'amendement, qui harmonise la rédaction des objectifs du développement professionnel continu des professions médicales et des autres professionnels de santé, maintient à titre transitoire le dispositif existant, jusqu'à la mise en place de la nouvelle architecture.

M. Alain Milon, rapporteur. – La commission est favorable à cette précision utile.

L'amendement n°1240 rectifié est adopté.

PARAGRAPHE II

M. le président. – Amendement n°869 rectifié, présenté par MM. Paul Blanc, Laménie et Gilles.

Dans la première phrase du premier alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 4021-1 du code de la santé publique, supprimer les mots :

, y compris celles prévues le cas échéant par les conventions mentionnées aux articles L. 162-14-1, L. 162-16-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale,

M. Marc Laménie. – Les fonds affectés à la formation en application des conventions mentionnées aux articles L. 162-14-1, L. 162-16-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale doivent satisfaire les objectifs des partenaires conventionnels, qui doivent seuls les gérer.

M. Alain Milon, rapporteur. – La commission est défavorable à cette suggestion, incompatible avec l'organisme gestionnaire unique.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Ce dispositif prive de son contenu la réforme devant

unifier les fonds du DPC, afin d'améliorer l'efficacité et la transparence de leur utilisation.

Je rappelle que l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie (Uncam) siège au conseil chargé de formuler des avis au ministre sur l'organisation du nouveau dispositif et les priorités de la formation continue.

Vous mettez en pièces quelque chose de substantiel !

L'amendement n°869 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°503, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Après le premier alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 4021-1 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« L'organisme gestionnaire du développement professionnel continu veille au respect de l'indépendance des actions ou des organismes intervenant dans ce champ à l'égard des industries pharmaceutiques et des industries agro-alimentaires. Les moyens de cette indépendance doivent leur être assurés. »

M. François Autain. – Vous n'avez pas répondu à la question écrite que je vous ai fait parvenir sur ce sujet le 9 avril, non plus d'ailleurs qu'à mes questions écrites précédentes...

Cette année, l'industrie agroalimentaire a participé activement au congrès annuel de la médecine générale (Medec).

Ainsi, le principal acteur de la restauration rapide en France a organisé une conférence intitulée « La place des *fast-food* dans la restauration des enfants », un fabricant de margarine a animé un atelier tendant à « faciliter le suivi diététique chez les patients hypercholestérolémiques », le leader mondial des boissons non alcoolisées mais parfois très sucrées a fait réfléchir les participants sur cette question : « Entre présumés et idées reçues, quelles vérités en nutrition ? » Enfin, le centre d'information des charcutiers-traiteurs a parrainé un débat dont l'un des éminents orateurs est un endocrinologue nutritionniste percevant des bourses de recherche versées par Danone, Nestlé et Pfizer.

Que vient faire l'industrie agroalimentaire dans ce forum de formation continue ? Je m'inquiète du mélange des genres, car la participation au colloque valide la formation médicale continue obligatoire des omnipraticiens.

Ces dérives regrettables montrent que le Conseil national de la formation médicale continue ne peut plus appliquer les règles d'homologation des programmes dont il a la charge, car l'indépendance de cette formation n'est pas érigée en principe. Il faut d'urgence la rendre plus indépendantes du secteur

commercial, avant qu'elle ne succombe encore plus aux appétits industriels.

M. Alain Milon, rapporteur. – La commission est défavorable.

M. François Autain. – Pourquoi ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je partage votre volonté d'éviter les liaisons dangereuses entre l'industrie et la formation des professionnels de santé. C'est pourquoi la nouvelle transparence financière associée au DPC garantira le contenu scientifique de la formation professionnelle continue.

Vous avez raison. Je veux donc assurer l'indépendance financière de la formation continue envers tous les organismes à but lucratif : ce sera une condition *sine qua non* de l'homologation.

Votre volonté de transparence et d'éthique sera concrétisée grâce à l'indépendance de l'organisme devant labelliser la formation.

Je vous suggère de retirer un amendement satisfait par la réforme.

M. François Autain. – Je suis très heureux que nous soyons sur la même longueur d'onde. Toutefois, les moyens que vous envisagez ne me semblent pas suffisants pour apporter toutes les garanties souhaitables.

Pourquoi ne pas accepter un amendement conforme à la réforme engagée ? Si la pratique était décevante, j'y reviendrais.

L'amendement n°503 est retiré.

L'amendement n°758 est retiré.

L'amendement n°192 n'est pas soutenu.

PARAGRAPHE IX

M. le président. – Amendement n°203, présenté par Mme Kammermann.

Dans le IX de cet article, après la référence :

L. 4143-1

insérer la référence :

, L. 4153-1

Mme Christiane Kammermann. – Au lieu d'avoir un statut de praticien hospitalier (PH) lorsqu'elles exercent au sein des structures hospitalières, les sages-femmes sont subordonnées à la direction des soins infirmiers, ce qui est incompatible avec leur déontologie.

Cet amendement tend à faire bénéficier ces sages-femmes de la formation continue en tant que PH. Leur pratique professionnelle sera donc adaptée à leur qualification réelle, ce qui permettra des économies.

M. Alain Milon, rapporteur. – La formation continue est déjà obligatoire pour les sages-femmes. En

revanche, la commission repousse leur assimilation statutaire aux PH.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – L'alignement sur les PH serait source de difficultés. Avec Mme Hermange, nous avons insisté sur le classement du diplôme au niveau des mastères.

Les sages-femmes bénéficient des dispositions de la fonction publique hospitalière concernant la formation continue tout au long de la vie, dont l'abondement représente 2,9 % de la masse salariale.

Je suggère le retrait de cet amendement satisfait sur le fond, mais qui ouvre un débat collatéral prématuré.

L'amendement n°203 est retiré.

PARAGRAPHES ADDITIONNELS

M. le président. – Amendement n°173, présenté par M. Gouteyron.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - Dans la quatrième partie du livre III du titre VIII du code de la santé publique, est inséré un article ainsi rédigé :

« Art. L. 4381-1 - Les auxiliaires médicaux concourent à la mission de service public relative à la formation initiale des étudiants et élèves auxiliaires médicaux.

« A ce titre, ils peuvent accueillir, pour des stages à finalité pédagogique nécessitant leur présence constante, des étudiants et élèves auxiliaires médicaux en formation.

« La réalisation de ces stages ne peut avoir pour objet ou pour effet d'accroître l'activité rémunérée de ces praticiens. Les stagiaires peuvent bénéficier de l'indemnisation de contraintes liées à l'accomplissement de leurs stages, à l'exclusion de toute autre rémunération ou gratification au sens de l'article 9 de la loi 2006-396 du 31 mars 2006 pour l'égalité des chances. »

M. Adrien Gouteyron. – Il s'agit ici de la formation initiale des étudiants et des élèves auxiliaires médicaux, qui se déroule obligatoirement dans des établissements du service public hospitalier.

Nous proposons que les auxiliaires médicaux y concourent.

M. Alain Milon, rapporteur. – Il nous est donc suggéré de supprimer l'obligation de désigner un maître de stage pour accueillir les étudiants auxiliaires médicaux.

La commission a voté une mesure analogue au sujet des élèves orthophonistes.

Mais l'amendement n'est que partiellement satisfait, et nous sommes très favorables à l'extension qu'il prévoit. S'il était adopté, nous proposerions par cohérence la suppression de l'article 19 bis A.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Sagesse.

L'amendement n°173 est adopté.

M. le président. – Amendement n°360, présenté par M. Juilhard.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - Le 6° de l'article 41 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est ainsi modifié :

1° Remplacer les mots : « bilan de compétences effectué » par les mots : « bilan de compétences ou à des actions préparant à la validation des acquis de l'expérience, effectués » ;

2° Les mots : « des salaires inscrits à leur budget, au sens du 1 de l'article 231 du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « du montant des rémunérations au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, inscrit à l'état des prévisions de recettes et de dépenses ».

M. Jean-Marc Juilhard. – Cet amendement vise à élargir l'accès des agents hospitaliers à la validation des acquis de l'expérience grâce à une source de financement supplémentaire. Il a également pour objet d'actualiser le lexique pour tenir compte de la réforme budgétaire et comptable introduite par l'article 3 du décret du 30 novembre 2005.

M. Alain Milon, rapporteur. – Ces précisions sont utiles. Avis favorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Très bon amendement : avis favorable.

L'amendement n°360 est adopté.

L'article 19, modifié, est adopté.

Article 19 bis A

Il est rétabli, au titre VIII du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique, un article L. 4381-1 ainsi rédigé :

« Art L. 4381-1. - Les auxiliaires médicaux et professionnels des spécialités paramédicales concourent à la mission de service public relative à la formation initiale des étudiants et élèves auxiliaires médicaux.

« À ce titre, ils peuvent accueillir, pour des stages à finalité pédagogique nécessitant leur présence constante, des étudiants et élèves auxiliaires médicaux en formation.

« L'accomplissement de ces stages ne peut avoir pour objet ou pour effet d'accroître l'activité rémunérée des praticiens encadrant les stagiaires.

« Dans le cadre de leur stage, les étudiants en orthophonie ne peuvent bénéficier que de l'indemnisation de contraintes pratiques et matérielles liées directement à l'accomplissement de leur stage, à l'exclusion de toute autre rémunération ou gratification au sens de l'article 9

de la loi n° 2006-396 du 31 mars 2006 pour l'égalité des chances. »

M. Claude Biwer. – Dans les disciplines médicales, la formation des étudiants comprend, outre les cours magistraux, des stages professionnels dans des établissements de santé, des cliniques ou des cabinets libéraux. Mais l'obligation de rémunérer les stagiaires n'encourage pas les employeurs à avoir recours à eux. Le problème se pose avec acuité pour les orthophonistes libéraux qui exercent seuls : la formation des stagiaires leur prend beaucoup de temps, alors que ceux-ci ne peuvent contribuer à l'augmentation de leur volume d'activité. Le risque est grand qu'ils ne proposent bientôt plus de stages.

La commission des affaires sociales l'a bien compris : c'est pourquoi elle a adopté à mon initiative cet article qui rappelle fort opportunément que l'accomplissement des stages chez les auxiliaires médicaux et les professionnels des spécialités paramédicales ne peut avoir pour objet ou pour effet d'accroître l'activité rémunérée des praticiens et dispose que les étudiants stagiaires en orthophonie ne peuvent bénéficier d'aucune rémunération en dehors de l'indemnisation des contraintes liées au stage.

En outre, nombre de jeunes Français étudiant l'orthophonie et la logopédie en Belgique cherchent des stages en France pour s'y installer ensuite, et concurrencent ainsi les jeunes diplômés issus des écoles françaises. Il serait opportun de réserver les stages par priorité aux personnes poursuivant leurs études en France. Le problème pourrait encore s'aggraver du fait de l'arrivée de jeunes diplômés venus d'autres pays européens et titulaires de diplômes parfois contestés.

Nous avons eu ici même un débat assez vif sur la démographie médicale. Or les nouveaux orthophonistes, comme les jeunes médecins, préfèrent hélas s'installer à la ville plutôt qu'à la campagne,...

Mme Nathalie Goulet. – Oh oui !

M. Claude Biwer. – ...ce qui ne contribue pas à réduire l'écart entre ces territoires.

Mme Nathalie Goulet. – Très bien !

M. Jean Desessard. – Cet article, introduit par la commission à la demande des syndicats d'orthophonistes, interdit aux étudiants stagiaires en orthophonie de toucher aucune rémunération pour les stages d'une durée supérieure à trois mois, contrairement à ce que prévoit la réglementation que nous avons eue tant de mal à faire adopter. J'ai d'abord déposé un amendement de suppression, mais je l'ai retiré car des étudiants m'ont alerté sur les difficultés qu'ils rencontrent à trouver des stages de longue durée, depuis qu'il est devenu obligatoire de rémunérer les stagiaires.

Au cours de leur quatre années de formation, ces étudiants sont accueillis en stage d'observation puis

en stage pratique dans des établissements destinés à la petite enfance, des cabinets libéraux et des établissements publics ou privés. Ces stages s'apparentent plutôt à des travaux pratiques venant en complément de la formation théorique qu'à de véritables stages productifs. L'article 19 bis A précise d'ailleurs que « l'accomplissement de ces stages ne peut avoir pour objet ou pour effet d'accroître l'activité rémunérée des praticiens encadrant les stagiaires ».

Pourtant, dans certains hôpitaux publics -en particulier à la Pitié Salpêtrière- le nombre d'emplois vacants contraint les maîtres de stages à confier des patients à des stagiaires hors de leur surveillance. De tels abus existent aussi dans le privé, mais ils sont généralement dénoncés et devraient -je n'y reviens pas- donner lieu à des sanctions.

Le problème de la rémunération des stagiaires reste entier. Dans toutes les filières universitaires, les stages sont devenus un passage obligé. Or les étudiants vivent souvent dans la précarité ; beaucoup sont contraints de travailler à temps partiel pour financer leurs études, et il leur est difficile de suivre en même temps un stage non rémunéré.

Nous restons donc très attachés au principe de la rémunération obligatoire des stages, même s'il s'agit d'un palliatif à l'absence de toute politique ambitieuse en faveur de l'autonomie des jeunes. Nous veillerons à ce que cette exception à la règle obtenue de haute lutte par cette génération précaire ne soit pas la première d'une série.

M. le président. – Amendement n°1368, présenté par M. Milon, au nom de la commission.

Supprimer cet article.

M. Alain Milon, rapporteur. – Amendement de coordination avec l'amendement n° 173 de M. Gouteyron

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Avis favorable, bien entendu.

L'amendement n°1368 est adopté.

En conséquence, l'article 19 bis A est supprimé.

Article 19 bis B

Dans le cadre des financements existants, des conventions liant des régions, des écoles de sages-femmes et des universités reconnaissent au diplôme d'État de sage-femme le niveau master.

Mme Maryvonne Blondin. – Les sages-femmes, dont les missions, les compétences et les responsabilités ne cessent d'augmenter, militent depuis longtemps pour que leur profession soit reconnue à sa juste valeur. Ces 20 000 professionnelles jouent un rôle essentiel dans les services de gynécologie et d'obstétrique : elles ont compétence pour assurer le suivi médical d'une grossesse normale et le dépistage des risques ; en

cas de grossesse pathologique, elles peuvent réaliser des actes prescrits par les médecins.

Leur formation exigeante, sur cinq ans, doit être prise en compte : c'est l'objet de cet article 19 bis B qui reconnaît leur diplôme au niveau master, conformément au processus de Bologne. Mais cette mesure est insuffisante. Les sages-femmes souhaitent la création d'un véritable cursus universitaire qui pourrait déboucher sur la recherche : c'était le sens de notre amendement n°290, examiné en commission. La formation des sages-femmes est le seul cursus médical qui se déroule hors de l'université : après une première année de médecine, les étudiantes intègrent une école hospitalière spéciale placée sous l'autorité de la région. Cette séparation empêche l'émergence d'une culture commune des professions de santé, indispensable à l'amélioration de la qualité des soins ; c'était pourtant l'objectif de la création de la « L1 Santé ». Les sages-femmes doivent être d'emblée de véritables partenaires des autres professionnels médicaux : cela permettra d'améliorer l'offre de soins et de clarifier les parcours de soins.

Si leur formation était intégrée à l'université, ces élèves bénéficieraient de tous les avantages qui y sont liés : un espace de travail numérique, un centre de documentation universitaire, des cours en ligne et la faculté d'étudier à l'étranger. J'ai pu apprécier ces avantages en rencontrant la présidente du conseil de l'Ordre des sages-femmes du Finistère et la directrice de l'école des sages-femmes de Brest, car cette école a choisi, dès sa création en 2002, de collaborer étroitement avec l'UFR de médecine de l'université de Bretagne occidentale.

L'école de sages-femmes de Brest est, avec Marseille, une des deux seules écoles sur les 35 existantes qui disposent de locaux au sein de l'université.

Cette intégration permettrait à cette filière de participer à la recherche et à l'évolution de la médecine dans le domaine périnatal. Il est temps que les sages-femmes puissent avoir pleinement accès à la double mission de formation et de recherche de l'université, et soient ainsi reconnues comme des professionnels médicaux à part entière -et non traitées au titre IV.

M. le président. – Veuillez conclure.

Mme Maryvonne Blondin. – Notre proposition ayant été déclarée irrecevable en application de l'article 40 de la Constitution, je me réjouis du fait que le Gouvernement présente un amendement identique.

M. François Autain. – C'est un très bon amendement !

Mme Maryvonne Blondin. – Nous allons le voter.

M. le président. – Amendement n°1236, présenté par le Gouvernement.

Rédiger comme suit cet article :

Après l'article L. 4151-7 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4151-7-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 4151-7-1. - La formation initiale des sages-femmes peut être organisée au sein des universités, par dérogation à l'article L. 4151-7, 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. »

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Le processus de Bologne vise à créer un espace européen de l'enseignement supérieur. En conséquence, les formations de santé seront structurées sur le modèle LMD (licence-master-doctorat). Dans cette perspective, il est légitime que la formation initiale des sages-femmes se fasse au niveau du master. Leur statut au sein de la fonction publique hospitalière sera également revu : une première réunion s'est tenue hier à cet effet au ministère de la santé.

L'amendement adopté par la commission ne relevant pas du domaine de la loi, je m'engage à ce que le programme de formation des sages-femmes soit réorganisé, par voie réglementaire, sur la base du LMD dès 2010 et que leur diplôme d'État se situe au niveau du master. Toutefois, il s'agit de ne pas déstabiliser les écoles de sages-femmes. Nous allons poursuivre la concertation afin de définir les modalités de l'intégration de cette formation à l'université. Cependant, certaines universités et écoles étant déjà prêtes, nous allons leur donner la possibilité de s'organiser ainsi. Nous ne souhaitons ni ralentir les unes, ni bousculer les autres : chacune doit aller à son rythme. L'évaluation en continu de ces initiatives nous aidera pour l'intégration complète.

J'espère que cet amendement fera l'objet d'un large consensus.

M. Nicolas About, président de la commission. – Je remercie Mme la ministre d'avoir repris la proposition de la commission. Cet amendement, qui organise de façon cohérente la formation des sages-femmes, nous satisfait tous.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis extrêmement favorable : cet amendement est conforme aux engagements pris par Mme la ministre devant la commission.

*L'amendement n°1236 est adopté
et devient l'article 19 bis B.*

Article 19 bis

(Texte modifié par la commission)

Le titre V du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Dans l'intitulé, les mots : « et thérapeutiques » sont remplacés par les mots : « , thérapeutiques ou esthétiques » ;

2° Le chapitre unique devient un chapitre I^{er} et est intitulé : « Mesures de protection » ;

3° Après l'article L. 1151-1, sont insérés les articles L. 1151-2 à L. 1151-4 ainsi rédigés :

« Art. L. 1151-2. - La pratique des actes, procédés, techniques et méthodes à visée esthétique peut, si elle présente des risques sérieux pour la santé des personnes, être soumise à des règles, définies par décret, relatives à la formation et la compétence des professionnels pouvant les mettre en œuvre, à la déclaration des activités exercées et à des conditions techniques de réalisation.

« Elle peut également être soumise à des règles de bonnes pratiques de sécurité fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

« Art. L. 1151-3. - Les actes à visée esthétique dont la mise en œuvre présente un danger grave ou une suspicion de danger grave pour la santé humaine peuvent être interdits par décret. Toute décision de levée de l'interdiction est prise en la même forme après avis de la Haute Autorité de santé.

« Art. L. 1151-4. - Les professionnels de santé ayant pratiqué des actes, procédés, techniques et méthodes à visée esthétique de façon continue et consécutive pendant au moins cinq ans avant l'entrée en vigueur de la loi n° du portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires peuvent poursuivre leur activité sur décision du conseil de l'Ordre national des médecins dans des conditions fixées par décret. » ;

4° Il est ajouté un chapitre II ainsi rédigé :

« CHAPITRE II

« Sanctions administratives

« Art. L. 1152-1. - En cas d'exercice d'une activité à visée esthétique en méconnaissance des dispositions de l'article L. 1151-2, l'autorité administrative peut suspendre le droit d'exercer l'activité concernée pour une durée maximale de six mois.

« Si, au terme de la durée de suspension, l'intéressé ne s'est pas mis en conformité avec les règles applicables, l'autorité administrative prononce l'interdiction d'exercer l'activité concernée pour une durée maximale de cinq ans. L'activité ne peut être reprise à la fin de la période d'interdiction que si l'intéressé justifie s'être mis en conformité avec les règles en vigueur.

« Art. L. 1152-2. - L'autorité administrative peut prononcer une sanction financière à l'encontre du professionnel ayant exercé une activité à visée esthétique en méconnaissance des dispositions des articles L. 1151-2 ou L. 1151-3, et, le cas échéant, de la personne morale qui a admis la pratique d'une telle activité dans un organisme ou un établissement dont elle est responsable. Le montant maximum de la sanction est fixé à 37 500 € pour les

personnes physiques et à 150 000 € pour les personnes morales. »

L'amendement n°233 rectifié quinquies n'est pas soutenu.

M. le président. – Amendement n°1235, présenté par le Gouvernement.

I. - Au premier alinéa du texte proposé par le 3° de cet article pour l'article L. 1151-2 du code de la santé publique, après les mots :

à visée esthétique

insérer les mots :

autres que ceux relevant de l'article L. 6322-1

II. - Dans le même alinéa, remplacer le mot :

compétence

par le mot :

qualification

III. - Supprimer le texte proposé par le 3° de cet article pour l'article L. 1151-4 du code de la santé publique.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Cet amendement est motivé par de nombreux faits sur lesquels je tiens une documentation fournie à votre disposition.

Je souhaite que les actes de chirurgie esthétique encadrés par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et ses décrets d'application de juillet 2005 soient exclus du champ des actes à visée esthétique soumis à des règles d'encadrement juridique et technique. Je vous propose également de rétablir le terme « qualification » au lieu de « compétence », qui fait référence à un dispositif qui n'existe plus.

En outre, la commission des affaires sociales a introduit un article L1151-4 qui s'apparente à une valorisation des acquis professionnels. Or le secteur de la médecine esthétique s'est développé sans que la réalisation des actes esthétiques soit suffisamment réglementée. Certaines des techniques utilisées ont donné lieu à des complications parfois dramatiques. Un acte esthétique n'est pas un acte de soins ; aucun risque de santé n'est tolérable. Il convient donc d'établir des règles d'exercice précises et obligatoires, concernant notamment la formation, afin de sécuriser ces actes.

M. Alain Milon, rapporteur. – Sagesse plutôt positive, car l'amendement, ne remet pas en cause un ajout important décidé par la commission : l'intervention de la Haute autorité de santé pour lever l'interdiction de réaliser des actes jugés dangereux. Sagesse.

M. Alain Gournac. – Je souhaite apporter quelques éléments à ce débat. Cet article, proposé par l'Assemblée nationale, a été modifié par notre commission d'après un amendement que j'ai proposé.

Dans les exposés des motifs du Gouvernement comme dans ceux du Parlement, il s'agit d'encadrer le développement, non de la chirurgie esthétique, mais de la médecine esthétique. Celle-ci fait déjà l'objet d'un dispositif spécifique avec la loi de 2002, et plus précisément depuis ses décrets d'application de 2005.

En rétablissant une précision supprimée par la commission, le Gouvernement insiste sur les actes à visée esthétique. Soit, mais il est préférable de parler de compétences plutôt que de qualifications. La médecine esthétique n'est pas une qualification en tant que discipline médicale, mais elle nécessite des compétences qui permettent aux professionnels de poursuivre leur activité. C'est ce que prévoit la rédaction actuelle de l'article L.1151-4, issu de mon amendement.

L'encadrement de la médecine esthétique, innovante et en plein essor, est très utile... (Mme Nathalie Goulet le confirme) De nombreux médecins exercent cette discipline : il faut prévoir les conditions dans lesquelles ils pourront continuer à exercer. Revenir à la rédaction de l'Assemblée nationale est moins ambitieux dans la défense d'une pratique médicale de qualité. Dans ce but, l'exposé des motifs du Gouvernement lui-même fait référence à la compétence des praticiens -et non à leur qualification. Je regrette que Mme la ministre revienne sur l'accord que nous avons trouvé avec ses services.

M. Bernard Cazeau. – Je suis favorable à l'amendement du Gouvernement car une régulation est nécessaire. Je ne comprends pas l'argumentation d'Alain Gournac : la médecine esthétique ne correspond pas à une qualification ; elle n'a, ainsi, jamais été enseignée au sein de la médecine générale.

Le Gouvernement devrait se pencher de plus près sur les pratiques de certains instituts esthétiques, notamment pour l'amaigrissement, qui relèvent de l'escroquerie. Certaines des machines utilisées, surtout en Ile-de-France, sont dangereuses.

Mme Marie-Thérèse Hermange. – C'est un amendement de sagesse que vous nous proposez, madame la ministre. Il est indispensable d'encadrer ces pratiques. Moi-même, j'avais déposé un amendement qui allait plus loin sur la chirurgie esthétique ; je sais que vous l'avez exclue parce qu'elle fait l'objet d'un dispositif d'encadrement spécifique, mais il convient de rester vigilants.

L'amendement n°1235 est adopté.

L'article 19 bis, modifié, est adopté.

Article 19 ter

(Texte modifié par la commission)

I. - Le troisième alinéa de l'article L. 4112-1 du code de la santé publique est complété par les mots : « et notamment les conditions nécessaires de moralité, d'indépendance et de compétence ».

II. - L'article L. 4112-4 du même code est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Les décisions du conseil régional en matière d'inscription au tableau sont notifiées sans délai par le conseil régional au médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme qui en est l'objet, au conseil départemental et au conseil national de l'ordre. » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« La décision d'inscription ne peut être retirée que si elle est illégale et dans un délai de quatre mois. Passé ce délai, la décision ne peut être retirée que sur demande explicite de son bénéficiaire. »

III. - À la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 4113-14 du même code, les mots : « ou un état pathologique du professionnel » sont remplacés par les mots : « , un état pathologique ou l'insuffisance professionnelle du praticien ».

IV. - L'article L. 4122-2 du même code est ainsi modifié :

1° Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La cotisation doit être réglée au cours du premier trimestre de l'année civile en cours. » ;

2° A l'avant-dernier alinéa, le mot : « surveillance » est remplacé par les mots : « valide et contrôle » ;

3° Après le mot : « départementaux », la fin de l'avant-dernier alinéa est ainsi rédigée : « . Il reçoit de ces derniers leurs documents budgétaires et comptables. Le conseil national peut demander tout autre document qui lui semble nécessaire. » ;

4° Après l'avant-dernier alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Les modalités de cette validation et de ce contrôle sont fixées par le règlement de trésorerie élaboré par le conseil national et applicables à l'ensemble des instances ordinaires.

« Les conseils doivent préalablement l'informer de la création et lui rendre compte de la gestion de tous les organismes dépendant de ces conseils. » ;

5° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Un commissaire aux comptes certifie annuellement les comptes du conseil national. »

V. - La deuxième phrase du IV de l'article L. 4122-3 du même code est supprimée.

VI. - Après l'article L. 4122-4 du même code, il est inséré un article L. 4122-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 4122-5. - Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'élection du conseil national et la durée des mandats de ses membres. »

VII. - L'article L. 4123-3 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'élection du conseil départemental et la durée des mandats de ses membres. »

VIII. - A la fin de l'article L. 4123-5 du même code, les mots : « depuis au moins trois ans » sont supprimés.

IX. - L'article L. 4123-6 du même code est abrogé.

X. - Au premier alinéa de l'article L. 4123-8 du même code, les mots : « , également renouvelables par tiers tous les deux ans, » sont supprimés.

XI. - L'article L. 4124-2 du même code est ainsi modifié :

1° Après le mot : « République », la fin de l'article est ainsi rédigée : « , le conseil national ou le conseil départemental au tableau duquel le praticien est inscrit. Lorsque lesdits actes ont été réalisés dans un établissement public de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie peut également saisir la chambre disciplinaire de première instance. » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque les praticiens mentionnés à l'alinéa précédent exercent une fonction de contrôle prévue par la loi ou le règlement, ils ne peuvent être traduits devant la chambre disciplinaire de première instance de leur ordre que par le ministre chargé de la santé, le représentant de l'État dans le département ou le procureur de la République ».

XII. - L'article L. 4124-4 du même code est abrogé et au premier alinéa de l'article L. 4126-6 du même code, la référence : « L. 4124-4, » est supprimée.

XIII. - Après l'article L. 4124-6 du même code, il est inséré un article L. 4124-6-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 4124-6-1. - Lorsque les faits reprochés à un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme ont révélé une insuffisance de compétence professionnelle, la chambre disciplinaire de première instance peut, sans préjudice des peines qu'elle prononce éventuellement en application de l'article L. 4124-6, enjoindre à l'intéressé de suivre une formation 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.

« Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. »

XIV. - La deuxième phrase du IV de l'article L. 4124-7 du même code est supprimée.

XV. - L'article L. 4124-8 du même code est ainsi modifié :

1° A la dernière phrase du premier alinéa, les mots : « du conseil départemental de l'ordre intéressé » sont remplacés par les mots : « de la chambre compétente » ;

2° Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Lorsque la demande a été rejetée par une décision devenue définitive, elle ne peut être représentée qu'après un délai de trois années à compter de l'enregistrement de la première requête à la chambre disciplinaire de première instance. »

XVI. - Le I de l'article L. 4124-11 du même code est ainsi modifié :

1° La dernière phrase de l'avant-dernier alinéa est supprimée ;

2° Après l'avant-dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le conseil peut, dans les matières énumérées aux deux alinéas précédents, statuer en formation restreinte. »

XVII. - Après l'article L. 4125-3 du même code, il est inséré un article L. 4125-3-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 4125-3-1. - Les fonctions de membre d'un conseil départemental, régional, interrégional ou du conseil national de l'ordre sont exercées à titre bénévole.

« Toutefois, le président et les membres du bureau d'un conseil départemental, régional, interrégional ou du conseil national de l'ordre peuvent bénéficier d'une indemnité.

« Les membres d'un conseil départemental, régional, interrégional ou du conseil national peuvent également percevoir des indemnités.

« Les conseils remboursent à leurs membres leurs frais de déplacement dans les conditions et limites fixées par le conseil national.

« Les modalités d'attribution des indemnités mentionnées aux deuxième et troisième alinéas sont fixées par décret. »

XVIII. - Au deuxième alinéa de l'article L. 4125-4 du même code, le mot : « tiers » est remplacé par le mot : « moitié », et les mots : « trois, six ou neuf ans ou de deux, quatre ou six » sont remplacés par les mots : « trois ou six ».

XIX. - L'article L. 4132-1 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « quarante et un » sont remplacés par les mots : « cinquante et un » ;

2° Le 1° est ainsi modifié :

a) Au début du premier alinéa, le mot : « Trente-trois » est remplacé par le mot : « Quarante-six » ;

b) Le a est complété par les mots : « hors Ile-de-France » ;

c) Le début du b est ainsi rédigé : « b) Pour la région Ile-de-France, douze membres, répartis... (le reste sans changement). » ;

d) Après le b, il est inséré un b bis ainsi rédigé :

« b bis) Deux membres supplémentaires pour le ressort territorial de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur et deux pour le ressort territorial de la région Rhône-Alpes ; »

e) Au c, le mot : « deux » est remplacé, par deux fois, par le mot : « neuf » ;

3° Le 4° est abrogé.

XX. - L'article L. 4132-2 du même code est abrogé.

XXI. - L'article L. 4132-6 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est complété par les mots : « , des conseils départementaux, régionaux et interrégionaux » ;

2° A l'avant-dernier alinéa, les mots : « sur les comptes du conseil national de l'ordre » sont remplacés par les mots : « sur les comptes du conseil national, des conseils départementaux, régionaux et interrégionaux » ;

3° Le dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« La commission peut s'adjoindre les services et compétences techniques extérieurs au conseil de l'ordre qui lui sont nécessaires. » ;

4° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les fonctions de président de la commission de contrôle des comptes et placements financiers du Conseil national de l'ordre des médecins sont incompatibles avec toutes fonctions exécutives au sein d'un conseil national, régional, interrégional ou départemental. »

XXII. - L'article L. 4132-9 du même code est ainsi modifié :

1° Le 1° est complété par les mots : « ou son représentant » ;

2° et 3° Supprimés par la commission

XXIII. - Les trois derniers alinéas de l'article L. 4142-1 du même code sont supprimés.

XXIV. - L'article L. 4142-5 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 4142-5. - Le médecin inspecteur régional de santé publique ou son représentant est adjoint, avec voix consultative, à la chambre disciplinaire de première instance. »

XXV. - Le dernier alinéa de l'article L. 4152-1 du même code est supprimé.

XXVI. - L'article L. 4152-4 du même code est abrogé.

XXVII. - L'article L. 4152-8 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 4152-8. - Le médecin inspecteur régional de santé publique ou son représentant est adjoint, avec voix consultative, à la chambre disciplinaire de première instance. »

XXVIII. - L'article L. 4221-19 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions contractuelles incompatibles avec les règles de la profession ou susceptibles de priver les cocontractants de leur indépendance professionnelle les rendent passibles des sanctions disciplinaires prévues à l'article L. 4234-6. »

XXIX. - L'article L. 4222-4 du même code est ainsi modifié :

1° A la première phrase du premier alinéa, les mots : « ou G » sont remplacés par les mots : « , G ou H » et les

mots : « si les garanties de moralité professionnelle » sont remplacés par les mots : « si les garanties de compétence, de moralité et d'indépendance professionnelle » ;

2° Il est ajouté un dernier alinéa ainsi rédigé :

« La décision d'inscription ne peut être retirée que si elle est illégale et dans un délai de quatre mois. Passé ce délai, la décision ne peut être retirée que sur demande explicite de son bénéficiaire. »

XXX. - L'avant-dernier alinéa de l'article L. 4231-4 du même code est ainsi rédigé :

« La durée du mandat des membres élus ou nommés du conseil national de l'ordre est de six ans. Le conseil national est renouvelable par moitié tous les trois ans. »

XXXI. - L'article L. 4231-5 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 4231-5. - Le conseil national élit en son sein un bureau de neuf membres, composé d'un président, d'un vice-président, d'un trésorier et de six conseillers. Parmi ces neuf membres figurent au moins deux pharmaciens titulaires d'officine et un pharmacien de chacune des autres sections de l'ordre.

« Les membres du bureau sont élus pour trois ans. Leur mandat est renouvelable.

« Le bureau prépare les délibérations du conseil national et en assure l'exécution. Il règle les questions urgentes dans l'intervalle des sessions. Les décisions qu'il prend sur les questions urgentes font l'objet d'un rapport à la session suivante du conseil national. »

XXXII. - Après l'article L. 4231-6 du même code, il est inséré un article L. 4231-7 ainsi rédigé :

« Art. L. 4231-7. - Après avis des conseils centraux, le conseil national vote le budget général de l'ordre destiné à couvrir les frais d'installation et de fonctionnement des différents conseils et délégations ordinaires, ainsi que leurs frais communs.

« Le conseil national fixe le montant de la cotisation annuelle obligatoire demandée à chaque personne physique ou morale inscrite aux tableaux en fonction de sa catégorie. Il recouvre cette cotisation qui doit être acquittée dans les trente jours de son appel.

« Aucune cotisation n'est due par les réservistes sanitaires dès lors qu'ils n'exercent la profession qu'à ce titre.

« Le conseil national gère les biens de l'ordre et peut créer ou subventionner des œuvres intéressant la profession pharmaceutique ainsi que les œuvres d'entraide.

« Le conseil national contrôle la gestion des conseils centraux et régionaux de l'ordre des pharmaciens. Il peut demander tout document qui lui semble nécessaire à ce contrôle.

« Ces modalités de contrôle sont fixées dans le règlement budgétaire et comptable de l'ordre édicté par le conseil

national, après avis des conseils centraux, applicable à l'ensemble des instances ordinales.

« Un commissaire aux comptes certifie annuellement les comptes de l'ordre des pharmaciens. »

XXXIII. - L'article L. 4232-2 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « six » ;

2° Au deuxième alinéa, le mot : « cinq » est remplacé par le mot : « trois » ;

3° Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Le conseil central élit en son sein un bureau composé d'un président, d'un vice-président, d'un trésorier et d'au moins deux autres conseillers. Les membres du bureau sont élus pour trois ans. Leur mandat est renouvelable. » ;

4° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le bureau prépare les délibérations du conseil central et en assure l'exécution. Il règle les questions urgentes dans l'intervalle des sessions. Les décisions qu'il prend sur les questions urgentes font l'objet d'un rapport à la session suivante du conseil central. »

XXXIV. - L'article L. 4232-6 du même code est ainsi modifié :

1° Au 1°, le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « six » ;

2° Au 3°, le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « six », et après la deuxième occurrence des mots : « cent cinquante pharmaciens d'officine », sont insérés les mots : « , cinq pour le département du Nord » ;

3° Les deux derniers alinéas sont remplacés par trois alinéas ainsi rédigés :

« Le conseil régional élit en son sein un bureau composé d'au moins trois membres dont un président, un vice-président et un trésorier. Ce bureau comprend au moins un élu de chacun des départements de la région.

« Les membres du bureau sont élus pour trois ans. Leur mandat est renouvelable.

« Le bureau prépare les délibérations du conseil régional et en assure l'exécution. Il règle les questions urgentes dans l'intervalle des sessions. Les décisions qu'il prend sur les questions urgentes font l'objet d'un rapport à la session suivante du conseil régional. »

XXXV. - L'article L. 4232-7 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « six » ;

2° Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° Douze pharmaciens inscrits au tableau de la section B, élus par ces pharmaciens. » ;

3° Le 4° est abrogé.

XXXVI. - Au premier alinéa de l'article L. 4232-8 du même code, le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « six ».

XXXVII. - Au premier alinéa de l'article L. 4232-9 du même code, le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « six ».

XXXVIII. - L'article L. 4232-11 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « un ou plusieurs délégués » sont remplacés par les mots : « pour six ans un délégué unique ou plusieurs délégués et un président de délégation » ;

2° Le deuxième alinéa est supprimé.

XXXIX. - A la dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 4232-12 du même code, les mots : « motivée si les garanties de moralité » sont remplacés par les mots : « écrite motivée si les garanties de compétence, de moralité et d'indépendance ».

XL. - A la première phrase de l'article L. 4232-13 du même code, le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « six ».

XLI. - L'article L. 4232-14 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est remplacé par cinq alinéas ainsi rédigés :

« Le conseil central de la section E est composé de membres nommés ou élus pour six ans.

« Le conseil central de la section E comprend :

« 1° Les présidents des délégations et les délégués uniques prévus à l'article L. 4232-11 ;

« 2° Les représentants prévus à l'article L. 4232-13 ;

« 3° Un pharmacien inspecteur de santé publique représentant à titre consultatif le ministre chargé de la santé. » ;

2° Au deuxième alinéa, le mot : « pleins » est supprimé.

XLII. - Au premier alinéa de l'article L. 4232-15 du même code, le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « six ».

XLIII. - L'article L. 4232-15-1 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, le mot : « quatorze » est remplacé par le mot : « seize » et le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « six » ;

2° Au 3°, le mot : « douze » est remplacé par le mot : « quatorze » et il est ajouté un dernier alinéa ainsi rédigé : « - au moins un pharmacien gérant de la pharmacie à usage intérieur d'un service départemental d'incendie et de secours et au moins un radiopharmacien. »

XLIV. - Les cinq premiers alinéas et le dernier alinéa de l'article L. 4233-4 du même code sont supprimés.

XLV. - Après l'article L. 4233-4 du même code, il est inséré un article L. 4233-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 4233-5. - Les fonctions de membre du conseil national, d'un conseil central ou régional ou d'une délégation de la section E sont exercées à titre bénévole.

« Toutefois, le président, le vice-président, le trésorier d'un conseil, les membres du conseil national, d'un conseil central ou régional ou d'une délégation peuvent bénéficier d'indemnités dont les modalités d'attribution sont fixées par décret.

« Les conseils remboursent à leurs membres leurs frais de déplacement dans les conditions et limites fixées par le conseil national. »

XLVI. - Au dernier alinéa de l'article L. 4234-1 du même code, les mots : « sa section permanente » sont remplacés par les mots : « son bureau ».

XLVII. - Après l'article L. 4234-6 du même code, il est inséré un article L. 4234-6-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 4234-6-1. - Lorsque les faits reprochés au pharmacien ont révélé une insuffisance de compétence professionnelle, la chambre de discipline peut, sans préjudice des peines qu'elle prononce éventuellement en application des 1° à 4° de l'article L. 4234-6, enjoindre à l'intéressé de suivre une formation dans les conditions de l'article L. 4236-1.

« Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. »

XLVIII. - Dispositions transitoires.

1. Pour l'ordre national des médecins :

- les membres titulaires et suppléants du conseil national et des conseils départementaux sont répartis en trois fractions numérotées respectivement 1, 2 ou 3 selon la date de leur élection et l'ordre chronologique d'échéance de leur mandat de six ans,

- le mandat des membres de la première fraction venant à échéance après la publication de la présente loi est prorogé pour une durée de deux ans,

- les membres de la deuxième fraction sont, après tirage au sort effectué en séance plénière par l'instance nationale ou départementale à laquelle ils appartiennent, répartis en deux groupes égaux ou, le cas échéant, par moitié arrondie au nombre entier inférieur le plus proche. Le mandat des conseillers du premier groupe n'est pas modifié. Le mandat des conseillers du second groupe est prorogé pour une durée de trois ans,

- le premier renouvellement par moitié des conseils interviendra au terme du mandat de la deuxième fraction et le second renouvellement, concernant les membres du second groupe constitué à l'alinéa précédent et ceux de la troisième fraction, dont le mandat est prorogé d'un an, interviendra trois ans plus tard,

- les élections dont la date a été annoncée avant la publication de la présente loi se poursuivent selon la procédure en vigueur à la date de l'annonce.

2. Pour l'ordre national des sages-femmes :

a) Pour le renouvellement du conseil national :

- le mandat du conseiller national élu en 2004 est prolongé pour une durée de deux ans et prendra fin en 2012,

- le mandat des conseillers nationaux élus en 2006 n'est pas modifié et prendra fin en 2012,

- le mandat des conseillers nationaux élus en 2008 est prolongé pour une durée d'un an et prendra fin en 2015 ;

b) Pour le renouvellement des conseils départementaux :

- les conseils départementaux sont composés de trois séries de candidats ayant un mandat de six ans. Les séries sont numérotées respectivement 1, 2 ou 3 selon leur prochain renouvellement dans l'ordre chronologique,

- le mandat de la première série est prolongé pour une durée de deux ans,

- pour les conseillers de la deuxième série, le bureau du conseil départemental réparti par tirage au sort, en séance publique, les sièges par moitié. Le mandat des conseillers de la première moitié tirée au sort n'est pas modifié. Le mandat des conseillers de la seconde moitié tirée au sort est prolongé pour une durée de trois ans,

- le mandat des conseillers de la troisième série est prolongé pour une durée d'un an,

- le premier renouvellement par moitié des conseils interviendra au terme du mandat de la deuxième série et le second renouvellement trois ans plus tard.

3. Pour l'ordre national des chirurgiens-dentistes :

a) Pour le renouvellement du conseil national :

- pour les conseillers qui seront élus en 2009, le bureau du conseil national réparti par tirage au sort, en séance publique, les quatre sièges qui auront un mandat de six ans qui prendra fin en 2015 et les trois sièges qui auront un mandat de trois ans qui prendra fin en 2012,

- le mandat des conseillers élus en 2005 est prolongé pour une durée d'un an et prendra fin en 2012,

- le mandat des conseillers élus en 2007 est prolongé pour une durée de deux ans et prendra fin en 2015,

- le premier renouvellement par moitié du conseil national aura lieu en 2012 et le second en 2015 ;

b) Pour le renouvellement des conseils départementaux :

- pour les conseillers qui seront élus en 2010, le bureau de chaque conseil départemental réparti par tirage au sort, en séance publique, les sièges par moitié,

- le mandat des conseillers de la première moitié tirée au sort est d'une durée de trois ans et prendra fin en 2013,

- le mandat des conseillers de la seconde moitié tirée au sort n'est pas modifié et prendra fin en 2016,

- le mandat des conseillers élus en 2006 est prolongé pour une durée d'un an et prendra fin en 2013,

- le mandat des conseillers élus en 2008 est prolongé pour une durée de deux ans et prendra fin en 2016,

- le premier renouvellement par moitié des conseils aura lieu en 2013 et le second en 2016.

4. Pour l'ordre national des pharmaciens :

- la durée des mandats de conseillers ordinaires élus ou nommés en 2007 est portée à cinq ans,

- la durée des mandats des conseillers ordinaires élus en 2009 pour remplacer des conseillers élus en 2007 est portée à trois ans,

- les autres conseillers élus ou nommés en 2009 ont un mandat de six ans,

- les bureaux élus en mai ou juin 2009 ont un mandat de trois ans,

- les membres du conseil central de la section B élus en 2007 ou en 2009 conserveront leur mandat, respectivement, jusqu'en juin 2012 ou juin 2015,

- après tirage au sort suivant l'élection des membres du conseil central H mentionnés au 2° du XLIII du présent article, les mandats de ces membres viendront à échéance, respectivement, en juin 2012 ou juin 2015.

M. le président. – Amendement n°1237 rectifié, présenté par le Gouvernement.

I. - Après le I de cet article, insérer deux paragraphes ainsi rédigés :

... - Après le troisième alinéa de l'article L. 4112-1 du même code, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« La décision d'inscription ne peut être retirée que si elle est illégale et dans un délai de quatre mois. Passé ce délai, la décision ne peut être retirée que sur demande explicite de son bénéficiaire.

« Il incombe au conseil départemental de tenir à jour le tableau et, le cas échéant, de radier de celui-ci les praticiens qui, par suite de l'intervention de circonstances avérées postérieures à leur inscription, ont cessé de remplir ces conditions. »

... - Après le premier alinéa de l'article L. 4112-3 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les modalités selon lesquelles le conseil départemental vérifie que l'intéressé ne présente pas d'insuffisance professionnelle, d'infirmité ou d'état pathologique rendant dangereux l'exercice de la profession sont prévues par décret en Conseil d'État. »

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

« Faute pour les personnes intéressées d'avoir régulièrement frappé d'appel une décision d'inscription, le conseil national peut, dans un délai de trois mois à compter de l'expiration du délai d'appel, retirer cette décision lorsque celle-ci repose sur une inexactitude matérielle ou une erreur manifeste d'appréciation des conditions auxquelles est subordonnée l'inscription. »

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

... - L'article L. 4113-9 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions contractuelles incompatibles avec les règles de la profession ou susceptibles de priver les contractants de leur indépendance professionnelle les rendent passibles des sanctions disciplinaires prévues à l'article L. 4124-6. »

IV. - Au dernier alinéa du XI de cet article, remplacer les mots :

de leur ordre

par les mots :

, à l'occasion des actes de cette fonction,

V - Rédiger comme suit le XVI de cet article :

XVI. - Le I de l'article L. 4124-11 du même code est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Il est consulté par le directeur général de l'agence régionale de santé sur les questions et les projets relevant de ses compétences. » ;

2° La dernière phrase de l'avant-dernier alinéa est supprimée ;

3° Après l'avant-dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le conseil peut, dans les matières énumérées aux deux alinéas précédents, statuer en formation restreinte. »

VI. - Au deuxième alinéa du a) du 3 du XLVIII de cet article, supprimer les mots :

qui seront

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Cet amendement précise et encadre les compétences dévolues aux ordres des médecins et des pharmaciens. Il rappelle les conditions de retrait d'une décision illégale d'inscription au tableau et précise les modalités de radiation des praticiens ne remplissant plus les conditions pour exercer la profession. Il encadre les modalités de contrôle des compétences professionnelles des praticiens au moment de l'inscription au tableau. Il prévoit la possibilité de traduire devant les juridictions disciplinaires les praticiens qui concluraient des contrats comportant des clauses contraires à la déontologie. Il précise que les dispositions dérogatoires relatives à la traduction devant la chambre disciplinaire des praticiens chargés d'une fonction de contrôle, telles qu'adoptées par votre commission, ne s'appliquent que pour les seuls actes exercés à l'occasion de ces fonctions et non pas aux actes de soins, pour lesquels il est normal que ces praticiens soient soumis aux mêmes règles que leurs confrères.

Il précise enfin, conformément à l'engagement que j'avais pris devant vous, que le conseil régional ou interrégional des ordres médicaux est consulté par le directeur général de l'ARS sur les questions et les projets qui relèvent de ses compétences.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis favorable à ces précisions utiles.

L'amendement n°1237 rectifié est adopté.

M. le président. – Amendement n°508, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Rédiger comme suit le XI de cet article :

XI. - A l'article L. 4124-2 du code de la santé publique, les mots : « de l'hospitalisation » sont remplacés par les mots : « de santé ».

M. François Autain. – Il me semble que cet amendement est satisfait par celui de la ministre. (*Mme la ministre le confirme*) Je le retire.

L'amendement n°508 est retiré.

M. le président. – Amendement n°507, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Supprimer le XII de cet article.

M. François Autain. – Le Gouvernement entend supprimer l'article L. 4124-4 du code de la santé publique, qui prévoit la tenue de registres de délibérations dans les chambres disciplinaires de première instance des ordres professionnels : la rédaction, l'approbation et la signature de procès-verbaux à l'issue de chaque séance ainsi que, le cas échéant, de procès-verbaux d'interrogatoire ou d'audition signés par les personnes interrogées.

Nous estimons que ces dispositions, qui répondent à l'obligation de transparence imposées aux ordres professionnels, doivent être maintenues. Il y va de la protection de tous ceux qui pourront être traduits devant eux.

M. Alain Milon, rapporteur. – Défavorable. Il n'y a pas de raison d'imposer ici l'établissement de procès-verbaux de témoignages, que n'impose pas le code de justice administrative.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je partage le souhait de transparence de M. Autain, mais les modalités de fonctionnement et la procédure des chambres disciplinaires de première instance sont définies dans la partie réglementaire du code de la santé publique, aux articles R. 4126-1 à R. 4126-54, qui dispose que les audiences sont publiques, que procès-verbal est dressé des auditions, qu'il est versé au dossier et communiqué aux parties, et précise les conditions de notification des décisions ainsi que l'obligation de publicité par voie d'affichage. L'article L. 4124-4 n'est donc plus indispensable et je puis vous garantir que vos préoccupations sont prises en compte.

M. François Autain. – Je déplore cette régression dans la hiérarchie des normes, mais puisque les conditions sont respectées, je retire l'amendement.

L'amendement n°507 est retiré.

L'amendement n°571 est retiré.

L'amendement n°27 rectifié n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement n°78, présenté par MM. Laménie et Huré.

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

... - L'article L. 4233-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 4233-2. - les fonctions de président ou de trésorier d'un des conseils de l'ordre et l'une quelconque des fonctions correspondantes d'un syndicat pharmaceutique sont incompatibles. »

M. Marc Laménie. – Nous proposons une nouvelle rédaction, moins rigoureuse, de cet article.

M. Alain Milon, rapporteur. – Sagesse. La précision semble utile. Qu'en pense le Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Le Gouvernement n'est pas favorable, monsieur Laménie, à votre amendement. Certes, les pharmaciens sont des professionnels de santé, mais aussi des chefs d'entreprise. Il ne doit y avoir aucune confusion entre les fonctions syndicales et ordinales. Autant cela pourrait se concevoir pour les autres professions de santé, autant pour les pharmaciens, cela n'est pas souhaitable.

L'amendement n°78 est retiré.

L'article 19 ter, modifié, est adopté.

Article 19 quater

(Texte modifié par la commission)

I. - Après le troisième alinéa de l'article L. 4311-15 du code de la santé publique, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« L'ordre national des infirmiers a un droit d'accès aux listes nominatives des infirmiers employés par les structures publiques et privées et peut en obtenir la communication.

« Ces listes nominatives sont notamment utilisées pour procéder dans des conditions fixées par décret à l'inscription automatique des infirmiers au tableau tenu par l'ordre. »

I bis. - A l'article L. 4311-16 du même code, le mot : « légal » est remplacé par les mots : « de compétence, de moralité et d'indépendance ».

I ter. - Les deuxième et troisième alinéas de l'article L. 4312-1 du même code sont ainsi rédigés :

« L'ordre national des infirmiers veille à maintenir les principes éthiques et à développer la compétence indispensables à l'exercice de la profession. Il contribue à promouvoir la santé publique et la qualité des soins.

« Le conseil national de l'ordre prépare un code de déontologie, édicté sous forme d'un décret en Conseil d'État. Ce code énonce notamment les devoirs des infirmiers dans leurs rapports avec les patients, les autres membres de la profession et les autres professionnels de santé. »

II. - Supprimé par la commission

III. - Le II de l'article L. 4312-3 du même code est ainsi modifié :

1° Les premier à cinquième alinéas, la deuxième phrase du sixième alinéa et les deux derniers alinéas sont supprimés ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'élection du conseil départemental, la durée du mandat des conseillers départementaux et la périodicité de renouvellement de ces mandats. »

IV. - Le III de l'article L. 4312-5 du même code est ainsi modifié :

1° Les premier à cinquième alinéas et la deuxième phrase du sixième alinéa sont supprimés ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'élection du conseil régional, la durée du mandat des conseillers régionaux et la périodicité de renouvellement de ces mandats. »

V. - Au deuxième alinéa du IV du même article, après la référence : « L. 4124-1 », sont insérés le mot et les références : « à L. 4124-3 et L. 4124-5 ».

VI. - Le dernier alinéa du II de l'article L. 4312-7 est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Il valide et contrôle la gestion des conseils régionaux ainsi que des partenaires. Il reçoit de ces derniers leurs documents budgétaires et comptables. Le conseil national peut demander tout autre document qui lui semble nécessaire. Les modalités de cette validation et de ce contrôle sont fixées par des règlements de trésorerie élaborés par le conseil national et applicables à l'ensemble des instances ordinales. Les conseils doivent l'informer préalablement de la création et lui rendre compte du fonctionnement et de la gestion de tous les organismes qui dépendent d'eux.

« Un commissaire aux comptes certifie annuellement les comptes du conseil national. »

VII. - Le III du même article est ainsi modifié :

1° Les premier à cinquième alinéas et la deuxième phrase du sixième alinéa sont supprimés ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'élection du conseil régional, la durée du mandat des conseillers régionaux et la périodicité de renouvellement de ces mandats. »

VIII. - A l'article L. 4312-9 du même code, la référence : « L. 4125-3 » est remplacée par la référence : « L. 4125-3-1 ».

IX. - L'article L. 4321-10 du même code est ainsi modifié :

1° Le 2° est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le représentant de l'État dans la région ainsi que le parquet du tribunal de grande instance ont un droit d'accès permanent à ce tableau et peuvent en obtenir copie. » ;

2° Après le 2°, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« L'ordre national des masseurs-kinésithérapeutes a un droit d'accès aux listes nominatives des masseurs-kinésithérapeutes employés par les structures publiques et privées et peut en obtenir copie.

« Ces listes nominatives sont notamment utilisées pour procéder dans des conditions fixées par décret à l'inscription automatique des masseurs-kinésithérapeutes au tableau tenu par l'ordre. »

X. - Supprimé par la commission

XI. - L'article L. 4321-16 du même code est ainsi modifié :

1° L'avant-dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Il valide et contrôle la gestion des conseils départementaux. Il reçoit de ces derniers leurs documents budgétaires et comptables. Le conseil national peut demander tout autre document qui lui semble nécessaire. Les modalités de cette validation et de ce contrôle sont fixées par des règlements de trésorerie élaborés par le conseil national et applicables à l'ensemble des instances ordinales. Les conseils doivent l'informer préalablement de la création et lui rendre compte de tous les organismes dépendant de ces conseils. » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Un commissaire aux comptes certifie annuellement les comptes du conseil national. »

XII. - L'article L. 4321-19 du même code est ainsi modifié :

1° Après la référence : « L. 4123-17 », sont insérés les mots : « , premier alinéa, » ;

2° Après la référence : « L. 4124-1 », sont insérés le mot et les références : « à L. 4124-3 et L. 4124-5 » ;

3° La référence : « L. 4125-3 » est remplacée par la référence : « L. 4125-3-1 ».

XIII. - L'article L. 4322-2 du même code est ainsi modifié :

1° Le troisième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le représentant de l'État dans la région ainsi que le parquet du tribunal de grande instance ont un droit d'accès permanent au tableau tenu par l'ordre et peuvent en obtenir copie. » ;

2° Après le troisième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« L'ordre national des pédicures-podologues a un droit d'accès aux listes nominatives des pédicures-podologues employés par les structures publiques et privées et peut en obtenir copie.

« Ces listes nominatives sont notamment utilisées pour procéder à l'inscription automatique des pédicures-podologues au tableau tenu par l'ordre. »

XIV. - L'article L. 4322-9 du même code est ainsi modifié :

1° La deuxième phrase du dernier alinéa est remplacée par cinq phrases ainsi rédigées :

« Il valide et contrôle la gestion des conseil régionaux. Il reçoit de ces derniers leurs documents budgétaires et comptables. Le conseil national peut demander tout autre document qui lui semble nécessaire. Les modalités de cette validation et de ce contrôle sont fixées par des règlements de trésorerie élaborés par le conseil national et applicables à l'ensemble des instances ordinales. Les conseils doivent l'informer préalablement de la création et lui rendre compte de tous les organismes dépendant de ces conseils. » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Un commissaire aux comptes certifie annuellement les comptes du conseil national. »

XV. - L'article L. 4322-12 du même code est ainsi modifié :

1° Après la référence : « L. 4124-1 », sont insérés le mot et les références : « à L. 4124-3 et L. 4124-5 » ;

2° La référence : « L. 4125-3 » est remplacée par la référence : « L. 4125-3-1 ».

XVI. - Dispositions transitoires :

Le mandat des membres des conseils départementaux, régionaux et national de l'ordre national des infirmiers en cours à la date de publication de la présente loi sont prolongés comme suit :

- a) Les mandats de deux ans sont portés à trois ans ;
- b) Les mandats de quatre ans sont portés à six ans ;
- c) Les mandats des présidents élus avant la même date sont portés à trois ans.

M. le président. – Amendement n°509, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Supprimer le I de cet article.

M. Guy Fischer. – La disposition que nous entendons supprimer, introduite à l'Assemblée nationale, permet à l'Ordre national des infirmiers de disposer des listes nominatives des infirmiers

employés tant par le public que par le privé, pour leur inscription automatique à l'Ordre. Lors de la discussion d'octobre 2006 sur la création de cet Ordre, que nous avons combattue, nous prévoyions le mauvais tour que vous jouez ici à ces professionnels en instituant une obligation d'adhésion à une instance qui pourrait bien devenir un outil de surveillance et de contrainte au lieu de l'outil de défense des droits qu'elle devrait être.

M. Gilbert Barbier. – N'exagérez pas !

M. Guy Fischer. – 14 000 infirmiers libéraux, des centaines de milliers d'infirmiers hospitaliers obligés de cotiser, ce n'est pas rien ! (M. Gérard Dériot s'exclame) C'est cela le libéralisme que vous voulez imposer !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Il est vrai que l'Union soviétique n'imposait rien.

M. Guy Fischer. – Une telle obligation met en cause le libre droit de se syndiquer ou d'adhérer à une association. Comment justifier une telle mise en cause des libertés fondamentales ? (Mme la ministre s'exclame) Je connais de nombreux infirmiers, ils sont scandalisés ! Vous renforcez un autoritarisme intolérable sur cette profession ! (Exclamations à droite)

Ce transfert de coordonnées et d'identités de personnes classées -oserais-je dire, fichées- en raison de leur activité professionnelle pourrait d'ailleurs être sanctionné par la Cnil dont le président, notre collègue Alex Türk, faisait, dans son rapport annuel, l'amer constat selon lequel « plus aucun secteur d'activité, plus aucune parcelle de notre vie individuelle et collective n'échappe désormais au développement et à la pression des technologies nouvelles de l'information ».

Récemment, à l'occasion d'une question orale sur répertoire national commun de la protection sociale, le RNCPS, nous dénoncions votre volonté d'utiliser des technologies toujours plus puissantes au détriment de la liberté des personnes, du respect de leur intimité et de leur vie privée. Tout comme les Rmistes et les futurs tributaires du RSA, les infirmières sont soumises à une mesure vexatoire, qui porte atteinte à leur vie privée ! (Exclamations à droite)

J'ai peut-être forcé le trait mais je ne suis pas loin de la vérité !

M. Alain Milon, rapporteur. – Vous réaffirmez votre position constante depuis 2006 de refus de l'Ordre des infirmiers ; nous réaffirmons la nôtre : avis défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – M. Fischer reconnaît lui-même que son argumentation n'est peut-être pas très fondée. (Protestations sur les bancs CRC-SPG) Je vous taquine ! (Sourires)

L'Ordre doit pouvoir contrôler la légalité de l'exercice des infirmiers, c'est tout. Mais les

dispositions sur les fichiers sont tout à fait conformes aux exigences posées par la loi Informatique et liberté.

On peut être opposé au principe même de l'Ordre des infirmiers mais vous n'avez pas à vous inquiéter pour la protection des données personnelles : elle est assurée.

M. Bernard Cazeau. – Nous voterons cet amendement.

La question des Ordres est récurrente, s'agissant en particulier de salariés. Quel sens y a-t-il à imposer à un infirmier fonctionnaire l'affiliation à un ordre professionnel ? Son statut le soumet déjà à des normes strictes et on lui impose ainsi de déboursier une somme qui n'a rien de négligeable et ampute sensiblement son pouvoir d'achat. Pourquoi ne pas envisager une modulation de la cotisation ?

L'amendement n°509 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°1278, présenté par le Gouvernement.

I. (*Rejeté lors d'un vote par division*) - Supprimer le I *bis* de cet article.

II. (*Rejeté lors d'un vote par division*) - Supprimer le deuxième alinéa du I *ter* de cet article.

III. - Après le VI de cet article, insérer un VI *bis* ainsi rédigé :

VI *bis*. - Le II de l'article L. 4312-7 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, le mot : « unique » est supprimé ;

2° Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le conseil national peut, en raison de difficultés de fonctionnement liées à la situation de la démographie de la profession d'infirmier ou à une insuffisance d'élus ordinaires, provoquer le regroupement de conseils départementaux par une délibération en séance plénière. »

IV. - Dans le second alinéa du 2° du VII de cet article, remplacer le mot :

régional

par le mot :

national

et le mot :

régionaux

par le mot :

nationaux

V. - Après le VIII de cet article, insérer un VIII *bis* ainsi rédigé :

VIII *bis*. - Dans les articles L. 4312-2 à L. 4312-5 et L. 4312-7 du même code, après les mots : « conseil départemental » ou « conseils départementaux », sont

respectivement insérés les mots : « ou interdépartemental » ou : « ou interdépartementaux ».

VI. - Compléter le XI de cet article par un alinéa ainsi rédigé :

« Le conseil national peut, en raison de difficultés de fonctionnement liées à la situation de la démographie de la profession de masseur-kinésithérapeute ou à une insuffisance d'élus ordinaires, provoquer le regroupement de conseils départementaux par une délibération en séance plénière. ».

VII. - Après le XII de cet article, insérer un XII *bis* ainsi rédigé :

XII *bis*. - Dans les articles L. 4321-10, L. 4321-14 et L. 4321-16 à L. 4321-18 du même code, après les mots : « conseil départemental » ou : « conseils départementaux », sont respectivement insérés les mots : « ou interdépartemental » ou : « ou interdépartementaux ».

VIII. - Dans le dernier alinéa du 2° du XIII de cet article, après le mot :

procéder

insérer les mots :

dans des conditions fixées par décret

IX. - Compléter le XIV de cet article par un alinéa ainsi rédigé :

« Le conseil national peut, en raison de difficultés de fonctionnement liées à la situation de la démographie de la profession de pédicure-podologue ou à une insuffisance d'élus ordinaires, provoquer le regroupement de conseils régionaux par une délibération en séance plénière. »

X. - Après le XV de cet article, insérer un XV *bis* et un XV *ter* ainsi rédigés :

XV *bis*. - Dans les articles L. 4322-7, L. 4322-9 à L. 4322-12 du même code, après les mots : « conseil régional » ou : « conseils régionaux », sont respectivement insérés les mots : « ou interrégional » ou : « ou interrégionaux ».

XV *ter*. - A la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L.162-15 du code de la sécurité sociale, les mots : « ou des sages-femmes » sont remplacés par les mots : « , des sages-femmes, des masseurs-kinésithérapeutes, des infirmiers ou des pédicures-podologues ».

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Cet amendement est très long parce qu'il toilette de nombreuses dispositions, mais il s'explique aisément.

Si les ordres des professionnels de santé sont appelés à appuyer l'action des pouvoirs publics, il n'est pas pour autant souhaitable d'étendre leur compétence en matière de promotion de la santé publique et de qualité des soins : cela ne relève par de leurs missions principales.

Chose qui devrait satisfaire M. Cazeau, nous proposons d'étendre à l'ordre des infirmiers la possibilité, offerte aux autres ordres nationaux paramédicaux, de moduler la cotisation. Cette possibilité permettra de tenir compte des disparités de rémunération entre un mode d'exercice salarié de la profession et un mode d'exercice libéral, qui donne droit à déduction du montant de la cotisation du revenu imposable.

Cet amendement prévoit en outre que les conditions d'inscription automatique de pédicures podologues au tableau de l'Ordre se font dans des conditions fixées par décret, tel que cela est également prévu pour les infirmiers, et pour les masseurs kinésithérapeutes. Il précise que les conseils nationaux des ordres paramédicaux sont obligatoirement consultés par l'Uncam sur les dispositions conventionnelles relatives à la déontologie de ces professions paramédicales.

Il autorise le regroupement de conseils départementaux de l'Ordre des infirmiers, des masseurs kinésithérapeutes et des conseils régionaux de l'Ordre des pédicures podologues dans les cas où la faiblesse de la situation de la démographie de ces professions rend difficile le fonctionnement des instances ordinales locales. L'ordre des kinésithérapeutes voit ainsi venir des difficultés dans les Alpes-de-Haute-Provence ou en Corse.

M. Alain Milon, rapporteur. – La commission est défavorable au I et au II, qui vont contre des dispositions qu'elle souhaite ; sur le reste, elle s'en remet à la sagesse du Sénat.

M. Jean-Pierre Godefroy. – Il me semble que l'échelon régional conviendrait mieux que l'échelon départemental. Dans la Manche, les kinésithérapeutes ne sont pas si nombreux ; si regroupement il doit y avoir, ce devrait plutôt être dans toute la Basse-Normandie.

Mme Nathalie Goulet. – Très bien !

M. Jean-Pierre Godefroy. – Je m'étonne aussi que l'on contraigne des salariés à cotiser à l'Ordre. Va-t-on les obliger à adhérer à une association ou un syndicat ? Dans certains hôpitaux, les kinésithérapeutes vont demander à leur employeur de payer leur cotisation à l'Ordre.

M. Gilbert Barbier. – Je voterai l'amendement du Gouvernement ; ses deux premiers paragraphes me conviennent très bien eux aussi. L'ordre des infirmiers n'a aucun rôle à jouer en matière de promotion de la santé : pourquoi le charger d'une mission qu'il n'a pas les moyens de remplir ?

Les paragraphes I et II de l'amendement n°1278 ne sont pas adoptés.

Les paragraphes III à XV ter de l'amendement n°1278 sont adoptés.

L'amendement n°1278, ainsi modifié, est adopté.

M. le président. – Amendement n°759, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

I. - Dans le deuxième alinéa du 2° du IX de cet article, supprimer les mots :

publiques et

II. - Dans le dernier alinéa du même 2°, après les mots :

des masseurs-kinésithérapeutes

insérer les mots :

des structures privées

M. Jean-Pierre Godefroy. – Il n'est pas normal que les masseurs-kinésithérapeutes employés par les structures publiques soient tenus de s'inscrire au tableau tenu par l'Ordre.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable, cet amendement est contraire aux principes qui président à la création des ordres.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Même avis pour les raisons déjà évoquées.

L'amendement n°759 n'est pas adopté.

L'article 19 quater, modifié, est adopté.

Article 19 quinquies

(Texte modifié par la commission)

I. - *L'article L. 4383-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :*

« Le représentant de l'État dans la région contrôle également les établissements de formation agréés en application de l'article 75 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Ces établissements sont soumis au contrôle de l'inspection générale des affaires sociales. Les agréments peuvent être retirés en cas de non-respect des dispositions réglementaires régissant le suivi des programmes et la qualité de la formation, et d'incapacité ou de faute grave des dirigeants de ces établissements. »

II. - *Dans la dernière phrase du premier alinéa de l'article 75 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 précitée, après le mot : « préparatoires », sont insérés les mots : « qui doivent être au minimum de 3 520 heures ».*

M. Jean-Pierre Godefroy. – Nous tenons beaucoup à ce texte adopté à l'unanimité par la commission. L'usage du titre d'ostéopathe-chiropracteur est réglementé depuis 2002 mais il a fallu attendre les décrets d'application pendant cinq ans, vos prédécesseurs, madame la ministre, ayant surfé sur les désaccords entre professionnels pour retarder leur publication. Cinq ans pendant lesquels les écoles de formation ont fonctionné sans contrôle. En mars 2007, enfin, une quarantaine d'établissements ont été autorisés à délivrer le titre d'ostéopathe, beaucoup plus que chez nos voisins. On

compte près de 2 000 nouveaux diplômés chaque année.

A l'initiative de M. Bur, l'Assemblée nationale a renforcé le contrôle de la formation dispensée afin que soit garantie la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients. Notre commission a estimé nécessaire de relever le niveau minimum de formation en le portant de 2 660 heures, soit trois années d'études, à une durée qui ne pourrait être inférieure à 3 520 heures, soit quatre années. Divers rapports, dont celui de l'OMS de février 2006, recommandent un cursus minimum de 4 300 heures, soit cinq ans. Dans tous les pays européens où la profession est reconnue, le cursus dure cinq ou six ans, durée entérinée par le Conseil européen des professions libérales et la Fédération européenne des ostéopathes, en accord avec la directive européenne du 7 septembre 2005.

Le texte de la commission apporte toutes garanties et serait l'aboutissement d'un processus entamé en 2002.

M. le président. – Amendement n°1238, présenté par le Gouvernement.

Supprimer le II de cet article.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Si le décret du 25 mars 2007 fixe la durée minimale du cursus à 2 660 heures, c'est pour tenir compte du fait que l'exercice de l'ostéopathie est ouvert à des professionnels de santé qui peuvent alors être dispensés de scolarité. La majorité des ostéopathes sont d'ailleurs médecins ou kinésithérapeutes.

Le texte de la commission, en modifiant profondément la construction de la formation et son contenu, toutes choses qui relèvent, soit dit en passant, du Règlement, crée un déséquilibre au détriment des personnes dispensées de formation. En outre, il n'existe pas de directive européenne sectorielle qui imposerait aux États membres une durée minimale de formation pour les ostéopathes, pas plus qu'il n'existe de standard européen. Plutôt que sur la durée de la formation, il convient d'insister sur sa qualité et le contrôle des établissements, qu'un amendement de M. Dériot propose encore de renforcer.

Pour ce qui concerne les chiropracteurs, une concertation est actuellement en cours avec les professionnels afin d'élaborer un texte encadrant l'usage du titre et de définir, par la voie réglementaire normale, le contenu et les modalités d'organisation de la formation en chiropraxie. Je ne peux que vous inviter à respecter ce temps de dialogue.

M. Alain Milon, rapporteur. – La commission avait estimé indispensable, conformément aux recommandations de l'OMS, de renforcer la formation ; elle avait donc émis un avis défavorable à l'amendement du Gouvernement. A titre personnel toutefois, et après avoir entendu des explications dont

la commission n'avait pas connaissance, je lui serai favorable.

M. Bernard Cazeau. – Il semble que Mme la ministre soit bien seule à penser que le décret de 2007 offre des garanties suffisantes ! La profession unanime estime qu'un minimum de quatre ou cinq ans est nécessaire, tandis qu'un des vice-présidents de l'Ordre des médecins doute que trois années permette aux futurs praticiens d'avoir un niveau suffisant. Il n'y a pas de standard européen, dites-vous ; mais un forum regroupant les associations de treize pays a recommandé une durée minimale de 4 000 à 4 800 heures et des stages cliniques supérieurs à 1 000 heures. Dans les États où l'ostéopathie est réglementée, dont le Royaume-Uni, le cursus minimum est de quatre, cinq, voire six ans. Pourquoi vous arcboutez-vous sur une durée que tout le monde juge insuffisante ? N'y va-t-il pas de la santé et de la sécurité des patients ? Nous voterons contre cet amendement.

M. Jean-Pierre Godefroy. – Il y a bien une directive de 2005, madame la ministre. Il serait dommage qu'on revînt sur un processus qui a mis tant de temps à aboutir. Je demande un scrutin public.

A la demande du groupe socialiste, l'amendement n°1238 est mis aux voix par scrutin public.

M. le président. – Voici les résultats du scrutin :

Nombre de votants.....	339
Nombre de suffrages exprimés.....	324
Majorité absolue des suffrages exprimés	163
Pour l'adoption	173
Contre	151

Le Sénat a adopté.

L'article 19 quinquies, modifié, est adopté.

La séance est suspendue à 19 h 35.

PRÉSIDENTE DE M. JEAN-LÉONCE DUPONT,
VICE-PRÉSIDENT

La séance reprend à 21 h 50.

Procédure accélérée

M. le président. – En application de l'article 45, alinéa 2 de la Constitution, le Gouvernement engage la procédure accélérée sur le projet de loi organique prorogeant le mandat des membres du Conseil économique, social et environnemental, qu'il dépose sur le bureau de l'Assemblée nationale.

Hôpital, patients, santé et territoires (Urgence – Suite)

Discussion des articles (Suite)

Article 19 sexies

(Texte non modifié)

I. - L'article 42 de la loi n° 96-452 du 28 mai 1996 portant diverses mesures d'ordre sanitaire, social et statutaire est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa du I, après le mot : « institutions », sont insérés les mots : « et les professionnels », et les mots : « quelle que soit leur nature » sont remplacés par les mots : « quel que soit leur statut » ;

2° Le III est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est complété par les mots : « et aux cabinets d'exercice libéral des professionnels mentionnés au deuxième alinéa du I » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « ou organismes » sont remplacés par les mots : « , organismes ou professionnels ».

II. - L'article L. 1421-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour l'accomplissement de missions confiées par le ministre chargé de la santé, les membres de l'inspection générale des affaires sociales peuvent effectuer des contrôles en application du présent article. »

L'amendement n°91 rectifié n'est pas soutenu, non plus que l'amendement n°635 rectifié.

M. le président. – Amendement identique n°870, présenté par MM. P. Blanc et Laménie.

Supprimer cet article.

M. Paul Blanc. – Autoriser l'Inspection générale des affaires sociales à accéder aux cabinets des médecins libéraux pour les contrôler serait une provocation de nature à entraîner des déviances.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Défavorable.

L'amendement n°870 est retiré.

M. le président. – Amendement n°872, présenté par M. Dériot.

Remplacer le premier alinéa du II de cet article par trois alinéas ainsi rédigés :

L'article L. 1421-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après les mots : « aux professions de santé », sont insérés les mots : « aux ostéopathes et aux chiropracteurs, » ;

2° Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

M. Gérard Dériot. – En rendant effectif l'article 19 *quinquies*, cet amendement garantira la qualité des soins dispensés par les ostéopathes et chiropracteurs, comme cela a été souhaité tout à l'heure.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis favorable à cette utile précision.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Avis favorable.

L'amendement n°872 est adopté, ainsi que l'article 19 sexies modifié.

Article 20

(Texte modifié par la commission)

Dans les conditions prévues par l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance, dans un délai de six mois à compter de la publication de la présente loi, toutes mesures relevant du domaine de la loi, réformant les conditions de création, d'organisation et de fonctionnement des laboratoires de biologie médicale et visant à :

1° Harmoniser les dispositions applicables aux laboratoires de biologie médicale publics et privés ;

2° Mieux garantir la qualité des examens de biologie médicale, notamment en mettant en place une procédure d'accréditation des laboratoires ;

3° Définir les missions du biologiste, du laboratoire de biologie médicale et du personnel technique dans le cadre du parcours de soins du patient, en assurant l'efficacité des dépenses de santé ;

4° Instituer les mesures permettant d'assurer la pérennité de l'offre de biologie médicale dans le cadre de l'organisation territoriale de l'offre de soins ;

5° Éviter les conflits d'intérêts et garantir l'autorité du biologiste responsable sur l'activité du laboratoire de biologie médicale ;

6° Suppression maintenue par la commission.....

7° Adapter les missions et prérogatives des agents habilités à effectuer l'inspection des laboratoires de biologie médicale ;

8° Adapter le régime des sanctions administratives et pénales.

Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de l'ordonnance.

M. Alain Milon, rapporteur. – L'article 20 habilite le Gouvernement à conduire par ordonnance la réforme de la biologie médicale. Il y va à la fois de la meilleure qualité possible des examens et du caractère médical d'une profession qui ne doit pas être soumise au droit de la concurrence que la Cour de justice des communautés européennes pourrait imposer. Le

Gouvernement a mené un important travail sur la base du rapport Ballereau et la ministre ayant communiqué à tous les commissaires l'avant-projet d'ordonnance, nous pouvons débattre de manière informée, ce qui a apaisé certaines craintes.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – La voie retenue pour la réforme de la biologie médicale est celle d'une médicalisation renforcée d'une discipline indispensable. L'accréditation est utilisée dans toute l'Europe. Il fallait remédier à des ruptures et à des insuffisances. Je sais que la procédure des ordonnances n'est pas celle que le Parlement préfère...

M. Guy Fischer. – On la déteste !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Elle est adaptée à cet ensemble cohérent et concerté dans la transparence grâce à la commission Ballereau : tous les parlementaires qui l'ont souhaité ont été invités à participer aux groupes de travail, tous les groupes y ont été les bienvenus et le projet d'ordonnance a été mis à la disposition de ceux qui le souhaitaient. Vous ne nous donnez pas un blanc-seing, l'ordonnance devant être ratifiée explicitement, vous marquez votre confiance dans les biologistes, que je remercie pour leur plein engagement dans cette réforme.

M. Dominique Leclerc. – L'excellent rapport de Michel Ballereau a largement inspiré le projet d'ordonnance que je vous remercie de nous avoir communiqué. La biologie, qui est une spécialité médicale, participe à la prévention, au diagnostic et au suivi des patients. Elle est exercée après une longue formation complémentaire par des médecins et pharmaciens biologistes, les bio-pathologistes disent les Européens. La médecine libérale est en France une médecine de proximité ; la biologie médicale doit s'inscrire dans le même schéma et participer à la permanence des soins dans le cadre des obligations retenues par les ARS, les laboratoires d'analyses médicales répondant aux contraintes établies par le ministère et aux exigences de qualité.

Nos amendements tendent à protéger cette spécialité médicale. Comme la radiologie par exemple, elle comporte des actes techniques de plus en plus sophistiqués et coûteux. Des eurotechnocrates et des financiers peu scrupuleux y ont vu un prétexte permettant de considérer cette activité comme une simple prestation de services, afin d'obtenir à court terme les profits rapportés par la financiarisation du capital.

Bien sûr, la profession doit se réorganiser dans un cadre réglementaire strict, mais nous devons préserver son indépendance, ses exigences de qualité et l'intégration des jeunes biologistes dans le capital des sociétés d'exercice libéral.

La présente loi doit garantir l'exercice de la biologie médicale par des professionnels qualifiés contribuant à la permanence des soins sur l'ensemble du territoire,

en toute indépendance envers les financiers, les fournisseurs, les gestionnaires de risques et les prescripteurs.

M. Pierre Bordier. – Le rapport Ballereau préconise de fermer aux docteurs vétérinaires l'accès au diplôme d'études spécialisées (DES) de biologie médicale, malgré l'intérêt que cette spécialité présente pour le diagnostic et la prévention des zoonoses. La menace grippale et l'émergence de maladies liées au réchauffement climatique montrent l'importance du vétérinaire biologiste, véritable rempart contre les épizooties. Faut-il rappeler le rôle de ces spécialistes dans la mise au point, par exemple, des vaccins contre le tétanos ou l'hépatite B ? Faut-il rappeler que le secrétariat général à la défense nationale associe les vétérinaires biologistes à la maîtrise des risques nucléaires, biologiques et chimiques ?

Il n'y a pas la biologie humaine d'un côté, la biologie vétérinaire de l'autre : il n'y a qu'une seule biologie ! En exclure les vétérinaires serait préjudiciable à la santé humaine et irait à l'encontre des coopérations pluridisciplinaires établies depuis plus d'un siècle.

Le DES de biologie médicale est la seule formation de biologie actuellement ouverte aux vétérinaires. Les écarter de cette voie leur interdirait donc intégralement la biologie, alors qu'ils ont toutes les qualités requises par cette discipline.

On dit que la filière n'attire que peu de vétérinaires. Il n'y a donc pas de risque majeur en termes de concurrence !

L'amendement n°871 a été retiré.

L'amendement n°119 n'est pas soutenu.

M. le président. – Amendement n°510, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Supprimer cet article.

M. Guy Fischer. – Le recours aux ordonnances nous chagrine beaucoup. Il contrarie aussi M. Desessard, qui regrette de ne pas être là.

M. Ballereau vous a remis le 23 septembre un rapport sur la réforme de la biologie médicale, que le Gouvernement a souhaité entreprendre. Son organisation n'avait pas changé depuis 1975.

Nous n'approuvons pas toutes les suggestions de M. Ballereau -notamment quant à l'ouverture du capital des laboratoires à des non biologistes- mais l'ampleur de son travail montre l'ampleur de la réforme à venir. C'est pourquoi nous déplorons le recours aux ordonnances, qui cantonnent le débat parlementaire à la loi de ratification.

Bien que les règles relatives à la détention du capital aient été opportunément sorties du champ de l'habilitation par l'Assemblée nationale, le Parlement reste légitime à discuter des moyens d'assurer la qualité des examens de biologie médicale, à définir les

missions du biologiste, du laboratoire et du personnel dans le cadre du parcours de soins, puisqu'il s'agit « d'assurer l'efficacité des dépenses de santé ». Les mesures adoptées dans ce but mettent habituellement les malades à contribution *via* les franchises médicales et le déremboursement de médicaments.

Simultanément, les laboratoires pharmaceutiques obtiennent l'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour des produits qui seront remboursés sans avoir d'efficacité thérapeutique démontrée.

Il est inacceptable que le Parlement n'examine pas la réforme de la biologie médicale. Nous discutons suffisamment de textes complexes et techniques pour que cette objection ne soit pas nous opposée.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable, car la réforme de la biologie médicale doit aller vite pour des raisons communautaires. Le projet d'ordonnance, distribué aux membres de la commission, montre que le processus est bien avancé.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Même avis : on peut discuter les modalités de la réforme, mais sa nécessité ne fait aucun doute.

Un seul point faisait débat : l'ouverture du capital. Il est réglé !

J'observe enfin qu'il aurait été plus facile de plaider notre cause à Bruxelles si la gauche n'avait pas ouvert autrefois le capital. En ce domaine, la gauche devrait garder ses leçons pour elle ! (*Applaudissements à droite*)

M. Guy Fischer. – Ça commence mal !

M. Bernard Cazeau. – Nous n'allons pas donner de leçons, sinon de pratiques parlementaires.

L'intérêt des articles 20 et 21 -devenus des Ovní législatifs- semble limité depuis l'élimination fort opportune de l'ouverture du capital. Pour le reste, l'ordonnance déterminera tout. Nous désapprouvons formellement ce procédé, contraire à la revalorisation du Parlement que la révision constitutionnelle devait assurer. Nous n'acceptons pas le recours à l'ordonnance, malgré la ratification parlementaire.

Si la disposition est d'ordre réglementaire, nous ne devons pas perdre notre temps à la discuter ; sinon, pourquoi ne pas l'examiner en profondeur maintenant ?

M. François Autain. – Nous refusons l'ordonnance, pour des raisons de principe et en raison du texte distribué par les services ministériels, que je remercie pour cette transmission.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Faites à ma demande.

M. François Autain. – Dont je vous remercie également.

Malgré un discours rassurant quoiqu'un peu tendu ce soir...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – J'ai rappelé une vérité gênante.

M. François Autain. – ...sur les inquiétudes des biologistes, le débat porte en réalité sur l'application des dogmes libéraux à cette profession.

Le projet d'ordonnance dispose qu'un laboratoire médical est constitué d'un ou plusieurs sites où des analyses biomédicales sont effectuées. Cette rédaction alarmante démontre la volonté de regrouper les laboratoires en grandes unités disposant d'un centre d'analyse unique où parviendraient les prélèvements effectués dans les structures de proximité.

Le jugement que nous venons d'entendre sur l'ouverture du capital par la gauche nous rassure...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je vais réparer vos bêtises !

M. François Autain. – ...quant aux intentions du Gouvernement pour les années à venir. Le projet d'ordonnance étant muet sur ce point, je m'en tiens aux paroles qui viennent d'être prononcées, tout en souhaitant entendre confirmer que le projet de décret ne sera pas modifié sur ce point.

L'article prévoit également de soumettre les laboratoires de biologie médicale à une nouvelle accréditation délivrée par le Comité français d'accréditation (Cofrac) et satisfaisant les normes européennes. Jusqu'ici la Haute autorité de santé délivrait la certification de « bioqualité » attestant de la qualité et de la sécurité des centres de biologie. Cette nouvelle accréditation coûteuse risque de contraindre les centres les plus fragiles à fermer. Pourquoi la préférer à l'ancien système ?

Enfin, madame la ministre, vous opposerez-vous à l'ouverture du capital des laboratoires à des investisseurs non biologistes ? Je rappelle que la Cour de justice européenne a récemment interdit l'entrée de non pharmaciens au capital des pharmacies d'officine.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Il est sans doute cruel de le rappeler, mais c'est la gauche qui a autorisé l'ouverture du capital des laboratoires d'analyse à des acteurs privés non biologistes. Nous avons par la suite limité à 25 % la part de ces investisseurs. Heureusement que nous sommes là pour réparer vos erreurs ! (*M. Gérard Dériot applaudit*) Rassurez-vous : cette limite sera maintenue. C'est d'ailleurs grâce à l'intervention du gouvernement français que les instances européennes ont interdit l'ouverture du capital des pharmacies d'officine à des non pharmaciens. Les défenseurs de la détention du capital par les professionnels sont à droite de l'hémicycle, il n'y a là-dessus aucun doute !

En ce qui concerne les modes de certification de la qualité, j'ai perçu dans vos propos une certaine confusion : vous mettez la Haute autorité de santé à toutes les sauces... Les laboratoires biomédicaux

publics et privés sont soumis au guide de bonne exécution des analyses (GBEA). Ce système, novateur il y a quinze ans, ne suffit plus aujourd'hui car il est seulement déclaratif et ne prévoit d'autre mécanisme de contrôle extérieur que l'inspection ; or un laboratoire est inspecté tous les 30 ou 40 ans... Quant au contrôle national de qualité opéré par l'Afssaps, qui consiste en l'envoi d'échantillons pour dosage, ainsi qu'aux autres modes de certification et d'assurance qualité, ils sont également obsolètes et ne sont pas reconnus internationalement.

La démarche de l'association Bioqualité, fondée en 2002 et qui prépare les laboratoires à l'accréditation, est intéressante. Mais la mission présidée par Michel Ballereau a montré la nécessité d'instaurer un nouveau système de qualité d'excellence, fondé sur un maillage territorial serré. (*M. Gérard Dériot applaudit*)

L'amendement n°510 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°763, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Rédiger ainsi le troisième alinéa (2°) de cet article :

2° De manière à garantir et à améliorer la qualité des examens de biologie médicale, mettre en place obligatoirement un système d'assurance qualité librement choisi et sous le contrôle de la Haute Autorité de santé ;

M. Jacky Le Menn. – La biologie médicale française est depuis toujours excellente et reconnue comme l'une des meilleures d'Europe. Dès les années 1970, les biologistes ont mis au point le contrôle de qualité des analyses ; le guide de bonne exécution des analyses existe depuis 1994, et la profession a volontairement mis en place un système d'assurance qualité de haut niveau, « Bioqualité ». Un contrôle national obligatoire vient compléter ce dispositif déjà très satisfaisant. Les pouvoirs publics ont les moyens légaux de contrôler le respect de la qualité et de sanctionner les manquements.

Cet effort doit être poursuivi. Cependant l'instauration d'un système d'assurance qualité uniquement fondé sur l'accréditation aboutirait à un excès de procédures le plus souvent de nature industrielle, peu adaptées au domaine médical. Ce système n'apporte aucune nouvelle garantie quant à l'exactitude des résultats des analyses.

En outre, l'accréditation globale des laboratoires est financièrement inabordable et mettrait nombre de ceux-ci en grande difficulté.

Enfin, le fait qu'un seul organisme, le Cofrac, soit habilité à délivrer une accréditation crée une situation abusive de monopole. La concurrence entre les différents systèmes d'assurance qualité est saine, source de progrès et d'émulation. Tous sont d'ailleurs contrôlés par la Haute autorité de santé. Le libre choix est la règle dans tous les autres pays européens.

M. le président. – Amendement n°184, présenté par M. Beaumont.

Compléter le troisième alinéa (2°) de cet article par une phrase ainsi rédigée :

Les examens de biologie médicale sont effectués sous la responsabilité des directeurs et directeurs-adjoints de laboratoire, titulaires de l'un des titres ou diplômes permettant l'exercice de la médecine, de la pharmacie ou de l'art vétérinaire, inscrits au tableau professionnel dont ils relèvent et ayant reçu une formation spécialisée dont la nature et les modalités sont fixées par décret.

M. René Beaumont. – Je salue une nouvelle fois l'esprit de dialogue, la volonté d'informer le Parlement et la patience dont a fait preuve Mmela ministre tout au long de cette discussion. Mais après les médecins et les dentistes, c'est au tour des vétérinaires de se retrouver épinglés « à l'insu de leur plein gré ». Je le dis cordialement : pour toute concertation, le ministère s'est contenté de convoquer le président de l'Ordre pour lui faire état du projet de réforme. J'ai été tenté de voter tout à l'heure des amendements inspirés par l'idée que l'on ne réforme pas la biologie médicale par ordonnance.

M. Guy Fischer. – Vous auriez dû le faire !

M. René Beaumont. – C'est un sujet trop grave pour être traité de la sorte, par le biais d'un amendement gouvernemental en commission...

Il n'y a qu'une biologie : celle du règne animal, dont l'espèce humaine fait partie. Depuis toujours, les vétérinaires, les pharmaciens et les médecins ont été associés pour le plus grand bien de la population ; et l'on voudrait aujourd'hui les séparer, suite à une étude menée par un conseiller du ministère qui n'avait jamais suggéré une telle mesure !

A travers les âges, la collaboration des médecins, des pharmaciens et des vétérinaires a porté ses fruits ; pour lutter contre la tuberculose, on a inventé le BCG, vaccin bilité de Calmette et Guérin. Qui était donc Guérin ?

M. Paul Blanc. – Un vétérinaire.

M. René Beaumont. – Eh oui ! Plus récemment, la stéréotaxie sur cerveau humain a été pratiquée pour la première fois par la faculté de médecine de Lyon à partir d'expérimentations sur les animaux. Quant à l'encéphalite spongiforme bovine, c'est la maladie de la vache folle mais c'est aussi la maladie de Creutzfeldt-Jakob, et si seulement 42 cas ont été recensés en France contre plusieurs centaines au Royaume-Uni, c'est grâce à la coopération des vétérinaires avec les services de protection sanitaire.

Les risques sanitaires évoluent. Aujourd'hui, les épidémies les plus graves sont provoquées par des zoonoses, c'est-à-dire des maladies portées à la fois par les animaux et les hommes. C'est un problème d'une actualité brûlante, puisqu'au H5N1 transmis par les canards a succédé le H1N1 transmis par les

cochons. Ce serait donc une grave erreur que de scinder la biologie médicale en une composante humaine et une autre animale !

En outre, l'article exclut les vétérinaires d'un diplôme de haut niveau, sanctionnant huit années d'études. Il risque surtout de conduire à une pénurie de vétérinaires capables d'assurer la mission de contrôle sanitaire des aliments humains d'origine animale, que la profession a jusqu'ici exercée avec succès. Mais peut-être entendez-vous priver les vétérinaires de cette mission ; (*Mme la ministre s'en défend*) dans ce cas, mon opposition serait encore plus ferme !

De nombreux laboratoires de biologie médicale contrôlent des aliments. Ils ont donc besoin de vétérinaires. Pourquoi priver ces derniers de cette formation ? Ils ne demandaient rien, assuraient parfaitement leurs missions et cet oukase leur tombe dessus. Il faudrait surseoir à cette décision et avoir une vraie discussion avec le monde vétérinaire afin de trouver une solution équitable.

M. Alain Milon, rapporteur. – Le projet d'ordonnance prévoit un système d'accréditation sous l'égide de la Haute autorité de santé et des contrôles extérieurs organisés par l'Afssaps. Ces dispositions sont suffisantes pour garantir la qualité des examens de biologie médicale. En outre, les professionnels peuvent s'adresser à l'assurance de leur choix : avis défavorable à l'amendement n°763.

Monsieur Beaumont, je défendrai avec moins de passion l'avis de la commission que vous votre amendement ! (*Sourires*) Certes, nous allons nous priver d'un apport de compétences d'autant plus utiles que les risques de transmission de virus par des animaux se multiplient. Cependant, les vétérinaires ne sont pas reconnus comme une profession médicale : selon la Commission européenne, s'ils ont la responsabilité d'un laboratoire, cette activité relève de la simple prestation de service. Cette possibilité de spécification pour les vétérinaires demeure purement française. Pour le succès de cette réforme au regard du droit communautaire, je vous demande de retirer votre amendement. A défaut, avis défavorable, sous réserve de l'avis du Gouvernement.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Monsieur Le Menn, votre argumentation est bien curieuse. Vous souhaitez libéraliser l'organisation de l'accréditation, mais qui accréditera alors les organismes accréditeurs ? Par définition, cette procédure repose sur un organisme public indépendant. Vous jouez ici à front renversé : après avoir vanté les mérites de la libéralisation du capital des laboratoires d'analyse, vous souhaitez réserver le même sort aux mécanismes d'accréditation ! Le rôle de la Haute autorité de santé est essentiel dans le système d'assurance qualité des laboratoires, ainsi que pour la mise en œuvre de l'accréditation et la rédaction du manuel d'accréditation, aux côtés du

Cofrac. Je m'oppose fermement à tout procédé d'accréditation qui ne serait pas sous l'emprise de la puissance publique : avis défavorable à l'amendement n°763.

Monsieur Beaumont, la médicalisation de la biologie médicale est essentielle dans cette réforme. Le biologiste médical est responsable de la qualité de l'examen, du prélèvement jusqu'au résultat validé et interprété. Ce n'est pas un professionnel de santé hors sol : il est en contact avec le malade et fait partie de l'équipe soignante. Cet aspect de son activité a manqué à cette discipline : nous voulons donc la remédicaliser et non la confier à quelqu'un qui ne connaît pas la médecine humaine.

Le vétérinaire ne connaît pas la médecine humaine, le médecin ne soigne pas les animaux : chacun son métier, les vaches seront bien gardées... (*Sourires*) Il faut donc réserver le titre de biologiste médical aux docteurs en médecine et en pharmacie spécialisés ou aux personnes possédant des qualifications professionnelles reconnues équivalentes. La formation des vétérinaires est de très haut niveau, mais axée sur la prise en charge d'une grande variété d'espèces animales, à l'exception de l'homme. Il ne s'agit pas d'une profession de santé pour le code de la santé publique. S'il peut y avoir des croisements dans le cadre d'activités de recherche, la vocation d'un vétérinaire n'est pas de prendre en charge des humains. De même, il n'a jamais été question d'autoriser des médecins ou des pharmaciens à prendre en charge des animaux. La compétence en biologie médicale doit être associée à la compétence en médecine ou en pharmacie humaine.

En outre, comme l'a indiqué le rapporteur, le métier de vétérinaire n'étant pas une profession de santé pour le code de la santé publique, le maintien de la situation actuelle justifierait l'inclusion de la biologie médicale dans la directive Services, dite « Bolkestein ». Dans le cadre d'une biologie médicale centrée sur le patient humain, il faut mettre fin aux procédures dérogatoires, limitées, donnant aux vétérinaires diplômés l'accès au titre de biologiste médical.

Les vétérinaires exerçant les fonctions de directeur ou directeur-adjoint de laboratoire pourront continuer à exercer, de même que ceux entrés en spécialisation de biologie médicale avant la date de promulgation de ce texte. L'accès au diplôme d'études spécialisées (DES) de biologie médicale n'est pas fermé aux vétérinaires mais ils ne pourront plus avoir le titre de biologiste médical humain. Ils pourront travailler en laboratoire de biologie vétérinaire. S'ils travaillent au sein d'un laboratoire de biologie médicale humaine, ils ne pourront valider, interpréter et signer des résultats d'examen. Bien entendu, le rôle très important joué par les vétérinaires dans les travaux de recherche n'est pas remis en cause.

J'espère que cette plaidoirie vous permettra de retirer votre amendement... (*Sourires*)

L'amendement n°763 n'est pas adopté.

M. René Beaumont. – Je vous ai écoutée avec attention, madame la ministre. J'ai noté un progrès : l'accès au DES de biologie médicale ne sera pas fermé aux vétérinaires. (*Mme la ministre, le confirme*) La recherche a besoin d'équipes pluralistes, tout comme l'analyse d'aliments d'origine animale.

J'estime que ce sujet n'aurait pas dû être traité par ordonnance et je veux bien admettre que vous priviez les vétérinaires du titre de directeur de laboratoire de biologie médicale, mais je ne peux accepter qu'ils soient également exclus du poste de directeur-adjoint.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Le directeur-adjoint doit lui aussi être un professionnel de santé car il valide les analyses.

M. René Beaumont. – Je retire mon amendement si vous autorisez les vétérinaires à être directeurs-adjoints.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Ils pourront travailler dans un laboratoire mais ne feront pas partie de l'équipe soignante.

M. René Beaumont. – Les vétérinaires n'ont pas vocation à être des laborantins !

L'amendement n°184 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°764, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Rédiger ainsi le sixième alinéa (5°) de cet article :

5° Garantir l'autorité du médecin biologiste ou du pharmacien biologiste sur l'activité du laboratoire de biologie médicale ; éviter les conflits d'intérêts en interdisant toute détention directe ou indirecte de tout ou partie du capital social d'une société exploitant un laboratoire à toute personne physique ou morale exerçant sous quelque forme que ce soit les professions ou activités visées à l'article 12 du décret n°92-545 du 17 juin 1992.

M. Jacky Le Menn. – Dans un souci de précision et afin de ne pas mettre en péril l'indépendance des professionnels et leurs règles déontologiques, cet amendement rappelle de quelle nature peuvent être les conflits d'intérêts mentionnés à l'article 20. Nous nous référons à un décret du 17 juin 1992, qui définit précisément les activités incompatibles avec la détention de parts ou d'actions du capital d'une société exploitant un laboratoire.

M. le président. – Amendement n°195, présenté par MM. Leclerc, Dériot, P. Blanc, Vasselle, Laménie et Barbier.

Compléter le sixième alinéa de cet article (5°) par les mots :

notamment en garantissant un nombre de biologistes co-responsables au moins égal au nombre de site du laboratoire

M. Dominique Leclerc. – Dans le cadre de la réforme de la biologie médicale, le Gouvernement entend confirmer que la biologie clinique est une spécialité médicale, afin de garantir, en homogénéisant le tissu des laboratoires, l'accès à une médecine de qualité pour tous les patients, sur l'ensemble du territoire.

Il est dès lors nécessaire de garantir un nombre de praticiens biologistes en adéquation avec l'activité diagnostique exercée au sein du laboratoire, tout en respectant le caractère libéral et donc l'indépendance de l'activité du biologiste médical.

M. Alain Milon, rapporteur. – L'amendement n°764 est satisfait par le texte, qui place les laboratoires sous l'autorité du biologiste responsable. Retrait ? Favorable à l'amendement n°195 de M. Leclerc.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Votre amendement, monsieur Le Menn, est en effet satisfait. Le vôtre, monsieur Leclerc, l'est aussi : il est en effet normal qu'un biologiste soit présent aux heures d'ouverture sur chaque site. Mais la formulation que vous proposez pourrait ne pas convenir à certaines formes d'exercice. En effet, certains biologistes médicaux peuvent détenir une fraction du capital sans être biologiste responsable ou coresponsable. C'est pourquoi l'ordonnance prendra en considération les biologistes détenant une fraction du capital. Je crois que cela répond à votre préoccupation.

L'amendement n°764 est retiré.

M. Dominique Leclerc. – Dans l'exercice en nom propre, la fonction de coresponsable n'a en effet pas de raison d'être. Puisque vous m'assurez que ma préoccupation, essentielle, sera prise en compte dans l'ordonnance, je retire mon amendement.

L'amendement n°195 est retiré.

M. le président. – Amendement n°1272, présenté par M. Milon, au nom de la commission.

Rétablir le septième alinéa (6°) de cet article dans la rédaction suivante :

6° Limiter les formes d'exercice de la biologie médicale aux sociétés civiles professionnelles et aux sociétés d'exercice libéral et prévoir les mesures transitoires nécessaires pour la conversion sous l'une de ces deux formes des autres sociétés existantes ;

M. Alain Milon, rapporteur. – Si l'amendement n°145 de M. Leclerc, auquel la commission est favorable, et qui lui paraît plus complet, était adopté, je retirerais celui-ci.

M. le président. – Amendement n°145, présenté par MM. Leclerc, Barbier, J. Blanc et Dériot, Mme Hermange et MM. Laménie et Vasselle.

Après le 8° de cet article, insérer un alinéa ainsi rédigé :

9° Disposer que les laboratoires de biologie médicale privés doivent être exploités en nom propre ou sous la forme d'organismes à but non lucratif, de sociétés civiles professionnelles régies par la loi n°66-879 du 29 novembre 1966 relative aux sociétés civiles professionnelles ou de sociétés d'exercice libéral régies par la loi n°90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé et aux sociétés de participations financières de professions libérales, ou de sociétés coopératives régies par la loi n°47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération. Les sociétés anonymes et les sociétés à responsabilité limitée qui, à la date de publication de la présente loi, exploitent un laboratoire de biologie médicale dans les conditions fixées à l'article L. 6212-4 du code de la santé publique devront, dans le délai d'un an suivant la publication de la loi ratifiant l'ordonnance prévue au présent article, transférer cette exploitation à une société ou à un organisme relevant de l'une des catégories mentionnées au présent alinéa.

M. Dominique Leclerc. – Il s'agit là encore des structures juridiques autorisées pour l'exploitation d'un laboratoire.

Les sociétés de droit commun -sociétés anonymes ou SARL-, parce qu'elles ne sont pas susceptibles d'être inscrites à un ordre professionnel ni soumises aux devoirs déontologiques et aux éventuelles procédures disciplinaires correspondantes, ne le sont pas.

Aussi, dans un souci de cohérence, il convient que la biologie médicale ne puisse à l'avenir s'exercer en société que sous les deux formes autorisées -sociétés civiles professionnelles et sociétés d'exercice libéral- pour l'exercice d'une spécialité médicale, ou sous forme coopérative.

M. Alain Milon, rapporteur. – Favorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Cet amendement contraindra quelques petits laboratoires en SA ou SARL à adopter le fameux statut de SEL, issu de la loi du 31 décembre 1990, mais puisque la commission le préfère au sien, je vais émettre un avis favorable.

L'amendement n°145 est adopté.

L'amendement n°1272 est retiré.

M. le président. – Amendement n°146, présenté par MM. Leclerc, Barbier, J. Blanc et Dériot, Mme Hermange et MM. Laménie et Vasselle.

Après le 8° de cet article insérer un alinéa ainsi rédigé :

Les actions de préférence mentionnées à l'article L. 228-11 du code de commerce ne sont pas autorisées dans les sociétés exploitant des laboratoires de biologie médicale.

M. Dominique Leclerc. – L'objectif, ici encore, est d'éviter la financiarisation de la profession. Les actions de préférence peuvent conférer à leurs détenteurs des droits particuliers de toute nature, leur assurant au sein de la société une position prépondérante. On risque de voir des associés, personnes physiques ou morales, n'exerçant pas la profession ou l'exerçant en dehors de la société, se partager l'essentiel des dividendes, quelle que soit leur part dans le capital : ce serait contraire aux principes déontologiques applicables à une profession de santé.

De telles actions n'ont donc pas leur place dans des sociétés spécialement conçues pour permettre à des professionnels libéraux de santé l'exercice en commun, et en toute indépendance, de leur profession.

M. Alain Milon, rapporteur. – Précision intéressante mais qui est peut-être satisfaite. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je préférerais le retrait de cet amendement, qui priverait la profession d'une possibilité utile. Les actions préférentielles, qui donnent un droit de vote double de la participation au capital, doivent permettre à des biologistes de participer pleinement, sans être majoritaires dans le capital de la société, au fonctionnement du laboratoire. Ne souhaitons-nous pas garantir l'autorité des biologistes responsables sur l'activité des laboratoires ? J'ajoute que l'article L.228-11 du code de commerce concerne toutes les sociétés commerciales, quelle que soit leur activité : restreindre l'attribution d'actions préférentielles à certaines d'entre elles serait contraire au droit des sociétés.

L'amendement n°146 est retiré.

M. le président. – Amendement n°196, présenté par MM. Leclerc, Dériot, P. Blanc, Vasselle, Laménie et Barbier.

Après le neuvième alinéa de cet article (8°), insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Prendre les mesures prévues par le second alinéa de l'article 5-1 de la loi n°90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé concernant l'application des décrets en Conseil d'État.

M. Dominique Leclerc. – L'application de cet article dans le domaine médical a permis à certains fonds de pension étrangers et un groupe d'assurance de prendre possession de SEL de laboratoire. Il a également permis la constitution de chaînes de laboratoires ne visant qu'à maximiser leurs bénéfices au mépris du système de protection social et des règles déontologiques. Qui plus est, l'artifice utilisé est d'ores et déjà applicable à toutes les SEL médicales.

Il convient donc que le Gouvernement fasse appliquer la disposition qu'autorise le deuxième alinéa de l'article 5.1 de la loi du 31 décembre 1990, car son application dans le domaine de la santé en général et de la biologie en particulier est de nature à porter atteinte à l'exercice de ces professions, au respect de l'indépendance de ses membres ainsi qu'à leurs règles déontologiques propres.

M. Alain Milon, rapporteur. – Il s'agit de mesures réglementaires. Sagesse.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – En effet. A quoi j'ajouterai un argument d'opportunité. La Commission européenne, contrairement à ses engagements, puisque j'avais demandé et obtenu un moratoire à sa décision de traduire la France devant la Cour de justice, au motif que nous étions engagés dans une réforme de fond de la biologie médicale – et c'est bien pourquoi j'ai fait de ce texte le véhicule de cette réforme et ai demandé une habilitation – a décidé, en janvier, de traduire notre pays devant la Cour pour les restrictions que nous mettons à l'accès au capital des laboratoires, en particulier des SEL. Avant de prendre de nouvelles dispositions, il est nécessaire d'attendre que la Cour statue. D'autant que de telles mesures doivent être notifiées à la Commission : ne jouons pas la provocation alors que nous sommes en plein débat.

Il sera toujours temps de revenir sur le sujet par la voie réglementaire.

M. Gilbert Barbier. – Il sera peut-être trop tard...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Mais non !

L'amendement n°196 est retiré.

M. le président. – Amendement n°765, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Avant le dernier alinéa, insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Limiter le nombre de sites d'un laboratoire à cinq avec obligation pour chaque site d'avoir une activité technique réelle prouvée à l'exception de la simple urgence.

M. Bernard Cazeau. – Les laboratoires doivent rester à taille humaine pour être encore compatibles avec l'exercice libéral.

M. Alain Milon, rapporteur. – Défavorable : il est déjà précisé que chaque site doit avoir un biologiste responsable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – J'ajoute qu'il est déjà prévu que le laboratoire doit être sur un site déterminé avec une offre territoriale de soins. Votre amendement est donc satisfait.

L'amendement n°765 est retiré.

M. le président. – Amendement n°766, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Avant le dernier alinéa, insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Maintenir le principe des contrats de collaboration tel que défini à l'article L. 6211-5 du code de la santé de la santé publique.

M. Yves Daudigny. – Nous voulons garantir la liberté pour l'entreprise d'évoluer individuellement avec les contrats de collaboration.

M. Alain Milon, rapporteur. – Défavorable : les contrats de collaboration sont traités dans le projet d'ordonnance. La commission souhaite que Mme la ministre nous éclaire, même succinctement.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Dans la configuration actuelle, le contrat de collaboration présente de vraies failles. Certains sont des coquilles vides, d'autres de simples guichets de prélèvements. La mutualisation que je propose de rendre possible avec les contrats de coopération répond aussi à votre souci : tous les laboratoires devront exercer au moins une activité biologique de base.

Si l'on adoptait votre amendement, ce serait un voyage vers le passé, dont je ne veux certainement pas.

M. Dominique Leclerc. – J'ai une vision différente. Il me semble essentiel qu'un laboratoire exerce à un rythme assez soutenu pour pouvoir continuer à avoir des activités pointues et innovantes. Et, pour cela, je ne vois pas d'autres possibilités que la collaboration.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Vous avez mille fois raison. Ce que je ne veux pas, c'est de voir certains laboratoires n'être que des officines de prélèvement. C'est pourquoi je veux que tous fassent au moins de la biologie courante ; ce n'est pas les empêcher de faire aussi de la biologie innovante, ce qui suppose de la collaboration. Vous avez donc pleine satisfaction.

M. Yves Daudigny. – Je suis très sensible à votre argumentation, et aussi à celle de M. Leclerc. Où est la sagesse à laquelle s'en remettre ?

M. Dominique Leclerc. – Le problème n'est peut-être que sémantique... Entre « collaboration » et « coopération », quelle est la différence exacte ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – J'ai voulu enrichir la notion de mutualisation. Le nouveau nom, c'est pour éviter les dérives qu'on connaît et dont je ne veux plus, cette biologie de guichets. Je veux des laboratoires qui aient de vrais biologistes, en contact avec les médecins.

M. Yves Daudigny. – Je vous ai entendue.

L'amendement n°766 est retiré.

M. le président. – Amendement n°767, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Avant le dernier alinéa, insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Affirmer qu'un laboratoire de biologie médicale ne peut être autorisé à fonctionner que sous la direction et la responsabilité d'un médecin spécialiste en biologie médicale ou d'un pharmacien spécialiste en biologie médicale à l'exclusion de toute autre dénomination, ou le cas échéant d'un professionnel de santé européen ayant des diplômes équivalents.

M. Bernard Cazeau. – Il semble que Mme la Ministre se soit engagée là-dessus...

M. Alain Milon, rapporteur. – L'amendement est satisfait.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Même avis.

L'amendement n°767 est retiré.

M. le président. – Amendement n°768, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Avant le dernier alinéa, insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Prévoir que le nombre de sociétés exploitant un laboratoire de biologie médicale dans lesquelles une même personne physique ou morale peut détenir des participations directes ou indirectes est limité à deux.

M. Yves Daudigny. – La législation actuelle montre ses limites : des financiers peuvent prendre des participations de 25 % dans un nombre illimité de sociétés exploitant des laboratoires de biologie médicale.

M. Alain Milon, rapporteur. – Défavorable pour les raisons que nous avons dites depuis tout à l'heure.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Le projet de loi contient déjà un certain nombre de garde-fous. La limitation générale que vous proposez n'est pas proportionnée au but que vous recherchez alors que la limitation locale que je propose répond à vos attentes. Elle évite tout risque de fragilisation de l'offre dans un territoire donné.

M. Yves Daudigny. – Nous sommes sensibles à vos arguments, qui sont très forts.

L'amendement n°768 est retiré.

M. le président. – Amendement n°769, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Avant le dernier alinéa, insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Prévoir que, dans les laboratoires de biologie médicale comportant plusieurs sites, chaque site doit être dirigé par au moins un médecin biologiste ou un pharmacien biologiste associé exerçant à titre libéral.

M. Jean-Pierre Godefroy. – Nous voulons garantir le caractère libéral de l'exercice de la biologie médicale privée en évitant que des biologistes puissent posséder plusieurs sites avec des biologistes salariés à leur tête.

M. Alain Milon, rapporteur. – Satisfait.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Même avis.

L'amendement n°769 est retiré.

M. le président. – Amendement n°770, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Avant le dernier alinéa, insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Prévoir que, dans les sociétés exploitant un laboratoire de biologie médicale, plus de la moitié du capital et des droits de vote doit être détenue, directement ou indirectement, par des médecins biologistes ou pharmaciens biologistes exerçant au sein du laboratoire.

M. Jean-Luc Fichet. – La rédaction retenue ne suffit pas à atteindre le but recherché dans le cadre législatif actuel.

Le premier alinéa de l'article 5-1 de la loi du 31 décembre 1990 dispose que « par dérogation au premier alinéa de l'article 5, plus de la moitié du capital social des sociétés d'exercice libéral peut être détenu par des personnes physiques ou morales exerçant la profession constituant l'objet social ». Le deuxième alinéa du même article précise que « des décrets en Conseil d'État pourront prévoir, compte tenu des nécessités propres à chaque profession autre que les professions juridiques et judiciaires, que le premier alinéa ne s'applique pas lorsque cette dérogation serait de nature à porter atteinte à l'exercice de la profession concernée, au respect de l'indépendance de ses membres ou de ses règles déontologiques propres ». Mais ces décrets ne sont jamais parus. Certains investisseurs contournent la difficulté en prenant le contrôle d'un laboratoire dans un pays où la législation le permet, celui-ci prenant ensuite une participation majoritaire dans des sociétés d'exercice libéral exploitant un laboratoire de biologie médicale. Il faut mettre fin à de telles pratiques.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable. Une procédure est en cours devant les instances communautaires.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je salue le renoncement du groupe socialiste à ses démons libéralisateurs... (*Sourires*) L'argumentation développée sur l'amendement de M. Leclerc vaut ici. Une procédure est en cours devant les instances communautaires : ne me rendez pas la tâche encore plus difficile. Pas de provocation, je vous en prie.

M. Daniel Raoul. – Levez l'urgence, nous aurons tout le temps de voir venir !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – N'en rajoutez pas !

L'amendement n°770 n'est pas adopté.

L'article 20 est adopté.

Article 21

(Texte modifié par la commission)

I. - Dans les conditions prévues par l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance, dans un délai de cinq mois à compter de la date de publication de la présente loi, les dispositions relevant du domaine de la loi nécessaires pour compléter la transposition de la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, ainsi que les mesures d'adaptation de la législation liées à cette transposition, en veillant notamment, en concertation avec les professionnels, à justifier très précisément toute levée des options en matière de libre prestation de service.

II. - Dans les conditions prévues par l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance, dans un délai de dix mois à compter de la publication de la présente loi, les dispositions nécessaires à la transposition de la directive 2007/47/CE du Parlement et du Conseil, du 5 septembre 2007, modifiant la directive 90/385/CEE du Conseil concernant le rapprochement des législations des États membres relatives aux dispositifs médicaux implantables actifs, la directive 93/42/CEE du Conseil relative aux dispositifs médicaux et la directive 98/8/CE concernant la mise sur le marché des produits biocides, ainsi que les mesures d'adaptation de la législation liées à cette transposition.

III. - Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de chacune des ordonnances prévues au présent article.

M. le président. – Amendement n°511, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Supprimer cet article.

M. Guy Fischer. – Nous sommes opposés aux ordonnances, qui nient le rôle du Parlement, même s'il s'agit d'adaptations au droit communautaire.

M. Alain Milon, rapporteur. – J'ai moi-même proposé la suppression de certaines habilitations. Mais il s'agit ici de deux directives techniques et complexes, pour la transposition desquelles le recours aux ordonnances paraît justifié. Avis défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – La procédure est classique, s'agissant de directives très techniques. M. Jospin, en son temps, transposait ainsi les directives par paquets de cinquante... Nous en sommes encore fort loin.

L'amendement n°511 n'est pas adopté.

L'amendement n°28 rectifié n'est pas soutenu.

M. le président. – Amendement n°148, présenté par MM. Leclerc, Barbier, J. Blanc et Dériot, Mme Hermange et MM. Laménie et Vasselle.

Compléter le I de cet article par les mots :

compléter le dispositif de reconnaissance de qualification des cycles d'études médicales et instituer un dispositif similaire pour la reconnaissance de la qualification de pharmacien biologiste

M. Dominique Leclerc. – Texte même.

M. Alain Milon, rapporteur. – Le Conseil constitutionnel a jugé, dans sa décision du 20 janvier 2004, qu'il résultait de l'article 38 de la Constitution que seul le Gouvernement pouvait demander au Parlement l'autorisation de prendre une ordonnance. Avis défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Il n'existe pas au niveau européen de spécialité de pharmacien biologiste : il n'est donc pas possible d'inclure votre proposition dans l'ordonnance de transposition. Mais il est légitime que l'ordre des pharmaciens puisse faire pour les pharmaciens biologistes ce que celui des médecins fait pour les médecins biologistes. Cette disposition sera incluse dans l'ordonnance réformant la biologie médicale, dont le projet vous sera soumis.

M. Dominique Leclerc. – J'attends cette ordonnance avec impatience.

L'amendement n°148 est retiré.

M. le président. – Amendement n°892, présenté par M. Dériot.

Compléter le I de cet article par les mots :

et adapter les dispositions des articles L. 4113-1, L. 4113-1-1 et L. 4113-1-2 à la profession de pharmacien ainsi qu'aux autres professions de santé.

M. Gérard Dériot. – Cet amendement étend le dispositif des articles L. 4113-1, L. 4113-1-1 et L. 4113-1-2 aux autres professions de santé, et notamment à la profession de pharmacien, dispositif qui garantit aux usagers les qualifications des professionnels et rend plus efficace le contrôle des diplômes, titres et niveaux de formation.

M. le président. – Amendement n°1370, présenté par le Gouvernement.

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

... - Dans les conditions prévues par l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance, dans un délai de cinq mois à compter de la date de publication de la présente loi, les dispositions relevant du domaine de la loi nécessaires pour adapter les dispositions des articles L. 4113-1, L. 4113-1-1 et L. 4113-1-2 du code de la santé publique à la profession de pharmacien ainsi qu'aux autres professions de santé.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je suggère à M. Dériot de retirer son amendement au profit de celui-ci, qui lui donne entière satisfaction.

L'amendement n°892 est retiré.

M. Alain Milon, rapporteur. – L'amendement du Gouvernement est en cohérence avec l'amendement n°666, auquel la commission donnera un avis favorable. Il s'agit de mesures positives d'adaptation qui ont leur place dans l'habilitation.

L'amendement n°1370 est adopté.

L'article 21, modifié, est adopté.

Les articles 21 bis, 21 ter, 21 quater et 21 quinques sont adoptés.

Article 21 sexies

(Texte non modifié)

I. - Le livre III de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° A son intitulé, après le mot : « sanitaires », il est inséré le mot : « , télémédecine » ;

2° A l'intitulé du titre I^{er}, après le mot : « soins », il est inséré le mot : « , télémédecine ».

II. - Après l'article L. 6315-1 du même code, il est inséré un chapitre VI ainsi rédigé :

« CHAPITRE VI

« **Télémédecine**

« Art. L. 6316-1. - La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

« Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

« La définition des actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière sont fixées par décret. »

III. - Les articles 32 et 33 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie sont abrogés.

M. le président. – Amendement n°636 rectifié, présenté par M. Barbier, Mme Escoffier et MM. Marsin, Mézard, Milhau, de Montesquiou et Vall.

Compléter le dernier alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6316-1 du code de la santé publique par les mots :

par analogie, le cas échéant, aux actes existants

M. Gilbert Barbier. – Nous voulons tous développer la télémédecine mais la cotation de tels actes prend du temps. Il serait donc préférable de prévoir l'équivalence de divers actes pour parvenir à une application immédiate d'un certain nombre de pratiques. Notre collègue Etienne souhaite que l'on avance rapidement en ce domaine.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cet article prévoit que la définition des actes de télémédecine est fixée par décret, le but étant de permettre un développement rapide de cette pratique médicale sur tout le territoire. Je demande donc le retrait.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – M. Barbier a bien fait de souligner les enjeux considérables de la télémédecine qui a besoin d'un cadre réglementaire, financier et technique suffisamment précis, mais aussi suffisamment souple, pour s'imposer.

Cet article prévoit une définition réglementaire des quatre grands types d'actes qui couvrent la pratique de la télémédecine. Le financement des actes dépendra des professionnels qui les réalisent. Ces actes feront l'objet de déclinaisons plus précises qui pourront s'intégrer à la classification commune des actes médicaux. Ce niveau de définition relève du règlement. Je souhaite donc le retrait.

M. Gilbert Barbier. – Je crains que nous n'attendions plusieurs mois, voire quelques années, les décrets d'application. Nous accumulons un retard considérable et c'est pour cette raison que je proposais cette équivalence.

L'amendement n°636 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°263 rectifié bis, présenté par M. Laufoaulu, Mme Hermange et M. B. Fournier.

Compléter le dernier alinéa du texte proposé par le II de cet article pour l'article L. 6316-1 du code de la santé publique par les mots :

, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique.

Il n'est pas défendu.

M. Nicolas About, président de la commission. – Je le reprends.

M. le président. – Il s'agit donc de l'amendement n°263 rectifié ter.

M. Nicolas About, président de la commission. – Le développement de la télémédecine outre-mer permettrait d'éviter de nombreuses évacuations sanitaires. Cet article doit donc prendre en compte les spécificités de l'insularité.

M. Alain Milon, rapporteur. – Sagesse plutôt favorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. –
Sagesse.

L'amendement n°263 rectifié ter est adopté.

L'article 21 sexies, modifié, est adopté.

Article 21 septies

(Texte non modifié)

Après l'article L. 143-9 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 143-10 ainsi rédigé :

« Art. L. 143-10. - Pour les contestations mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 143-1, le praticien-conseil du contrôle médical du régime de sécurité sociale concerné transmet, sans que puissent lui être opposées les dispositions de l'article 226-13 du code pénal, à l'attention du médecin expert ou du médecin consultant désigné par la juridiction compétente, l'entier rapport médical ayant contribué à la fixation du taux d'incapacité de travail permanente. A la demande de l'employeur, ce rapport est notifié au médecin qu'il mandate à cet effet. La victime de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle est informée de cette notification.

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

M. le président. – Amendement n°512, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Supprimer cet article.

M. Guy Fischer. – Cet article, introduit par l'Assemblée nationale, autorise, en cas de contestation d'une décision relative à la fixation du taux d'incapacité d'une victime, la transmission du rapport médical à un médecin placé auprès de la juridiction saisie.

Cette disposition avait déjà fait l'objet d'un débat au Sénat et à l'Assemblée dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. Le Conseil constitutionnel a considéré que cette disposition constituait un cavalier social et qu'elle trouverait mieux sa place dans une autre loi. Naturellement, les députés UMP se sont empressés de la présenter à l'occasion de ce projet de loi. Ils ont de la suite dans les idées !

Nous sommes pourtant dubitatifs : en quoi cette mesure améliore-t-elle l'accès de tous à la santé ? En rien. Là encore, il s'agit d'un cavalier législatif. En outre, et c'est bien plus grave, cet article rend opposable le taux d'incapacité établi par le médecin de la sécurité sociale qui permet de fixer le montant de l'indemnité due au salarié. Ce raisonnement serait recevable si le médecin en question était missionné par le salarié. Mais tel n'est pas le cas. Le médecin qui établit le taux d'incapacité, c'est le praticien-conseil de la sécurité sociale, que l'on ne peut soupçonner de représenter ou de défendre abusivement le salarié : sa mission est claire et son indépendance incontestable. Nous pourrions accepter que le dossier médical du salarié soit transmis au médecin-expert ou au médecin

placé auprès du tribunal, parce qu'ils sont indépendants et neutres. Mais ici, vous entendez transmettre le dossier médical du patient ayant servi à fixer le taux d'incapacité à un médecin missionné par l'employeur. Ce faisant, vous rompez avec le principe du secret médical. Vous passez d'un secret partagé à un secret divulgué, et cela jouera nécessairement contre le patient.

Aujourd'hui, vous permettez la transmission totale des dossiers. Demain, transférerez-vous les missions du médecin-conseil de la sécurité sociale vers le médecin missionné par l'employeur ?

L'indépendance et les compétences des médecins-conseils de la sécurité sociale et des médecins-experts du tribunal ne doivent pas pouvoir être contestées par l'employeur.

M. Alain Milon, rapporteur. – Les députés UMP ont de la suite dans les idées ? Les sénateurs du groupe CRC-SPG aussi !

M. François Autain. – Très juste !

M. Alain Milon, rapporteur. – Lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, le Sénat avait accepté cet article : les informations médicales relatives à la victime ne seront communiquées qu'à des médecins, mais la procédure contradictoire se déroulera normalement devant les tribunaux. Il s'agit d'une conciliation intelligente de deux principes essentiels. Le Conseil constitutionnel avait censuré cette disposition qui ne trouvait pas sa place dans la loi de financement. Nous estimons avoir trouvé le bon véhicule législatif aujourd'hui et c'est pourquoi nous sommes défavorables à cet amendement.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. –
Même argumentation et même avis défavorable.

L'amendement n°512 n'est pas adopté.

L'article 21 septies est adopté.

L'article 21 octies est adopté.

Article 21 nonies

.....Supprimé par la commission.....

M. le président. – Amendement n°147, présenté par MM. Leclerc, Barbier, J. Blanc et Dériot, Mme Hermange et MM. Laménie et Vasselle.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

L'article L. 4211-2-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après le mot : « infectieux », est inséré le mot : « perforants » ;

2° Le deuxième alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Un décret pris après avis de l'Autorité de la concurrence précise les conditions de l'élimination, au

sens de l'article L. 541-2 du code de l'environnement, des déchets mentionnés à l'alinéa précédent, notamment les conditions de financement de celle-ci par les personnes qui mettent sur le marché des médicaments, dispositifs médicaux et dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* destinés aux patients en auto-traitement et conduisant à la production de ces déchets.

« Ce décret fixe également les sanctions en cas de non-respect de l'obligation visée au premier alinéa. »

M. Dominique Leclerc. – Avec cet amendement, je voulais évoquer la collecte et l'évacuation de tous les déchets d'activité de soins à risque infectieux. A la réflexion, il est préférable que l'ensemble des professionnels de santé soit soumis à certaines obligations qui relèvent plus du décret que de la loi. La commission avait donc supprimé avec beaucoup de sagesse cet article.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cet amendement vise à rétablir la rédaction de l'Assemblée nationale qui limitait aux déchets perforants la collecte gratuite par les pharmacies et les laboratoires des déchets d'activité de soins à risque infectieux. Cette collecte, introduite au Sénat lors de la discussion de la loi de finances pour 2009, répond à un objectif essentiel de santé publique puisqu'elle permet d'éviter la manipulation de déchets infectieux par des personnels qui n'en ont pas la qualification. Elle ne s'appliquera qu'en janvier 2010 et nécessitera l'adoption de décrets d'application. Or le Grenelle II contient plusieurs articles relatifs aux déchets et l'un d'eux propose une rédaction proche de celle qui nous est aujourd'hui soumise. Ce texte me semble mieux adapté que celui que nous examinons. En outre, le dispositif ne s'appliquera pas avant le 1^{er} janvier prochain. Il sera toujours temps de prévoir un tel dispositif si le Grenelle II prenait du retard.

Je demande donc le retrait.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Avis favorable.

M. Guy Fischer. – Et voilà !

M. Dominique Leclerc. – Un décret serait plus adapté.

Il est important que les obligations définies par le règlement s'appliquent à l'ensemble des professionnels dans le respect des patients et du personnel.

L'amendement n°147 est retiré.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – J'ai le sentiment que mon avis favorable vous a ennuyé...*(Sourires)*

Articles additionnels avant l'article 14 (précédemment réservés)

M. le président. – Amendement n°696, présenté par M. Cazeau et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Avant l'article 14, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Compléter le premier alinéa de l'article L. 6122-5 du code de la santé publique par une phrase ainsi rédigée :

« Les praticiens libéraux utilisant des équipements ainsi soumis à autorisation doivent s'engager à réaliser 70 % de leur activité en secteur conventionné de niveau 1. »

M. Bernard Cazeau. – Les déremboursements, la chute de la démographie médicale remettent en question l'utilisation des équipements soumis à autorisation par des praticiens libéraux. Les dépassements d'honoraires atteignent 2 milliards, dont les deux tiers sont supportés par les ménages. Si 39 % des Français ont déjà retardé ou renoncé à des soins pour des raisons financières, 10 % des radiologues gagnent 270 000 euros contre 77 000 pour les moins bien rémunérés. Et cela est dû aux dépassements d'honoraires qui représentent 31 % des honoraires en chirurgie et 43 % en stomatologie. Il semble donc justifié d'exiger l'engagement qu'une proportion significative des actes des praticiens utilisant des installations bénéficiant d'une autorisation publique soit effectuée dans le cadre du secteur opposable de la sécurité sociale. Les procédures d'évaluation des équipements lourds visent à assurer une réelle accessibilité aux soins et ces équipements sont financés grâce à l'accord des pouvoirs publics.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cela dissuaderait l'installation de tels équipements, souvent financés par ces praticiens sur leurs fonds propres. Avis défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Défavorable.

L'amendement n°696 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°356 rectifié, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Avant l'article 14, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le quatrième alinéa de l'article L. 6122-9 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Dans le mois qui précède le début de chaque période, le directeur de l'agence régionale de santé publie un bilan quantifié de l'offre de soins faisant apparaître les territoires de santé dans lesquels cette offre est insuffisante au regard du schéma d'organisation sanitaire, accompagné des critères de sélection des projets soumis à autorisation. Les demandes tendant à obtenir une autorisation de création d'une activité de soins ou d'un équipement matériel lourd au sens de l'article

M. Jacky Le Menn. – L'amendement garantit l'équité de l'examen des demandes d'autorisations sanitaires concurrentes. L'Agence régionale de l'hospitalisation a compétence liée quand l'article

R 6122-34 du code de la santé publique dresse la liste exhaustive des motifs de rejet, mais les articles L 6122-2 et L 6122-5 lui confèrent un pouvoir discrétionnaire en cas de demandes d'autorisation concurrentes et en nombre supérieur à ce que permet le schéma régional d'organisation sanitaire. Certes, cela ne peut conduire à l'arbitraire et le juge administratif a rappelé le principe d'égalité dans l'appréciation des mérites respectifs des demandes. Mais sur quels critères ? D'où notre amendement.

M. le président. – Amendement identique n°461, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

M. François Autain. – Je n'ai rien à ajouter.

M. Alain Milon, rapporteur. – Les schémas régionaux ne sont pas opposables : avis défavorable à ces amendements contraires à la liberté d'installation.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Le droit des autorisations sanitaires n'est pas celui des appels d'offre même s'il faut garantir la transparence dans les deux cas. Les demandes font l'objet d'un examen comparatif, conformément au schéma régional. Si les projets sont équivalents, on apprécie le niveau d'équipement des établissements, leurs équipes... Il ne faut pas figer les choses. Les conditions sont déjà encadrées, ne réduisons pas la marge de l'ARS. Celle-ci peut récuser toutes les demandes si aucun projet ne répond aux besoins de manière efficace. Les décisions de rejet sont motivées et peuvent être soumises au juge. Pas de contrôle normatif, donc, mais une protection contre l'arbitraire. Avis défavorable.

Les amendements identiques n°356 rectifié et 461 ne sont pas adoptés.

M. le président. – Amendement n°697, présenté par M. Cazeau et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Avant l'article 14, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. - Toute personne a droit, en quelque lieu qu'elle réside sur le territoire national, à des soins de qualité.

II. - L'organisation d'une offre de soins de qualité sur l'ensemble du territoire, condition de la garantie de ce droit, relève de la responsabilité des administrations compétentes de l'État.

III. - Sans préjudice des dispositions prévues au titre IV de la présente loi, les documents de planification sanitaire prévoient des mesures particulières en matière d'accessibilité aux structures de soins, appréciée notamment en termes de temps de parcours, adaptées à la réalité géographique et climatique des territoires de montagne.

IV. - Les modalités d'application du III sont précisées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'aménagement du territoire.

M. Yves Daudigny. – La réglementation de l'offre de soins doit s'adapter aux spécificités géographiques et climatiques des territoires. Jamais il n'y a eu autant de médecins, et jamais il n'y a eu autant de difficultés d'en trouver dans les zones de montagne. Les élus du Puy-de-Dôme, des Pyrénées-Atlantiques ou des Hautes-Alpes le disent, les étudiants en médecine ne semblent pas intéressés par une installation dans ces départements. Un timide dispositif a bien été mis en place depuis 2005, mais cette première ébauche, quoique positive, reste insuffisante. L'offre de soins est aussi une exigence d'aménagement du territoire. C'est pourquoi notre amendement satisfait à l'article 55 de la loi du 9 janvier 1985. Vous avez dit à l'Assemblée nationale qu'il procédait du même esprit que votre projet. Y serez-vous favorable ?

M. Alain Milon, rapporteur. – Un amendement identique a déjà été retiré. Le I et le II sont déclaratifs et la mention de la responsabilité des administrations compétentes de l'État n'est pas opportune, qui laisse supposer un engagement de la responsabilité de l'État. Le III est déjà satisfait par les critères énoncés à l'article 14 : avis défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Nous avons déjà rencontré des amendements semblables, et le Sénat les a tous rejetés. Avis défavorable.

L'amendement n°697 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°473 rectifié, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG

Avant l'article 14, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement dépose sur le Bureau de l'une des assemblées, au plus tard le 30 octobre 2009, un rapport sur les conséquences - et terme de renoncement aux soins - de l'application de l'article 52 de la loi de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 instaurant les franchises médicales.

M. François Autain. – Le groupe CRC-SPG s'oppose aux franchises médicales.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Il est toujours opposé à la franchise...

M. François Autain. – Cet impôt injuste sur la maladie repose non sur les facultés contributives de nos concitoyens, mais sur leur état de santé.

Nous avons donc déposé une proposition de loi destinée à abroger cette entrave inégalitaire dans l'accès aux soins, fondée sur la richesse des patients.

L'Insee a publié en octobre 2007 une étude montrant que 8 % de nos concitoyens les plus pauvres se déclarent en très mauvaise santé, contre 4 % des plus aisés. On apprend également que 21 % des personnes disposant de bas revenus et ayant moins

de 50 ans n'ont pas consulté de médecin généraliste pendant l'année précédente, contre 17 % pour le reste de la population du même âge.

Lorsqu'il a censuré, le 6 mai, l'article 2 du décret du 26 décembre 2007 relatif à l'application de la franchise médicale, le Conseil d'État a souligné dans un considérant que les franchises pouvaient « compromettre le droit à la santé des personnes ». Cet élément nouveau me conduit à demander que le Gouvernement remette au Parlement un rapport portant non sur l'application des franchises médicales -ce document existe déjà- mais sur leurs incidences pour le renoncement aux soins par les personnes défavorisées.

M. le président. – Amendement n°698, présenté par M. Cazeau et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Avant l'article 14, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Un rapport sur l'évaluation de l'application de l'article 52 de la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 est présenté au Parlement avant le 30 septembre 2009.

M. Jacky Le Menn. – Malgré leur plafonnement, les franchises médicales tournent au casse-tête pour nos concitoyens défavorisés. Nos concitoyens ne s'y trompent pas et réalisent leur effet délétère sur la protection sociale.

Tous les rapports sérieux ont montré que le ticket modérateur et autres forfaits hospitalier ont rationné les plus pauvres, sans maîtriser la dépense globale.

La dernière enquête réalisée par l'Insee en 2002-2003 auprès de 40 000 personnes confirme amplement l'inégalité dans l'accès aux soins au détriment des ménages les plus pauvres, ainsi que M. Autain vient de le rappeler. J'ajoute qu'ils ne consultent que lorsque la pathologie est devenue très grave.

Ne pouvant demander la suppression de ce système injuste, nous en sommes réduits à demander un rapport sur leurs conséquences pour l'accès aux soins de nos concitoyens défavorisés.

M. Alain Milon, rapporteur. – La commission est défavorable à ces amendements, qui relèvent plus du PLFSS que du HPST.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Ils sont satisfaits, puisque le rapport annuel mentionné par M. Autain décrit aussi l'incidence sur l'accès aux soins.

A ce sujet, le premier rapport a mis en évidence que la consommation médicale avait évolué à un rythme inchangé dans toutes ses composantes, les mécanismes protecteurs, comme l'écrêtement des franchises, ayant bien fonctionné. Ces conclusions ne vous conviennent peut-être pas...

Les renseignements que vous souhaitez continueront à figurer dans les rapports annuels.

M. François Autain. – Compte tenu de ces informations très positives, pourquoi ne pas poursuivre dans cette voie et multiplier les franchises ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – C'est ce que vous préconisez ? Gagnez les élections et appliquez cette politique !

M. François Autain. – Je pose une question : vous avez l'air tellement satisfaite !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je me suis bornée à un rappel factuel.

M. François Autain. – Ce n'est pas ce que nous constatons sur le terrain.

L'amendement n°473 rectifié n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°698.

M. le président. – Amendement n°699, présenté par M. Cazeau et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Avant l'article 14, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Un rapport sur les conditions d'attribution de la couverture maladie complémentaire aux personnes résidant en France est présenté au Parlement avant le 31 décembre 2009.

M. Bernard Cazeau. – Cet amendement vise à demander une étude sur l'accès à la couverture maladie complémentaire. Alors que cette dernière est de plus en plus déterminante pour l'accès effectif aux soins, rien n'est prévu dans ce projet de loi.

L'enquête récente d'Ipsos réalisé pour le Secours populaire dresse un tableau édifiant de la réalité vécue par nos concitoyens.

Alors que notre système de soins est l'un des plus performants au monde, la CMU ne suffit pas, puisque 38 % de nos concitoyens ont renoncé ou annulé la pose de prothèses dentaires, 40 % ayant retardé ou annulé l'achat de lunettes ou de lentilles. Il n'est pas étonnant que 22 % des pauvres aient une santé insatisfaisante, contre 3 % des personnes vivant dans des foyers dont le revenu excède 3 000 euros par mois.

Le plafond permettant d'accéder à la CMU complémentaire est fixé à 621 euros mensuels pour une personne seule, le montant atteignant 731 euros par mois pour la CMU de base, alors que le seuil de pauvreté correspond à 880 euros mensuels pour une personne seule. *Quid* des personnes percevant 731 à 880 euros ? Elles sont officiellement pauvres pour l'État, mais pas assez pour la sécurité sociale !

La cohésion sociale et la santé publique conduisent à porter ces plafonds au seuil de pauvreté.

M. Alain Milon, rapporteur. – L'article 18 *quater* étend le dispositif de la complémentaire santé.

Pour le reste, le rapport demandé ferait double emploi avec celui, très complet, publié chaque année par le Fonds CMU.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Un *must* du débat parlementaire consiste à demander un rapport...

La loi du 13 août 2004 impose déjà un rapport sur l'accès à la complémentaire santé. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a ajouté les comptes des organismes de complémentaire santé, les prestations servies par ces organismes et les contributions qu'ils versent. Toutes ces informations sont communiquées au Parlement. La CMU complémentaire et l'aide à l'acquisition de la complémentaire santé sont également visées. En ce domaine, vous êtes inondés de rapports et de documents, qu'il est inutile de multiplier.

Le rapporteur vient de rappeler excellemment que le projet de loi améliore l'aide à l'acquisition de la complémentaire santé, grâce à un amendement de M. Méhaignerie, dont j'ai levé le gage. Grâce à cette réévaluation extrêmement substantielle, l'aide passera de 200 à 350 euros pour les personnes ayant 50 à 59 ans, est de 400 à 500 euros au-delà de 60 ans.

L'amendement n°699 n'est pas adopté.

Articles additionnels après l'article 14 (précédemment réservés)

M. le président. – Amendement n°240 rectifié, présenté par MM. Vasselle, Paul Blanc et Gilles.

Après l'article 14, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Les parties conventionnelles doivent conclure un avenant à la convention mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, portant sur la valorisation de la médecine générale, avant le 31 décembre 2009. Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-14-1-1, les mesures prévues par cet avenant s'appliquent dès l'approbation prévue au deuxième alinéa de l'article L. 162-15 par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

A défaut d'un tel accord, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe le montant de la valorisation.

M. Alain Vasselle. – Je reviens aux négociations conventionnelles des médecins généralistes.

En 2007, un avenant à la convention médicale prévoyait de mieux valoriser la médecine générale, par référence aux autres spécialités médicales. Cette valorisation est prévue par la LFSS pour 2009 et comprise dans l'Ondam 2009.

Dans le contexte de la reconnaissance de la médecine générale comme spécialité médicale et

comme médecine de premier recours par le titre II du projet de loi, cet engagement des parties conventionnelles doit être mis en œuvre dans les meilleurs délais.

Notre amendement agirait comme une épée dans les reins des négociateurs.

J'ai noté que la reconnaissance de la médecine générale comme une spécialité ne se traduirait pas par un droit de tirage analogue à celui des spécialistes. En outre, cette reconnaissance doit faire l'objet de contreparties à fixer par la négociation.

Ces négociations traînent. Mme la ministre, qui entretient des relations étroites avec les syndicats de médecins et le directeur de la Cnam, pourrait-elle nous éclairer sur les raisons de ce blocage ?

Mais peut-être le Gouvernement souhaite-t-il que ces négociations n'aboutissent pas trop vite, car l'absence d'accord atténue le déficit de l'assurance maladie, déjà fortement creusé par la crise financière. Quoi qu'il en soit, ces raisons purement comptables doivent être écartées.

M. Alain Milon, rapporteur. – Si cet amendement était adopté, il déséquilibrerait les comptes sociaux. En outre, nous privilégions la voie conventionnelle. Retrait, sinon rejet.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Il ne s'agit pas d'un problème d'équilibre comptable : l'augmentation du tarif de la consultation à 23 euros a d'ores et déjà été décidée et prise en compte dans la loi de financement de la sécurité sociale, mais j'ai demandé des contreparties : étant donné la crise du pouvoir d'achat, les Français ne comprendraient pas l'absence de contreparties portant notamment sur les dépassements d'honoraires et la démographie médicale.

En outre, M. Vasselle me demande à cette heure tardive de dresser l'acte de décès de la vie conventionnelle dans ce pays et de reprendre la main sur la réforme : c'est pour le moins délicat !

M. François Autain. – Vous avez déjà repris la main !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Mais j'en suis sûre, ce n'est qu'une amicale provocation de sa part... Retrait, sinon rejet.

M. Alain Vasselle. – Je retire l'amendement, mais il me semblait utile d'alerter la représentation nationale et le Gouvernement sur le blocage actuel des négociations. Le Gouvernement ne peut éternellement s'abriter derrière le principe conventionnel ! Toutefois, je ne souhaite nullement que le ministère reprenne la main sur la réforme : cela contredirait les amendements que j'ai défendus tendant à confier prioritairement à la Cnam la responsabilité de la gestion des risques.

L'amendement n°240 rectifié est retiré.

L'amendement n°264 rectifié n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement n°466, présenté par M. Autain et les membres du groupe CRC-SPG.

Après l'article 14, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Les diplômés de médecine générale doivent exercer au moins cinq ans la médecine générale de premier recours à l'issue de leurs études.

M. François Autain. – Il est dommage que M. Vasselle retire systématiquement des amendements qui enrichissent le débat.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Ils enrichiraient surtout les médecins...

M. François Autain. – La vie conventionnelle est déjà moribonde, et vous ne faites rien, madame la ministre, pour la ranimer. La proposition de M. Vasselle concernait des médecins qui, pour la plupart d'entre eux, ne pratiquent pas de dépassements d'honoraires. Pour toute récompense, ils se voient refuser une augmentation du tarif conventionnel.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Ils ne sont pas malheureux.

M. François Autain. – C'est un encouragement à pratiquer les dépassements d'honoraires. Toute votre politique y conduit, et les médecins l'ont bien compris puisqu'ils sont de plus en plus nombreux à y recourir sans qu'aucune sanction ne soit prise.

Notre amendement tend à imposer aux diplômés de médecine générale d'exercer au moins cinq ans la médecine générale de premier recours à l'issue de leurs études. Seuls 30 % des étudiants qui préparent ce diplôme se destinent réellement à la médecine générale, tandis que 60 % d'entre eux sont des internes souhaitant valider un diplôme d'études spécialisées complémentaires mais qui s'engagent vers d'autres spécialités ou des étudiants qui ne souhaitent pas exercer la médecine mais ajouter une ligne à leur *curriculum vitae* pour se faire recruter, après des études plus courtes que dans les autres disciplines, par la presse médicale, un laboratoire pharmaceutique, l'assurance maladie ou une collectivité locale.

Étant donné les problèmes actuels de démographie médicale et l'urgence de promouvoir la médecine générale, nous souhaitons revaloriser certains actes cliniques que ces médecins pratiquent -ce sera l'objet d'un autre amendement- mais aussi obliger les titulaires du diplôme à exercer réellement cette profession.

M. Alain Milon, rapporteur. – Nous avons tout entendu au cours de ces quelques semaines : les études de médecine coûteraient trop cher -200 000 euros par étudiant-, il faudrait obliger les jeunes médecins à exercer pendant trois ans dans une

zone sous-médicalisée, enfin il faudrait contraindre les titulaires du diplôme de médecine générale à exercer la médecine générale de premier recours pendant au moins cinq ans. Avis défavorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – M. Autain et moi-même nous sommes déjà longuement expliqués sur ce point. Il ne sera pas étonné que j'émette un avis défavorable.

L'amendement n°466 n'est pas adopté.

Prochaine séance aujourd'hui, jeudi 4 juin 2009, à 9 h 30.

La séance est levée à minuit vingt-cinq.

Le Directeur du service du compte rendu analytique :

René-André Fabre

ORDRE DU JOUR

du jeudi 4 juin 2009

Séance publique

A 9 HEURES 30 ET A 15 HEURES,

Proposition de loi visant à créer une contribution exceptionnelle de solidarité des entreprises ayant réalisé des bénéfiques records, présentée par MM. François Rebsamen et Jean-Pierre Bel et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés (n° 363, 2008-2009).

Rapport de M. Jean Arthuis, fait au nom de commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation (n° 437, 2008-2009).

Question orale européenne avec débat n° 4 de M. Richard Yung à M. le Premier ministre sur l'avenir de la politique sociale européenne.

M. Richard Yung interroge M. le Premier ministre sur l'avenir de la politique sociale européenne. Il lui rappelle que depuis quelques années l'intégration européenne en matière sociale est en panne et que la méthode ouverte de coordination n'a pas permis de la relancer. Le manque de volonté de la Commission européenne, soutenue par les États membres, de légiférer a laissé dans de nombreux domaines le champ libre à la Cour de justice des communautés européennes. Dans trois arrêts consécutifs en 2007 et 2008, celle-ci a ainsi donné une interprétation très étroite des possibilités de déroger à la libre prestation de services remettant en cause le droit fondamental à l'action collective, dont le droit de grève.

Il déplore le fait que la France, lors de sa présidence du Conseil de l'Union européenne, n'ait pas fait de la relance de l'Europe sociale l'une de ses priorités. Le Gouvernement n'a pas su saisir cette formidable occasion pour prendre des initiatives ambitieuses dans les domaines des services publics, des salaires, du droit de grève, de la négociation collective, etc... La France s'est au contraire alignée sur la position des États les plus libéraux en rendant caduque la limite du temps de travail. Il regrette aussi le fait que le programme de la présidence tchèque en matière sociale se réduise à la libre circulation des travailleurs et à la flexibilité du marché de l'emploi.

Ce désintérêt est d'autant plus critiquable et dommageable que la crise économique et sociale qui sévit actuellement en Europe plonge les citoyens dans un sentiment d'insécurité sociale. Les Européens, en particulier ceux qui subissent de plein fouet la montée du chômage (4,5 millions d'Européens devraient perdre leur emploi en 2009) et qui basculent dans la précarité, sont demandeurs d'une Europe sociale.

La gravité de la crise économique et sociale prouve l'impérieuse nécessité d'investir dans l'Europe sociale afin de protéger les citoyens. Comme l'a rappelé le Conseil européen des 19 et 20 mars dernier auquel participait le chef de l'État, « pour rétablir et renforcer la confiance et contribuer à préparer la relance, il est essentiel de s'appuyer sur la solidarité et de permettre aux systèmes de protection sociale de jouer pleinement leur rôle de stabilisateurs automatiques ».

Alors qu'une nouvelle ère politique et institutionnelle est sur le point de s'ouvrir (élection du Parlement européen, renouvellement de la Commission européenne, fin du processus de ratification du traité de Lisbonne et, dans le domaine social, nouvelle stratégie de Lisbonne post-2010), il lui demande quelles sont les propositions du Gouvernement pour donner un nouvel élan à la construction d'une Europe sociale.

Proposition de loi pour le développement des sociétés publiques locales, présentée par M. Daniel Raoul et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés (n° 253, 2008-2009).

Rapport de M. Jacques Mézard, fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale (n° 430, 2008-2009).

A 21 HEURES

Suite du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (n° 290, 2008-2009).

Rapport de M. Alain Milon, fait au nom de la commission des affaires sociales (n° 380, 2008-2009).

Texte de la commission (n° 381, 2008-2009).

DÉPÔTS

La Présidence a reçu de :

- M. le Premier ministre un projet de loi autorisant l'approbation de l'avenant à la convention entre la France et la Belgique tendant à éviter les doubles impositions et à établir des règles d'assistance administrative et juridique réciproque en matière d'impôts sur les revenus.

- M. le Premier ministre un projet de loi autorisant l'approbation de l'avenant à la convention entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement des États-Unis d'Amérique en vue d'éviter les doubles impositions et de prévenir l'évasion et la fraude fiscales en matière d'impôts sur le revenu et sur la fortune.

- M. Philippe Adnot une proposition de loi tendant à poser des critères objectifs aux offres de reclassement éventuellement proposées à certains salariés dans le cadre d'un plan de licenciement économique.

- M. Christian Cambon un rapport fait au nom de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, autorisant l'approbation de l'accord de coopération en matière de sécurité intérieure entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République de Slovénie (n° 349, 2008-2009).

- la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées le texte sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, autorisant l'approbation de l'accord de coopération en matière de sécurité intérieure entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République de Slovénie (n° 349, 2008-2009).