

VENDREDI 18 SEPTEMBRE 2015

Modernisation du système de santé
(Procédure accélérée – Suite)

SOMMAIRE

DÉPÔT D'UN AVIS	1
RENOI POUR AVIS	1
MODERNISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ (Procédure accélérée – Suite).....	1
<i>Discussion des articles (Suite)</i>	1
ARTICLE 12 TER (Supprimé)	1
ARTICLES ADDITIONNELS	3
ARTICLE 12 QUATER A	5
M. Jacques Cornano	5
M. Hervé Maurey	5
M. Alain Milon, président de la commission	5
ARTICLE ADDITIONNEL	8
ARTICLE 12 QUATER (Supprimé)	9
ARTICLE 13	9
Mme Laurence Cohen	9
Mme Annie David	10
ARTICLES ADDITIONNELS	13
ARTICLE 13 QUATER	14
ARTICLE 14	15
ARTICLES ADDITIONNELS	16
ARTICLE 15	16
ARTICLE 16	18
Mme Dominique Gillot	18
ARTICLE 16 BIS (Supprimé)	18
ARTICLE 17 BIS A	19
ARTICLE 17 BIS (Supprimé)	20
ARTICLE ADDITIONNEL	21
ARTICLE 18 (Supprimé)	22
<i>Mise au point au sujet d'un vote</i>	31
<i>Discussion des articles (Suite)</i>	31
ARTICLE 18 BIS (Supprimé)	31
ARTICLES ADDITIONNELS	32
ARTICLE 18 TER	34
ARTICLE 19	34
Mme Laurence Cohen	34
ARTICLES ADDITIONNELS	38
ARTICLE 20	39
M. Maurice Antiste	39
ARTICLES ADDITIONNELS	39
ARTICLE 20 BIS (Supprimé)	40

ARTICLES ADDITIONNELS	40
ARTICLE 21	41
ARTICLE 21 TER	43
ARTICLE 21 QUATER	43
ARTICLE ADDITIONNEL	43
ARTICLE 22	44
ARTICLES ADDITIONNELS	44
ARTICLE 22 BIS (Supprimé)	44
ARTICLE 23 (Supprimé)	45
ARTICLE 24	45
ARTICLE 25	46
ARTICLES ADDITIONNELS	47
ARTICLE 26 A (Supprimé)	47
ARTICLE 26	48
M. Maurice Antiste	48
M. Yves Daudigny	48
M. Alain Milon, président de la commission	48
Mise au point au sujet d'un vote	49
Discussion des articles (Suite)	50
ARTICLE 26 (Suite)	50
ARTICLES ADDITIONNELS	51
ARTICLE 26 BIS A	52
ARTICLE 26 BIS B (Supprimé)	52
ARTICLE 26 C	53
Mme Laurence Cohen	53
ARTICLE 26 BIS (Supprimé)	53
ARTICLE 26 TER A (Supprimé)	54
ARTICLE 26 TER B	55
ARTICLE 27	55
Mme Laurence Cohen	55
ARTICLE 27 BIS	59
ARTICLE 27 SEXIES	59
Mme Laurence Cohen	59
ORDRE DU JOUR DU LUNDI 28 SEPTEMBRE 2015.....	60
ANALYSE DES SCRUTINS PUBLICS	61

SÉANCE du vendredi 18 septembre 2015

5^e séance de la seconde session extraordinaire
2014-2015

PRÉSIDENCE DE MME ISABELLE DEBRÉ,
VICE-PRÉSIDENTE

SECRÉTAIRE :
M. JEAN-PIERRE LELEUX.

La séance est ouverte à 9 h 30.

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

Dépôt d'un avis

Mme la présidente. – En application de l'article 74 de la Constitution, M. le président du Sénat a reçu de M. le président de l'Assemblée territoriale des îles Wallis et Futuna, par courrier en date du 17 Septembre 2015, l'avis de la commission permanente de l'Assemblée territoriale, en date du 10 septembre 2015, sur la proposition de loi organique portant dématérialisation du *Journal officiel* de la République française.

Renvoi pour avis

Mme la présidente. – J'informe le Sénat que le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, autorisant l'approbation de l'accord sous forme d'échange de lettres entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la Fédération de Russie sur le règlement des obligations complémentaires liées à la cessation de l'accord du 25 janvier 2011 relatif à la coopération dans le domaine de la construction de bâtiments de projection et de commandement, dont la commission des affaires étrangères est saisie au fond, est envoyé pour avis, à sa demande, à la commission des finances.

Modernisation du système de santé (Procédure accélérée – Suite)

Mme la présidente. – L'ordre du jour appelle la suite du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé.

Discussion des articles (Suite)

ARTICLE 12 TER (Supprimé)

Mme la présidente. – Amendement n°191 rectifié, présenté par MM. Barbier, Mézard et Guérini, Mme Malherbe et MM. Requier, Arnell, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin et Vall.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Le chapitre IV du titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique, tel qu'il résulte de l'article 38 de la présente loi, est complété par une section 5 ainsi rédigée :

« Section 5

« Pacte territoire-santé

« Art. L. 1434-13. - Le pacte territoire-santé a pour objet d'améliorer l'accès aux soins de proximité, en tout point du territoire.

« Ce pacte comporte des dispositions visant notamment à :

« 1° Promouvoir la formation et l'installation des professionnels de santé et des centres de santé en fonction des besoins des territoires ;

« 2° Accompagner l'évolution des conditions d'exercice des professionnels de santé, notamment dans le cadre des équipes de soins primaires mentionnées à l'article L. 1411-11-1 et des communautés professionnelles mentionnées à l'article L. 1434-11.

« Le pacte peut prévoir des actions spécifiquement destinées aux territoires particulièrement isolés et aux quartiers prioritaires de la politique de la ville, et des dispositions particulières pour les collectivités d'outre-mer.

« Ce pacte est arrêté par le ministre chargé de la santé. Les agences régionales de santé le mettent en oeuvre après concertation avec les acteurs concernés et associent les conseils territoriaux de santé mentionnés à l'article L. 1434-9.

« Un comité national est chargé d'élaborer et d'assurer le suivi de la mise en oeuvre de ce pacte et d'établir un bilan annuel des actions engagées. Il est composé, notamment, de représentants de professionnels de santé et d'élus, selon des modalités définies par décret. »

M. Gilbert Barbier. – Cet amendement rétablit l'article 12 *ter*, qui n'est pas contradictoire avec la loi HPST. Ses dispositions sont peut-être d'ordre réglementaire, mais je crois utile de clarifier les choses afin de mieux lutter contre les déserts médicaux. La revalorisation de l'acte médical, l'ouverture du *numerus clausus*, l'accroissement des postes d'internes dans certaines spécialités seraient des mesures utiles.

Mme la présidente. – Amendement identique n°631, présenté par le Gouvernement.

Mme Laurence Rossignol, *secrétaire d'État auprès de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, chargée de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et de l'autonomie.* – L'augmentation du *numerus clausus* a eu lieu. Il y a plus de médecins en France qu'il y a dix ans. Le problème, ce sont les inégalités territoriales. Ainsi on compte deux fois plus de médecins dans les Hautes-Alpes que dans l'Eure. (*M. Hervé Maurey renchérit*) Le pacte territoire santé porte déjà ses fruits dans la Meuse ou l'Aube par exemple. Les mesures annoncées lors du deuxième conseil interministériel sur la ruralité contribuent à aller plus loin encore : la signature de 1 700 contrats de service public et la création de 1 000 maisons de santé d'ici 2017, la mobilisation de 700 médecins comme correspondants du Samu. L'article doit être rétabli.

Mme la présidente. – Amendement n°466, présenté par Mme Génisson et les membres du groupe socialiste et républicain.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Le chapitre IV du titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique, dans sa rédaction issue de l'article 38 de la présente loi, est complété par une section 5 ainsi rédigée :

« Section 5

« Pacte national de lutte contre les déserts médicaux

« Art. L. 1434-13. Le pacte national de lutte contre les déserts médicaux a pour objet d'améliorer l'accès aux soins de proximité, en tout point du territoire.

« Ce pacte comporte des dispositions visant notamment à :

« 1° promouvoir la formation et l'installation des professionnels de santé en fonction des besoins des territoires ;

« 2° accompagner l'évolution des conditions d'exercice des professionnels de santé notamment dans le cadre des équipes de soins primaires mentionnées à l'article L. 1411-11-1 et des communautés professionnelles mentionnées à l'article L. 1434-11.

« Le pacte peut prévoir des actions spécifiquement destinées aux territoires particulièrement isolés.

« Ce pacte est arrêté par le ministre chargé de la santé. Les agences régionales de santé le mettent en œuvre après concertation avec les acteurs concernés et associent les conseils territoriaux de santé mentionnés à l'article L. 1434-9.

« Un comité national est chargé d'assurer le suivi de la mise en œuvre de ce pacte et d'établir un bilan annuel des actions engagées. Il est composé, notamment, de représentants de professionnels de santé et d'élus selon des modalités définies par décret. ».

Mme Catherine Génisson. – Les jeunes internes sont exigeants dans leur choix d'installation, mais sont largement ouverts aux innovations, à

l'expérimentation, aux coopérations. Ils souhaitent pour beaucoup exercer autrement.

Je veux en outre rappeler la tonalité du rapport pour avis de la commission du développement durable : il faut redonner ses lettres de noblesse à la médecine générale. Plus les étudiants connaissent la médecine générale, plus ils l'aiment.

L'amendement n°79 rectifié bis n'est pas défendu.

M. Alain Milon, *président de la commission des affaires sociales.* – Permettez-moi d'abord de saluer la nomination de M. Hyst au Conseil constitutionnel. Il n'était pas, rappelons-le, très favorable aux lois bavardes... Il sera sans doute ravi de faire du droit plutôt que de la communication.

Le pacte territoire santé annoncé en 2012 est déjà mis en œuvre depuis deux ans par voie réglementaire, sans qu'aucune disposition législative n'ait été nécessaire... C'est l'Assemblée nationale, et non le Gouvernement, qui a introduit cet article, dont je peine d'ailleurs à comprendre la portée concrète. Faut-il vraiment encombrer la loi de mesures aussi floues ?

Je n'y vois, au mieux, que la volonté de pérenniser un dispositif réglementaire, au pire qu'une volonté d'affichage. Avis défavorable mais je ne ferai pas une crise si ces amendements sont votés. *Idem* pour l'amendement n°466.

Mme Laurence Rossignol, *secrétaire d'État.* – Je souhaite le retrait de l'amendement n°466 au profit de celui du Gouvernement. Il est important de rétablir cet article. Le Gouvernement n'est pas toujours seul responsable, monsieur Milon, du caractère bavard de la loi...

M. Hervé Maurey. – Quel intérêt d'inscrire dans la loi un dispositif en œuvre depuis trois ans ? Pour assurer le suivi du dispositif, disait Mme Touraine hier... Ce n'est guère convaincant. J'ai déjà eu l'occasion de demander par voie de question orale un bilan précis, ce à quoi le Gouvernement s'était d'ailleurs engagé.

La situation de la démographie médicale s'aggrave. Les écarts restent de l'ordre de 1 à 4 pour les généralistes, de 1 à 8 pour les spécialistes, preuve que l'incitatif est nécessaire mais pas suffisant. Le 15 septembre, la Cour des comptes relevait que ces mesures n'avaient profité qu'aux médecins installés. Il faut marcher sur deux jambes : l'incitatif et la répression.

Mme Catherine Génisson. – Nous retirons l'amendement n°466 au profit de l'amendement n°631. Les mesures mises en place depuis deux ans commencent à porter leurs fruits, et Mme Touraine a annoncé de nouvelles dispositions sur la permanence des soins et la prise en charge de l'urgence.

Enfin, je ne comprends pas pourquoi ces mesures sont aujourd'hui considérées comme réglementaires. On n'avait pas invoqué cet argument lors de la loi HPST...

L'amendement n°466 est retiré.

Mme Aline Archimbaud. – L'état de notre démographie et de notre géographie médicales est suffisamment grave pour que le Parlement se prononce. Le pacte territoire santé n'est pas suffisant, mais il est nécessaire. Nous devons conforter le cap fixé par le Gouvernement, ce qui n'exclut pas de prendre d'autres mesures... Sur un sujet qui concerne aussi massivement nos concitoyens, la notion de loi bavarde est sujette à interprétation...

M. Alain Vasselle. – Je suivrai le rapporteur. Il serait souhaitable qu'à l'occasion de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale, le Gouvernement nous fasse un point sur les mesures propres à enrayer la désertification médicale. Il n'y a pas que dans les territoires ruraux qu'il y a des déserts médicaux. Il y en a aussi dans les quartiers sensibles et même aux portes de Paris... Un dialogue avec la représentation nationale s'impose. Où veut aller le Gouvernement ?

Mme Laurence Cohen. – Comment ne pas soutenir la lutte contre les déserts médicaux et pour l'égalité dans l'accès aux soins ? Le groupe CRC rejoint le Gouvernement sur ce point. Mais le problème, c'est l'existence d'une espèce de superpréfets à la tête des ARS, dotés de tous les pouvoirs sur le terrain, missionnés pour mettre en œuvre des restrictions budgétaires. Dans le contexte, les mesures proposées ne peuvent être que des déclarations d'intention. Nous nous abstenons.

M. Yves Daudigny. – Je voterai l'amendement sans difficulté. C'est bien à la loi de fixer des orientations ; et derrière celles-ci, il y a 1 000 maisons de santé en service d'ici 2017, 700 médecins correspondants du Samu et 1 700 contrats de service public.

Mme Élisabeth Doineau, co-rapporteur de la commission des affaires sociales. – Le Sénat, chambre des territoires, est parfaitement fondé à se prononcer sur un sujet qui les concerne au premier chef.

Mais tous les territoires ne se ressemblent pas et ne doivent donc pas être traités de la même manière. Les résultats ne viendront pas tout de suite, mais pour qu'ils viennent tout court, je peux en témoigner pour la Mayenne, il faut trois conditions : l'implication des professionnels, des moyens et beaucoup d'énergie - mouiller sa chemise et faire, faire, faire.

Les amendements identiques n°s 191 rectifié et 631 sont adoptés.

L'article 12 ter est rétabli.

ARTICLES ADDITIONNELS

L'amendement n°80 rectifié n'est pas défendu.

Mme la présidente. – Amendement n°13 rectifié, présenté par M. Longeot, au nom de la commission de

l'aménagement du territoire et du développement durable.

Après l'article 12 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La troisième partie du code de l'éducation est ainsi modifiée :

1° Le premier alinéa de l'article L. 632-1 est complété par les mots : « et les former à l'exercice de la médecine ambulatoire, en favorisant leur immersion précoce dans un environnement professionnel » ;

2° L'article L. 632-2 est ainsi modifié :

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

« La validation du deuxième cycle des études médicales est subordonnée à la réalisation d'un stage d'initiation à la médecine générale. Un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé en détermine les modalités et la durée et précise les mesures visant à favoriser l'accueil des étudiants en stage d'initiation. » ;

b) Au dernier alinéa, la référence : « deuxième alinéa » est remplacée par la référence : « troisième alinéa » ;

3° Au premier alinéa du III de l'article L. 713-4, la référence : « deuxième alinéa » est remplacée par la référence : « troisième alinéa ».

M. Jean-François Longeot. – Cet amendement renforce la professionnalisation des études de médecine en leur fixant explicitement pour objectif de former à l'exercice de la médecine ambulatoire et de favoriser l'immersion précoce en environnement professionnel.

Il rend également obligatoire le stage d'initiation à la médecine générale que prévoit le pacte territoire santé. L'arrêté du 8 avril 2013 prévoit un stage obligatoire, mais il ne cible pas spécifiquement la médecine générale. Il s'agit simplement de fusionner les deux.

M. Alain Milon, président de la commission. – Le stage en médecine générale est déjà prévu par l'article 14 de l'arrêté d'avril 2013 et par le pacte territoire santé. Plus d'un tiers des étudiants en bénéficient ; si ce chiffre n'est pas plus élevé, c'est en raison de la difficulté à trouver un maître de stage... Il est inutile de prescrire une obligation qui ne pourra être remplie. Avis défavorable.

Mme Laurence Rossignol, secrétaire d'État. – Même avis.

M. Hervé Maurey. – Cet amendement a été voté à l'unanimité par la commission du développement durable. L'idée s'inspire de ce qui se pratique au Canada ou du succès de l'expérience menée dans l'Aveyron où 35 nouveaux médecins se sont installés. Il faut permettre aux étudiants de voir autre chose que l'hôpital au cours de leur formation.

Nous avons déjà déposé des amendements en ce sens dans la loi sur l'enseignement supérieur, qui s'étaient vu transformer en demande de rapport, bien sûr jamais remis à ce jour...

Mme Dominique Gillot. – Il est inexact de suggérer, comme on le lit dans l'objet de l'amendement, que 25 % des diplômés ne s'inscrivent pas au tableau du Conseil de l'ordre - ce chiffre inclut les redoublants, qui s'inscriront. Le chiffre est plutôt de 12 %. On peut d'ailleurs se féliciter que les étudiants cherchent à diversifier leur profil en empruntant des passerelles ; il est bon que la société soit irriguée par la culture médicale.

Depuis la réforme LMD, le deuxième cycle va de la quatrième à la sixième année, non de la troisième à la sixième. La professionnalisation serait en retard en France ? Dès la fin de la première année, les étudiants font un mois de stage infirmier à l'hôpital ; ils étudient en alternance dès le début de l'externat, la moitié du temps de stage en médecine ambulatoire. La loi de 2013 a introduit la possibilité d'expérimenter, ce que fait par exemple l'université d'Angers.

Mme Aline Archimbaud. – Si nous manquons de généralistes, c'est que beaucoup d'étudiants connaissent mal la médecine générale. La proposition de la commission du développement durable est de nature à faire avancer les choses. Je voterai l'amendement n°13 rectifié. Je comprends les objections mais on ne peut pas toujours dire « ce n'est pas possible » !

M. Alain Vasselle. – L'intervention de notre collègue du groupe socialiste m'interpelle. Sommes-nous à même de légiférer si les données que nous avons ne sont pas exactes ? Le Gouvernement pourrait-il nous éclairer ?

Mme Catherine Génisson. – Il y a une grande distorsion entre l'enseignement de la médecine, centrée autour de l'hôpital, et la pratique médicale ; il est d'autant plus important que la médecine générale soit enseignée. La ministre de la santé doit interpeller le ministre de l'enseignement supérieur, car toutes les universités ne sont pas également sensibilisées à ce problème. Nous suivrons le Gouvernement.

M. Gilbert Barbier. – Je ne voterai pas l'amendement. L'apprentissage de la médecine passe d'abord par l'université et l'hôpital. De plus, qui prendra en charge le logement, le déplacement des étudiants en stage en ambulatoire ? On entend dire de plus en plus que les étudiants en médecine sont coûteux pour la société, voire formés en pure perte. À ce compte, les étudiants en sciences ou en lettres le seraient aussi. C'est un argument scandaleux.

Mme Catherine Procaccia. – Bravo !

M. Alain Milon, président de la commission. – On entend effectivement souvent que les étudiants devraient rendre ce que l'État leur a donné pendant leurs longues études... On oublie, en disant cela, que les étudiants en médecine rendent à l'hôpital, tout au

long de leur cursus, des services sans lesquels il ne pourrait fonctionner - et qui n'entrent pas dans les dépenses des hôpitaux.

Mme Catherine Deroche, co-rapporteur de la commission des affaires sociales. – Absolument ! Ou alors il faudrait étendre ce raisonnement à tous les cursus ! Les étudiants en médecine travaillent, ce ne sont pas des glandeurs, pardonnez-moi l'expression. (« Très bien » à droite)

Mme Chantal Jouanno. – Nous esquivons le vrai sujet : pourquoi y a-t-il si peu de médecins qui s'orientent vers la médecine générale ? La proposition de la commission du développement durable n'a rien d'aberrant, elle est même parfaitement étayée par de longues auditions et arguments chiffrés.

M. Jean-François Longeot. – Le débat me trouble. Les données seraient fausses... Je n'ai pourtant rien inventé : le chiffre de 25 % m'a été donné par l'Ordre des médecins. Je n'ai pas l'habitude de fabuler. Ou alors dites-nous que tout va bien !

M. Alain Milon, président de la commission. – Je suis d'accord avec M. Longeot. Madame Jouanno, les étudiants en médecine travaillent à l'hôpital sans en être salariés ; les services rendus par eux ne sont donc pas budgétés par nos hôpitaux. Le problème des généralistes, en ville, c'est qu'ils n'ont bien souvent pas le temps de prendre un stagiaire à former. Dans ma ville, deux des quatorze généralistes seulement ont du temps à accorder à un étudiant... Enfin je rappelle qu'un assouplissement du *numerus clausus*, ne produirait de résultats que dans dix ans...

L'amendement n°13 rectifié n'est pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°515 rectifié, présenté par Mmes D. Gillot, Espagnac et Khiari et MM. Raoul, S. Larcher, Antiste, Duran, Manable et Cornano et les membres du groupe socialiste et républicain.

Après l'article 12 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 4131-2 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4131-... ainsi rédigé :

« Art. L. 4131-... – Un décret pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins fixe la durée maximale du remplacement et les conditions de sa prorogation éventuelle. »

Mme Dominique Gillot. – Cet amendement met un terme à une pratique qui accélère la désertification : le choix de plus en plus fréquent par les médecins du statut de remplaçant. En 2014, il a augmenté de 3,3 %. Cette évolution nuit à la connaissance de la patientèle, et donc à la continuité des soins sur un territoire. En 2011, la CSMF appelait à encadrer cette pratique. Cet amendement confie cette responsabilité à un décret.

M. Alain Milon, président de la commission. – L'article L. 4131-2 du code de santé publique vous donne satisfaction : retrait ?

Mme Laurence Rossignol, secrétaire d'État. – Par principe, le remplacement est temporaire. Encadrer ce qui relève d'un choix personnel se discute. Les remplaçants ont aussi un impact positif pour les territoires structurellement sous-dotés. Le statut a été ouvert aux praticiens hospitaliers. Retrait, au bénéfice d'une poursuite de la réflexion sur le sujet au ministère ?

M. Alain Vasselle. – Le moment est mal choisi pour prendre une telle initiative... L'amendement n'est pas satisfait puisqu'il n'existe pas de limite de durée ! C'est heureux d'ailleurs, car je n'imagine pas la situation dans certains territoires si l'on freinait la possibilité d'y faire des remplacements.

M. Gilbert Barbier. – Pourquoi les jeunes médecins prennent-ils ce statut ? Parce qu'il est matériellement intéressant, et permet un mode d'exercice moins contraint et plus confortable...

Mme Nicole Bricq. – Ils font ce qu'ils veulent !

M. Alain Milon, président de la commission. – Monsieur Vasselle, l'article que j'ai cité satisfait l'amendement au sens où il sert de base à un tel décret. Que celui-ci ait ou non été pris est un autre problème. (*Sourires*)

Mme Dominique Gillot. – Je retire l'amendement n°515 rectifié. Monsieur Longeot, je n'ai pas voulu vous vexer. Je me suis appuyée sur les chiffres du ministère de l'enseignement supérieur. Ce chiffre de 25 % comprend ceux qui renoncent à s'inscrire au tableau de l'Ordre et ceux qui redoublent. La réforme de la première année commune aux études de santé est en cours. Attendons les résultats de son évaluation.

L'amendement n°515 rectifié est retiré.

ARTICLE 12 QUATER A

M. Jacques Cornano. – La densité médicale et paramédicale en Guadeloupe est bien inférieure à celle de la métropole, et les disparités sont aggravées par l'isolement et l'insularité.

En Guadeloupe, qui comprend six îles, il y a 147 médecins pour 100 000 habitants, contre 201 en métropole, et les distances compliquent l'organisation des soins et le transport des malades. Le président de la République a pourtant pris l'engagement de prendre en compte le caractère archipélagique de la Guadeloupe.

En 2009, notre Conseil économique, social et environnemental a proposé de recruter des médecins étrangers, et de former spécifiquement les médecins aux particularités de l'exercice outre-mer. La Cour des comptes a préconisé la hausse du nombre de médecins en maisons de santé pluridisciplinaires et de

réserver le conventionnement des médecins à ceux qui s'installent en zone sous-dense.

M. Hervé Maurey. – Je regrette qu'à nouveau, comme en 2009, la question des déserts médicaux soit examinée un vendredi matin.

Le débat est entre incitation et mesures directives. Nous proposerons d'étendre aux médecins le dispositif de régulation déjà en vigueur pour les autres professions de santé : infirmiers, kinésithérapeutes, sages-femmes ; le conventionnement sélectif a fait ses preuves. En tout cas, on ne peut plus se contenter de ces mesures incitatives dans lesquelles on engloutit des milliards depuis un quart de siècle.

M. Alain Milon, président de la commission. – Le calendrier, monsieur Maurey, est le résultat du hasard, et de l'actualité. Nul n'avait prévu que nous devions consacrer des heures de débat à la Syrie et à la crise des migrants.

C'est en Alsace que les jeunes médecins s'installent le plus alors que, dans les Hautes-Alpes, ceux qui partent ne sont pas toujours remplacés. L'héliotropisme touche ses limites. Si les médecins sont encore nombreux en région Paca, ils sont vieillissants.

La proposition de la commission des affaires sociales part du constat que vient de faire M. Maurey, à qui je rappelle que les accords dont il parle sont des accords librement acceptés, pas des obligations légales. En outre, ces professionnels de santé restent libres de s'installer en zone dense, mais ils ne sont pas conventionnés.

Convaincus que c'est par ce type d'accords que nous progresserons, nous demandons que, dans la négociation entre les médecins et l'assurance maladie, soit abordée la résorption des déserts médicaux.

Mme la présidente. – Amendement n°192, présenté par M. Barbier.

Supprimer cet article.

M. Gilbert Barbier. – Cet article renvoie la question du conventionnement des médecins en zones sous-denses et sur-denses à la négociation conventionnelle. Cela reviendrait à bloquer le processus conventionnel et à remettre entre les mains de l'assurance maladie la régulation de l'installation des médecins libéraux *via* un conventionnement sélectif.

Mme la présidente. – Amendement identique n°635, présenté par le Gouvernement.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Monsieur Cornano, le Gouvernement est sensible à la situation de l'outre-mer. Nous travaillons à une stratégie spécifique en lien avec le ministère de l'outre-mer. Monsieur Maurey, nous sommes tous attachés à la défense de l'intérêt général.

M. André Reichardt. – Heureusement !

Mme Marisol Touraine, ministre. – Faut-il aller au-delà des mesures incitatives ? Seules les infirmiers et les sages-femmes, sont soumis au conventionnement sélectif. Le Conseil d'État a annulé l'accord concernant les kinésithérapeutes. Les dentistes y réfléchissent. C'est aux professionnels de choisir leur organisation. Il y a un paradoxe à nous reprocher une forme de jacobinisme, une volonté d'étatiser la médecine, à dénoncer la toute-puissance de l'État et des ARS - et à vouloir légiférer pour imposer le contenu des conventions.

Nous instaurons déjà les CPTS ; le Gouvernement aura aussi son mot à dire sur les conventions avec l'assurance maladie. Nous sommes cohérents. Nous n'avons pas voulu étatiser le système de santé. La rédaction de l'article 12 a été revue en ce sens. Toutefois, nous surveillons avec attention les conventions signées par les professionnels.

M. Yves Daudigny. – Très bien !

L'amendement n°907 n'est pas défendu.

M. Alain Milon, président de la commission. – La commission des affaires sociales ne vise pas non plus l'étatisation de la médecine. Mais, en dépit des mesures incitatives, les déserts médicaux demeurent, comme l'a souligné la Cour des comptes. Un dialogue conventionnel s'impose. Avis défavorable aux amendements n°s 1191 et 635.

M. Alain Vasselle. – L'argumentation de M. Milon m'a presque rassuré sur la volonté de la commission des affaires sociales et son refus de l'étatisation de la médecine. Mais la rédaction de l'article est ambiguë et fait obligation aux partenaires d'aboutir à une solution. Peut-être serait-il plus sage d'attendre la LFSS.

M. Hervé Maurey. – Je ne voterai pas la suppression de cet article. Sa rédaction est quand même particulièrement modérée ! La rédaction de ceux qui veulent sa suppression montre le poids du lobby médical.

À aucun moment, nous n'avons dit que les étudiants en médecine coutaient cher, et ne faisaient pas grand-chose. Je connais très bien la situation des étudiants en médecine, je vois comment ils sont utilisés dans les hôpitaux. Mais l'incitation ne suffit pas. Mme Touraine disait, il y a quelques années, vouloir revenir sans tabou sur le dogme de la libre installation et il y a trois jours, « des mesures nouvelles fortes, affrontant les corporatismes et les immobilismes ». Madame la ministre : je vous invite à être fidèle à votre souhait de prendre des mesures courageuses.

Mme Catherine Génisson. – Le système conventionnel fonctionne. Travaillons à l'améliorer. En l'occurrence, l'article 12 *quater* A dispose ce sur quoi « porte » la convention : c'est une injonction !

M. Hervé Maurey. – Ah oui, dire qu'il faut en parler, c'est violent en effet !

M. Alain Milon, président de la commission. – Nous voulons inviter les médecins et l'assurance maladie à discuter en fixant une obligation de moyens, non de résultats. C'est ainsi que la question de la désertification a été réglée pour les sages-femmes.

M. Gilbert Barbier. – À vous écouter, je suis de plus en plus convaincu qu'il faut voter cet amendement. Il s'agit bien d'aller vers des mesures coercitives : cet article donne une arme forte à l'assurance maladie face aux médecins.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – J'ai entendu les mêmes arguments, mais j'en tire les conclusions inverses. C'est quand même l'assurance maladie qui paie ! Il est normal qu'elle signe avec les médecins. Monsieur Vasselle, je ne vois pas ce que l'on gagnerait à attendre la loi de financement de la sécurité sociale. Les partenaires doivent discuter. Les déserts médicaux sont le symbole du recul de l'État sur les territoires. Discutons et avançons. Je suis contre la suppression de cet article.

Mme Laurence Cohen. – Un peu de mesure ne nuit pas : cet amendement n'a rien de révolutionnaire. Les médecins ne sont pas attaqués ni remis en cause ; négocier avec l'assurance maladie, c'est tout de même le moins ! Les déserts médicaux ne datent pas d'aujourd'hui. On paie les pots cassés par l'instauration du *numerus clausus*.

À la demande de la commission, les amendements identiques n°s 192 et 635 sont mis aux voix par scrutin public.

Mme la présidente. – Voici le résultat du scrutin n°250 :

Nombre de votants.....	342
Nombre de suffrages exprimés.....	341
Pour l'adoption.....	136
Contre.....	205

Le Sénat n'a pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°14, présenté par M. Longeot, au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable.

Rédiger ainsi cet article :

Après l'article L. 4131-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4131-6-... ainsi rédigé :

« Art. L. 4131-6-... - Dans les zones, définies par les agences régionales de santé en concertation avec les organisations syndicales représentatives des médecins au plan national, dans lesquelles est constaté un fort excédent en matière d'offre de soins, le conventionnement à l'assurance maladie d'un médecin libéral ne peut intervenir qu'en concomitance avec la cessation d'activité libérale d'un médecin exerçant dans la même zone. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article. »

M. Jean-François Longeot. – Cet amendement étend aux médecins un dispositif de régulation à l'installation analogue à ceux qui existent déjà pour la plupart des autres professionnels de santé, et qui ont fait leurs preuves. Le principe est celui de la liberté d'installation, mais si la zone est déjà sur-dotée, le nouveau venu ne peut bénéficier du régime de conventionnement. Ce mécanisme complète utilement les dispositifs d'incitation à l'installation dans les zones sous-dotées. Ce sont les deux piliers d'une même stratégie.

L'article 12 *quater* A prévoit une obligation de négocier à partir de la prochaine convention médicale avec l'assurance maladie. Mais l'obligation de négocier n'offre pas de garantie de succès, et n'est qu'un moyen de repousser encore une discussion difficile avec les médecins. De plus, le creux démographique est attendu pour 2020 : c'est dès maintenant qu'il faut agir pour y répondre.

M. Alain Milon, président de la commission. – La loi ne peut aller au-delà du renvoi à une convention négociée. Ensuite il appartient au Gouvernement de peser sur la négociation. On ne peut avoir de mesures coercitives qu'adoptées dans le cadre de la convention négociée avec les médecins. Un retrait serait sage.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Défavorable.

M. Jean-François Longeot. – Je ne peux retirer mon amendement qui a été voté à l'unanimité par la commission du développement durable.

M. Alain Vasselle. – L'intervention de M. Milon m'a fait évoluer. Il est vrai que l'incitation ne suffit pas toujours. Reste que M. Dériot, dans l'Allier, a instauré avec succès une aide financière dès l'internat.

On voit aussi l'efficacité des mesures fiscales dans les zones franches. Or il semble que cette disposition aurait été supprimée. Il faudra la rétablir en LFSS. Il faudrait aussi s'attaquer au problème des zones où il y a pléthore de médecins.

Mme Chantal Jouanno. – La commission du développement durable a voté cet amendement à l'unanimité. En Seine-Saint-Denis, 60 % de la population vit dans une zone sous-dotée ; dans le Val d'Oise, c'est 48 % et 47 % en Seine-et-Marne. Les déserts médicaux ne sont donc pas un problème exclusivement rural. En dépit d'aides importantes des pouvoirs publics et de la faiblesse des loyers, les déserts médicaux perdurent et certaines maisons de santé n'ont pas de médecins.

Cet amendement est très léger. Cela fait dix ans qu'on en parle et j'ai eu le plaisir de voir la gauche se convertir au libéralisme...

M. Hervé Maurey. – Notre amendement a été adopté à l'unanimité, c'est-à-dire à la fois des sénateurs des villes et des campagnes, de la gauche et de la droite, et même par un médecin, notre collègue Hervé Poher. Nous ne supprimons pas l'incitatif. Mais, comme les Allemands, nous le

complétons par un conventionnement sélectif soumis au remplacement d'un départ à la retraite. Nous ne portons donc pas atteinte à la liberté des médecins. Dès que le conventionnement sélectif a été annulé pour les kinésithérapeutes, le nombre de leurs installations en zone dense a augmenté de 25 % !

Prouvons que le Sénat est la chambre des territoires et pas celle d'une catégorie de professionnels !

Mme Annie David. – Cet amendement est intéressant. Certaines maisons de santé et certains centres de santé peinent à recruter des médecins.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – Cet amendement ne fait que proposer une solution qui pourrait être adaptée, parmi d'autres, par une convention avec les médecins. C'est pourquoi je suis favorable à son retrait.

Mme Catherine Procaccia. – Certains médecins partent en retraite de manière anticipée pour ne pas être soumis à des mesures contraignantes. De plus, une précision : le remplacement des spécialistes. Lorsqu'un ophtalmo part en retraite, peut-il être remplacé par un gynéco ?

Cet amendement est loin de l'esprit de l'incitation. Je ne le voterai pas.

M. Gilbert Barbier. – Si l'on veut un conflit avec les médecins, il n'y a qu'à voter cet amendement !

M. Alain Milon, président de la commission. – Madame Jouanno, trop souvent on construit des maisons de santé sans avoir préalablement recruté les médecins. Le projet médical doit être premier.

À la demande de la commission des affaires sociales, l'amendement n°14 est mis aux voix par scrutin public.

Mme la présidente. – Voici le résultat du scrutin n°251 :

Nombre de votants.....	326
Nombre de suffrages exprimés.....	319
Pour l'adoption.....	54
Contre.....	265

Le Sénat n'a pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°1216, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 2

Remplacer les mots :

porte notamment

par les mots :

doit porter, pour assurer l'offre de soins,

M. Alain Milon, président de la commission. – Cet amendement renforce l'obligation de négociation sur l'installation des médecins dans les zones sous-

denses et sur-denses, et supprime, en ce jour où Jean-Jacques Hyst entre au Conseil constitutionnel, un « notamment ».

Mme Marisol Touraine, ministre. – Avis défavorable.

M. Alain Vasselle. – Avec cet amendement, vous franchissez une étape supplémentaire. Il ne devait pas y avoir de caractère contraignant, disiez-vous, cela m'avait rassuré. Mais écrire « doit porter », cela suppose une certaine contrainte pour le directeur de l'assurance maladie quand il négociera avec les syndicats de médecins. Entre les positions exposées, mon cœur balançait déjà, cet amendement renforce mon hésitation.

M. Gilbert Barbier. – Cet amendement durcit considérablement l'article. Imposer une telle obligation dans la négociation future entre l'assurance maladie et les professionnels, c'est vouloir déclarer la guerre ! Je ne le voterai pas.

M. Hervé Maurey. – Grâce au scrutin public sur l'amendement n°14, les positions de chacun sont gravées dans le marbre ; nos concitoyens pourront voir comment se positionnent leurs élus sur ce sujet central. Je note avec plaisir que les esprits évoluent : lors de la loi HPST, cet amendement n'avait réuni qu'une quinzaine de voix pour. Viendra bien un moment où le Gouvernement, qu'il soit de droite ou de gauche, se rendra compte qu'il n'y a pas d'autres moyens de faire avancer les choses. Je voterai l'amendement de M. Milon, qui supprime un « notamment » et qui a le mérite d'inscrire dans la loi l'obligation d'aborder ce sujet fondamental au cours de la négociation.

À la demande de la commission, l'amendement n°1216 est mis aux voix par scrutin public.

Mme la présidente. – Voici le résultat du scrutin n°252 :

Nombre de votants	342
Nombre de suffrages exprimés	331
Pour l'adoption.....	204
Contre	127

Le Sénat a adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°323 rectifié bis, présenté par MM. Chasseing, G. Bailly, Béchu et Cadic, Mmes Deromedi, Deseyne, Duchêne et Estrosi Sassone et MM. Fouché, B. Fournier, Gremillet, Kennel, Laménie, Lemoyne, Lenoir, Mayet, Médevielle, Morisset, Mouiller, Nougéin, Requier et Bouvard.

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par les mots :

afin de favoriser l'installation de médecins dans les zones déficitaires

Mme Jacky Deromedi. – Cet amendement complète l'article en rappelant son but essentiel : éviter les déserts médicaux.

M. Alain Milon, président de la commission. – Retrait ou avis défavorable, car il est satisfait par l'article 12 quater A tel que nous l'avons modifié.

Mme Nicole Bricq. – Voilà.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Avis défavorable.

L'amendement n°323 rectifié bis est retiré.

À la demande de la commission et du groupe UDI-UC, l'article 12 quater A, modifié, est mis aux voix par scrutin public.

Mme la présidente. – Voici le résultat du scrutin n°253 :

Nombre de votants.....	342
Nombre de suffrages exprimés.....	341
Pour l'adoption	215
Contre	126

Le Sénat a adopté.

ARTICLE ADDITIONNEL

Mme la présidente. – Amendement n°909, présenté par Mme Archimbaud et les membres du groupe écologiste.

Après l'article 12 quater A

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de trois ans à compter de la promulgation de la présente loi, les médecins libéraux non signataires du contrat d'accès aux soins ne sont plus autorisés à pratiquer des honoraires différents de ceux prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

Un décret pris en Conseil des ministres précise les conditions d'application du présent article.

Mme Aline Archimbaud. – Les dépassements d'honoraires, qui ont doublé ces vingt dernières années, placent de plus en plus de Français dans un désert médical de fait, y compris dans les zones urbaines. Une enquête menée en 2012 par l'*UFC-Que Choisir* a démontré que les habitants de Paris, Saint-Étienne, Le Mans ou Aix-en-Provence se trouvaient dans des zones d'accès difficile à des ophtalmologues ne pratiquant pas de dépassement d'honoraires. Il y a urgence à mettre fin à cette fracture sanitaire et au renoncement aux soins qu'elle entraîne. Cet amendement prévoit que dans un délai de trois ans, les médecins libéraux non signataires du contrat d'accès aux soins ne sont plus autorisés à pratiquer des honoraires différents de ceux du tarif opposable. Ils conserveront ainsi le choix entre l'exercice en secteur 1 au tarif opposable et, pour ceux bénéficiant des titres énumérés à l'article 35.1 de l'arrêté du

22 septembre 2011, la souscription au contrat d'accès aux soins.

M. Alain Milon, *président de la commission*. – Avis défavorable.

Mme Marisol Touraine, *ministre*. – Je comprends votre objectif et partage votre préoccupation face aux dépassements d'honoraires très élevés qui subsistent dans certains secteurs. Grâce au contrat d'accès aux soins, prévu à l'avenant 8 de la convention médicale, les honoraires ont baissé. Faut-il aller plus loin ? Assurément oui. C'est l'objet des contrats responsables, qui doivent favoriser la régulation des tarifs.

Toutefois, interdire les dépassements à ceux qui ne sont pas signataires d'un contrat d'accès aux soins, comme le fait un peu brutalement votre amendement, aurait un résultat inverse à celui recherché puisqu'il entraînerait à n'en pas douter un mouvement de déconventionnement, au détriment des patients. Privilégions la régulation. Retrait ?

L'amendement n°909 est retiré.

ARTICLE 12 QUATER (Supprimé)

Mme la présidente. – Amendement n°669 rectifié, présenté par Mme Garriaud-Maylam, M. Allizard, Mmes Deromedi et Duchêne et M. Duvernois.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Après le 5° de l'article L. 4130-1 du code de la santé publique, il est inséré un 5° bis ainsi rédigé :

« 5°bis Administrer et coordonner les soins visant à soulager la douleur. En cas de nécessité, le médecin traitant assure le lien avec les structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur ; ».

Mme Joëlle Garriaud-Maylam. – Le soulagement de la douleur est reconnu comme un droit fondamental depuis les lois de santé publique de 2002 et 2004. Les médecins, souvent très démunis, réclament une meilleure coordination et une approche plus globale. C'est pourquoi je regrette la suppression de l'article 12 *quater*, et vous en propose une rédaction plus claire, à la demande insistante de nombreux médecins.

M. Alain Milon, *président de la commission*. – L'article 12 *quater* introduisait une disposition redondante avec le droit en vigueur. Le code de déontologie précise déjà que le médecin doit agir pour prendre en charge la douleur, et l'article L. 1110-5 du code de la santé publique dispose déjà que toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Marisol Touraine, *ministre*. – Avis favorable.

Mme Joëlle Garriaud-Maylam. – C'est justement les lacunes de cet article qui comble cet amendement. Les médecins sont démunis face à la douleur et sa prise en charge. Identifier les acteurs

pour une prise en charge globale, c'est l'esprit de ce projet de loi. Je maintiens mon amendement.

M. Alain Milon, *président de la commission*. – Ce ne sont pas les médecins qui sont démunis face à la douleur - ils disposent d'une panoplie de médicaments pour la traiter -, mais la médecine elle-même. Si l'on écrit dans la loi que les médecins doivent traiter la douleur, on se condamne à devoir dresser une liste de ses obligations qui ne sera jamais exhaustive. Le médecin a une obligation de moyens : il soigne la douleur avec les moyens dont il dispose pour l'instant.

Mme Catherine Génisson. – La prise en charge de la douleur est un vrai sujet sociétal en France - je ne parle même pas de la fin de vie - surtout de la douleur des enfants. On a longtemps cru que les tout-petits ne souffraient pas, parce qu'ils ne s'exprimaient pas !

Même s'il est assez prescripteur, je voterai cet amendement.

M. Alain Vasselle. – La formation des généralistes dans le traitement de la douleur est lacunaire, même s'il y a eu des progrès, et la coordination entre généralistes et structures spécialisées quasiment inexistante. J'ai toujours considéré que si nous avions engagé la réforme de la médecine de ville, celle des établissements de santé restait à faire. Ce manque de coordination explique le dérapage des dépenses de santé, d'ailleurs. Cet amendement quelque peu provocateur incitera peut-être les acteurs à se donner les moyens d'améliorer la situation.

M. Gilbert Barbier. – L'amendement ne dit pas que les médecins ne savent pas traiter la douleur. On constate, c'est vrai, un *hiatus* entre médecine libérale et établissements de santé dans la prise en charge de celle-ci, notamment en matière de soins palliatifs. Le médecin a le devoir d'orienter le patient vers une structure spécialisée. Cet amendement n'est pas dénué d'intérêt.

Mme Aline Archimbaud. – Je voterai cet amendement. Certes, de nombreux progrès ont été faits : historiquement, soulager la douleur n'était pas, philosophiquement et moralement, une priorité de la médecine.

À nouveau, il ne s'agit pas de rendre la loi bavarde ou de faire peser un soupçon sur les médecins, mais de rappeler des priorités.

L'amendement n°669 rectifié est adopté.

L'article 12 quater est ainsi rédigé.

ARTICLE 13

Mme Laurence Cohen. – Alors que les besoins en psychiatrie sont immenses, ce projet de loi ne lui consacre que deux articles. Les professionnels déplorent les coups qui ont été portés à la conception de la psychiatrie traditionnellement humaine et bienveillante. Un appel du collectif des 39 proteste ainsi contre le recours excessif à la

contention, contre une psychiatrie centrée non plus sur la continuité des soins et l'accompagnement thérapeutique mais sur le traitement de la crise et l'abrasement des symptômes. Désarroi, face au manque de moyens, d'une formation spécifique pour tous les soignants. Une psychiatrie du XXI^e siècle, soucieuse de la personne, suppose aussi de renforcer la pédopsychiatrie, de reconnaître les psychologues. Les fermetures et regroupements d'hôpitaux entraînent des parcours de soins chaotiques. Il y a urgence à débattre d'une loi-cadre sur la santé mentale, madame la ministre.

Mme Annie David. – Je veux évoquer le cas de l'hôpital psychiatrique du Vinatier, cher à Guy Fischer. Situé dans la banlieue lyonnaise, c'est le plus gros de France. Depuis janvier, un infirmier y a été poignardé par un patient, deux patients se sont donné la mort, suivis par un infirmier, une femme a été agressée sexuellement... Le personnel, pourtant habitué à canaliser la violence, est débordé en raison du manque de moyens et de place. En 2013, 40 lits ont été supprimés. Résultat, les patients s'entassent aux urgences.

Alertés par le contrôleur général des lieux de privation de liberté et par le bâtonnier, l'ARS et le ministère ont accepté d'ouvrir une unité d'hospitalisation de très courte durée et d'expérimenter des urgences départementales. Projets qui sont surtout une vitrine pour le directeur... Au-delà des moyens, la situation serait due à l'impossibilité de dialoguer avec la direction. Il est urgent de contrecarrer son pouvoir afin d'améliorer les soins apportés aux patients.

Mme la présidente. – Amendement n°1205, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

I. – Après l'alinéa 12

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Au 4° de l'article L. 3215-2, les mots : « de l'article L. 3212-7, » sont supprimés ;

II. – Alinéas 20 et 37

Remplacer la référence :

L. 1434-11

par la référence :

L. 1411-11-2

III. – Alinéa 30

Supprimer les mots :

et du conseil territorial de santé mentionné à l'article L. 1434-9

IV. – Alinéa 34, seconde phrase

Supprimer cette phrase.

V. – Alinéa 41

Supprimer les mots :

de territoires

VI. – Après l'alinéa 48

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° À l'article L. 3221-4-1, les mots : « au second alinéa de l'article L. 3221-1 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 3221-1 ».

M. Alain Milon, président de la commission. – Amendement de coordination.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Avis favorable.

L'amendement n°1205 est adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°727, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

Alinéa 17

Après les mots :

niveau territorial suffisant

insérer les mots :

dans la limite de soixante-quinze mille habitants

Mme Laurence Cohen. – L'article 13 remet en cause la sectorisation de la psychiatrie, organisation pourtant plus à même de répondre à l'exigence de continuité des soins. Veut-on d'une psychiatrie qui se limite à la suppression des symptômes et à la normalisation du comportement ? Comment suivre correctement les patients dans des pôles de 200 000 habitants ? Attention à ne pas mettre les hôpitaux publics en concurrence avec les établissements privés à but lucratif. Cet amendement fixe la limite à la création de ces pôles à 75 000 habitants conformément à la définition de la sectorisation.

M. Alain Milon, président de la commission. – Cet amendement remettrait en cause la souplesse permise par l'alinéa 17, qui permet de tenir compte des territoires pour lesquels une application stricte de la sectorisation serait inadaptée. Qu'en pense le Gouvernement ? À défaut de retrait, l'avis de la commission est défavorable.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Avis défavorable à cet amendement beaucoup trop rigide. Une politique psychiatrique sectorielle fixant une référence de population s'est révélée peu adaptée à la réalité du terrain. Il faut tenir compte des bassins de vie, de la densité et des caractéristiques des populations, de l'offre de soins... Les professionnels tiennent à cette souplesse.

Mme Laurence Cohen. – Lors des auditions, ils nous ont alertés sur l'état de la psychiatrie dans notre pays. Ils ne demandent qu'un meilleur suivi, une plus grande proximité. Comment attendre de secteurs ? Nous avons été sensibles au témoignage des personnels mais aussi des patients qui nous ont décrit le recours

croissant à la camisole médicamenteuse, à la contention, à l'enfermement... Pourtant, la psychiatrie française a longtemps été pionnière - souvenez-vous du docteur Bonnafé. La santé mentale est un enjeu de société : au fond, c'est une question de projet politique.

L'amendement n°727 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°178 rectifié bis, présenté par MM. Vasselle, B. Fournier et Laménié, Mme Hummel et MM. Mayet et Cambon.

Alinéa 19, seconde phrase

Après les mots :

, les professionnels

insérer le mot :

, centres

M. Alain Vasselle. – Cet amendement permet aux centres de santé d'être consultés pour l'élaboration du projet territorial au même titre que les autres acteurs visés par cet alinéa.

M. Alain Milon, président de la commission. – Ce n'est pas un oubli : l'alinéa n'entend pas être exhaustif. Difficile de citer les centres de santé sans parler des maisons de santé, des pôles de santé... Mieux vaut rester sur une rédaction générale. Retrait ou avis défavorable.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Même avis.

L'amendement n°178 rectifié bis est retiré.

Mme la présidente. – Amendement n°81 rectifié, présenté par MM. Commeinhes, Charon et Calvet, Mme Deromedi, M. Houel et Mme Mélot.

Alinéa 21

Compléter cet alinéa par les mots :

, notamment l'actualisation du projet régional de santé et des documents qui le constituent

Mme Jacky Deromedi. – Un diagnostic des insuffisances de l'offre de prestations en santé sur le territoire permettrait d'actualiser des documents supports de la régulation publique de cette offre.

M. Alain Milon, président de la commission. – L'article 38 rend cet amendement superfétatoire ; il est prévu que le projet régional est établi sur la base du diagnostic territorial partagé. Retrait ou avis défavorable.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Même avis.

L'amendement n°81 rectifié est retiré.

Mme la présidente. – Amendement n°1108, présenté par Mme Archimbaud et les membres du groupe écologiste.

Après l'alinéa 26

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° À un programme d'accès rapide et de maintien dans le logement pour les personnes à la rue, en situation de précarité sociale sévère, et souffrant de troubles psychiques graves et d'addiction, moyennant un accompagnement pluridisciplinaire assuré par l'ensemble des acteurs mentionnés à l'article L. 3221-1.

Mme Aline Archimbaud. – Les personnes à la rue souffrant de troubles psychiques sévères échappent aux actions de prévention, de soin et d'insertion. Il est donc proposé de déployer des dispositifs adaptés aux sans-abri tel le programme « Un chez soi d'abord », qui oriente directement ces personnes vers un logement ordinaire, sans condition de traitement ni d'arrêt des consommations de produits psychoactifs, en leur assurant un accompagnement soutenu par une équipe pluridisciplinaire. Ses premiers résultats montrent un maintien dans le logement pour plus de 80 % des 350 personnes accompagnées, une réduction de moitié des temps d'hospitalisation, mais aussi une diminution des symptômes. Ce programme est un laboratoire favorisant l'innovation autour de la pluridisciplinarité, l'apport des médiateurs de santé pairs et les pratiques collaboratives.

Mme la présidente. – Amendement n°1104, présenté par Mme Archimbaud et les membres du groupe écologiste.

Après l'alinéa 28

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Un programme relatif au maintien dans le logement et d'accès au logement et à l'hébergement accompagné est développé pour les personnes en souffrance psychique qui en ont besoin.

Mme Aline Archimbaud. – Il est défendu.

M. Alain Milon, président de la commission. – De tels programmes pourront être développés en application des alinéas 26 et 27. Inutile d'entrer dans un tel degré de précision pour un article qui fixe des principes généraux. Retrait ?

Mme Marisol Touraine, ministre. – L'offre de logement fait partie d'un processus thérapeutique. Le rapporteur a raison de dire que le texte permet déjà ces démarches, mais il est sans doute utile de mettre en avant ce qui est novateur. Le programme « Un chez soi d'abord » est effectivement intéressant. Je vous propose de retirer l'amendement n°1108 au profit de l'amendement n°1104, davantage centré sur les malades, auquel je donne un avis favorable.

Mme Aline Archimbaud. – D'accord. Merci d'encourager cette démarche.

L'amendement n°1108 est retiré.

M. Alain Milon, président de la commission. – Je rejoins Mme la ministre. Offrir aux malades un appartement thérapeutique est évidemment une bonne idée, mais l'accompagnement des malades suppose des moyens, et le logement est, d'une manière générale, très contraint dans notre pays... Toutefois, si

Mme la ministre donne un avis favorable, c'est qu'elle estime pouvoir fournir suffisamment de logements thérapeutiques. Nous suivons son avis.

L'amendement n°1104 est adopté.

Mme la présidente. – Amendement n°44 rectifié, présenté par MM. Comminhes, Charon et Calvet, Mme Deromedi, MM. D. Robert, Malhuret, César, B. Fournier et Mouiller, Mme Mélot et M. Houel.

Après l'alinéa 31

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Une publication, sur le site de l'agence régionale de santé, du diagnostic territorial partagé est obligatoire, visant à permettre aux établissements de santé publics et privés, aux structures médico-sociales, aux professions libérales de la santé et aux représentants d'associations d'usagers agréées de prendre connaissance des actions et modalités.

Mme Jacky Deromedi. – Le pacte territoire santé, dans un souci de transparence, doit être accessible à tous via le site internet des ARS.

L'amendement n°44 rectifié, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.

L'amendement n°1133 rectifié n'est pas défendu.

Mme la présidente. – Amendement n°467, présenté par Mme Génisson et les membres du groupe socialiste et républicain.

Alinéa 35

1° Remplacer les mots :

signataires d'un même contrat territorial de santé peuvent constituer entre eux une communauté psychiatrique de territoire

par les mots :

peuvent constituer une communauté psychiatrique de territoire

2° Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Ils en ont l'obligation en cas d'absence de groupement hospitalier de territoire relatif à l'activité de psychiatrie.

Mme Catherine Génisson. – Les communautés psychiatriques de territoire doivent être obligatoires pour tous les acteurs agissant dans le domaine de la psychiatrie sur un territoire pertinent, en l'absence de GHT relatif à l'activité de la psychiatrie. Il est essentiel d'articuler et de coordonner les actions avec le champ médico-social et social.

M. Alain Milon, président de la commission. – L'article 13 est le pendant des articles 12 et 12 bis qui permettent aux professionnels de travailler ensemble. Pour être efficace, leur collaboration ne saurait être mise en œuvre de manière coercitive. Ils se sont d'ailleurs déclarés satisfaits de l'équilibre atteint, qu'il ne convient pas de remettre en cause à ce stade.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Cet amendement a le mérite de poser la question du maillage du territoire en soins et prises en charge psychiatriques, et de leur articulation avec les autres acteurs médicaux et médico-sociaux. Laissons les professionnels dans le cadre des communautés professionnelles territoriales de santé le soin de s'organiser. Nous pourrions procéder ensuite à une évaluation.

Mme Catherine Génisson. – Ce débat est important. Bien des initiatives prometteuses sont prises, notamment dans ma région.

L'amendement n°467 est retiré.

L'amendement n°82 rectifié n'est pas défendu.

Mme la présidente. – Amendement n°411 rectifié bis, présenté par MM. Houpert, Cadic, Longuet et Saugé, Mme Deromedi et MM. Lefèvre, Joyandet, Charon et Guerriau.

Alinéa 46

Après le mot :

réhabilitation

rédigé ainsi la fin de cet alinéa :

, regroupant notamment des usagers, des personnels des établissements de santé et des tiers, personnes physiques ou morales, afin qu'elle participe à mettre en œuvre une démarche thérapeutique préalablement définie dans le cadre d'un établissement de santé autorisé en psychiatrie.

Mme Jacky Deromedi. – Nous entendons préciser que l'association regroupe essentiellement des personnes concernées - les usagers et leurs proches, leurs représentants, des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux - pour éviter d'exposer une population fragile aux entreprises pas toujours bienveillantes de groupes s'intitulant « association de soins, de prévention, de réadaptation et de réhabilitation ».

De plus, il est préférable de préciser que l'association ne fait que « participer à mettre en œuvre », car le secteur public n'a pas vocation à déléguer des missions essentielles à une structure de droit privé.

Mme la présidente. – Amendement n°625 rectifié, présenté par Mme Blondin, M. F. Marc, Mme Yonnet, MM. Poher et Lalande, Mmes Khiari, Conway-Mouret et Bataille, M. Botrel, Mme Jourda, M. Courteau et Mmes S. Robert et Schillinger.

Alinéa 46

Après le mot :

réhabilitation

insérer les mots :

regroupant notamment des usagers, des personnels des établissements de santé et des tiers personnes physiques ou morales

Mme Evelyne Yonnet. – Cet amendement précise la composition des associations de secteur ou thérapeutiques. Grâce à elle le recours à la contention ou à l'isolement diminue, ainsi que le taux de passages à l'acte.

Mme la présidente. – Amendement n°626 rectifié, présenté par Mme Blondin, M. F. Marc, Mme Yonnet, MM. Poher et Lalande, Mme Khiari, M. Raoul, Mmes Conway-Mouret et Bataille, M. Botrel, Mme Jourda, M. Courteau et Mmes S. Robert et Schillinger.

Alinéa 46

Remplacer les mots :

mettre en œuvre une démarche thérapeutique qu'elle définit

par les mots :

participer à la mise en œuvre d'une démarche thérapeutique préalablement définie et validée dans le cadre d'un établissement de santé autorisé en psychiatrie

Mme Evelyne Yonnet. – Cet amendement conforte la participation des associations à la démarche thérapeutique définie dans le cadre d'un établissement de santé autorisé en psychiatrie.

M. Alain Milon, président de la commission. – La rédaction de l'amendement n°411 rectifié *bis*, qui vise les tiers de manière générale, ne répond pas à son objet. Nous préférons désigner les associations thérapeutiques par leur objet plus que par leur composition. De plus, la mise en œuvre des actions thérapeutiques est partagée. Retrait ou avis défavorable.

Même avis à l'amendement n°625 rectifié - il est plus opérationnel et plus prudent de désigner les associations par leur objet - et à l'amendement n°626 rectifié - les modalités de mise en œuvre seront définies dans la convention passée avec l'établissement.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Avis défavorable à l'amendement n°411 rectifié *bis*. On ne peut inscrire dans la loi le contenu des démarches thérapeutiques, pas plus que les éléments qui relèvent des conventions passées entre les associations et les établissements de santé, comme le rappelle régulièrement le Conseil d'État pour les structures relevant de la loi de 1901. Les établissements de santé ne sont en aucune façon responsables des activités des associations, sauf à ce que celles-ci soient en situation de sous-traitance. Retrait des amendements n°625 rectifié et 626 rectifié ?

Les amendements n°411 rectifié bis, 625 rectifié et 626 rectifié sont retirés.

M. Dominique Watrin. – Le groupe communiste républicain et citoyen votera contre l'article 13 qui marque une régression du secteur public. Je ne suis pas aussi optimiste que Mme Génisson. Dans le Pas-de-Calais, l'ARS a décidé la suppression de dizaines de lits et bloque tous les projets de diversification et de rénovation de l'établissement public de Saint-Venant ; avec les restrictions, les sorties encadrées ont été annulées cet été. Pendant ce temps, le secteur privé montre le bout de son nez... Le personnel, attaché au service public, s'inquiète. Les contraintes financières pèsent sans que le secteur médico-social soit mieux doté.

Cet article renforce encore les pouvoirs du directeur de l'ARS et ouvre grand les vannes à la régression du service public.

Mme Laurence Cohen. – Notre psychiatrie moderne, grâce au professeur Lucien Bonnafé, s'est construite dans les années soixante sur la déconstruction du système asilaire et la sectorisation. On ne peut que déplorer sa régression et je regrette la suppression de la limite de 75 000 habitants.

La maladie mentale est méconnue, taboue. Les malades sont trop souvent considérés comme des personnes dangereuses, qu'il faut éloigner de la société. Leur souffrance psychique doit être prise en compte. Comme le disait François Tosquelles, un psychiatre catalan, « sans la reconnaissance de la valeur humaine de la folie, c'est l'homme qui disparaît ».

À la demande du groupe communiste républicain et citoyen, l'article 13, modifié, est mis aux voix par scrutin public.

Mme la présidente. – Voici le résultat du scrutin n°254 :

Nombre de votants.....	342
Nombre de suffrages exprimés.....	342
Pour l'adoption	323
Contre	19

Le Sénat a adopté.

La séance est suspendue à 12 h 55.

PRÉSIDENCE DE M. HERVÉ MARSEILLE,
VICE-PRÉSIDENT

La séance reprend à 14 h 35.

ARTICLES ADDITIONNELS

M. le président. – Amendement n°1105, présenté par Mme Archimbaud et les membres du groupe écologiste.

Après l'article 13

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement présente au Parlement un rapport sur les modalités de coopération des agences régionales de santé et des établissements de santé chargés de la sectorisation psychiatrique avec les collectivités territoriales, la protection maternelle et infantile, la médecine scolaire et universitaire ainsi que la médecine du travail, pour l'amélioration des réponses aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiques, notamment dans le domaine de la prévention et de l'éducation à la santé, du logement et de la lutte contre l'isolement social et les représentations négatives des troubles psychiques.

Mme Aline Archimbaud. – Nous demandons un rapport concernant les coopérations entre les acteurs du secteur psychiatrique, qui pourraient améliorer la réponse aux besoins des patients.

M. Alain Milon, président de la commission. – Encore une demande de rapport. Il y en a à chaque page de ce texte qui en compte 220... Avis défavorable.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Même avis.

Mme Aline Archimbaud. – Il y a des ressources à trouver dans cette coordination. Je m'incline néanmoins.

L'amendement n°1105 est retiré.

L'article 13 bis est adopté.

M. le président. – Amendement n°83 rectifié, présenté par MM. Commeinhes et Mandelli, Mme Mélot, M. Houel, Mme Deromedi et MM. Charon et Calvet.

Après l'article 13 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le 2° du I de l'article L. 241-6 du code de l'action sociale et des familles est complété par les mots : « de préconiser sa prise en charge par un établissement de santé ou de l'adresser à une plate-forme territoriale d'appui à la coordination des parcours de santé complexes mentionnée à l'article L. 6327-2 du code de la santé publique ; ».

Mme Jacky Deromedi. – L'évolution de la situation des personnes en situation de handicap conduit à envisager, dans leur intérêt, une modification de leur accompagnement qui justifie la reconnaissance juridique de la notion de parcours de santé. Les missions de la Commission pour les droits et l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) doivent être renforcées.

M. Alain Milon, président de la commission. – Étendre ainsi la compétence de la CDAPH n'est ni nécessaire ni opportun. En outre, les plates-formes territoriales de santé, sous l'autorité des ARS, s'adressent aux professionnels de santé, non aux patients. Retrait ?

Mme Marisol Touraine, ministre. – Même avis.

L'amendement n°83 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°84 rectifié, présenté par MM. Commeinhes, Calvet et Charon, Mme Deromedi et M. Houel.

Après l'article 13 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 241-6 du code de l'action sociale et des familles est complété par un paragraphe ainsi rédigé :

« ... – La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées statue en urgence :

« 1° Sur toute demande de reconnaissance de handicap psychique présentée, au profit d'un patient sortant, par tout établissement relevant de la mission de psychiatrie de secteur au sens de l'article L. 3221-3 du code de la santé publique, et sur toute demande, présentée dans les mêmes circonstances, tendant à l'orientation d'un patient sortant vers un établissement ou un service social ou médico-social ;

« 2° Sur toute demande de prononcé de la sortie d'un travailleur handicapé présentée par un directeur d'établissement ou service d'aide par le travail, lorsqu'il est rendu compte d'une situation de mise en danger au sens de l'article R. 243-4 du code de l'action sociale et des familles. Dans ce cas, la commission statue sur la demande de sortie ; dans le même temps, elle évalue l'opportunité de procéder à l'orientation de la personne vers une autre catégorie d'établissements ou de services ou de préconiser une autre suite à son parcours. »

Mme Jacky Deromedi. – Défendu.

M. Alain Milon, président de la commission. – L'amendement est d'ordre réglementaire. Retrait, sinon rejet.

Mme Marisol Touraine, ministre. – *Idem.*

L'amendement n°84 rectifié est retiré.

L'article 13 ter est adopté.

ARTICLE 13 QUATER

L'amendement n°1134 rectifié n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement n°504 rectifié ter, présenté par Mmes Yonnet et Cartron, M. Courteau, Mme Jourda, MM. Labazée, Madec et F. Marc, Mme D. Michel, M. Raoul, Mme Schillinger et MM. Sueur et Sutour.

I. – Alinéa 2

1° Première phrase

Remplacer les mots :

L'admission

par les mots :

Le placement

2° Deuxième phrase

Remplacer le mot :

prescription

par le mot :

décision

II. – Alinéa 4, première phrase

Remplacer les mots :

d'admission

par les mots :

de placement

Mme Evelyne Yonnet. – La procédure de placement en chambre d'isolement et la contention doivent rester exceptionnelles car elles s'apparentent à une privation de liberté.

M. Alain Milon, président de la commission. – La rédaction que nous avons choisie souligne que le placement en chambre d'isolement et la contention sont des actes thérapeutiques. Avis défavorable.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Cette précision est intéressante. En vérité, il n'existe pas de consensus sur la terminologie. Le terme de « placement » est sans doute plus correct que celui d'admission. En revanche, la HAS utilise celui de « prescription », la littérature internationale plutôt celui de décision. Sagesse.

Mme Catherine Génisson. – « Prescription », qui appartient au vocabulaire médical, me semble plus protecteur pour le patient.

Mme Laurence Cohen. – Parler de « prescription » pour la contention me gêne. La contention serait donc un acte thérapeutique ?

Mme Catherine Génisson. – La contention clinique est pire !

Mme Laurence Cohen. – De nombreux professionnels ne le pensent pas. Pour eux, elle n'est qu'un acte de dernier recours.

À la demande de la commission, l'amendement n°504 rectifié ter est mis aux voix par scrutin public.

M. le président. – Voici le résultat du scrutin n°255 :

Nombre de votants	335
Nombre de suffrages exprimés	225
Pour l'adoption.....	37
Contre	188

Le Sénat n'a pas adopté.

M. le président. – Amendement n°85 rectifié, présenté par MM. Commeinhes, Calvet, Charon et Houel et Mmes Mélot et Deromedi.

Après l'alinéa 4

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent article est applicable aux établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant des 2°, 6°,

7° et 12° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ; en ce cas, les prérogatives reconnues à un psychiatre le sont au médecin qui a prescrit le placement en chambre d'isolement ou la mesure de contention, sauf si l'usager concerné est en situation de handicap psychique. Le rapport annuel prescrit est transmis pour avis au conseil de la vie sociale ainsi qu'au conseil d'administration de l'organisme gestionnaire.

Mme Jacky Deromedi. – Certains établissements et services sociaux et médico-sociaux doivent parfois recourir temporairement au placement en chambre d'isolement ou à la contention des personnes qu'elles accueillent.

Après la conférence de consensus Anaes (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) et FHF (Fédération hospitalière de France) des 24-25 novembre comme la recommandation de l'Anaes, il apparaît nécessaire d'encadrer ces pratiques.

M. Alain Milon, président de la commission. – Avis très défavorable. Fort heureusement, ces pratiques ne peuvent être prescrites qu'en établissement de santé, autorisées en psychiatrie par un psychiatre et pour une durée limitée.

Mme Marisol Touraine, ministre. – *Idem.*

Mme Jacky Deromedi. – Je me permets d'insister : certains malades d'Alzheimer, traités à domicile, sont parfois attachés.

L'amendement n°85 rectifié est retiré.

L'article 13 quater est adopté.

L'article 13 quinquies est adopté.

ARTICLE 14

M. le président. – Amendement n°155 rectifié, présenté par MM. Barbier et Guérini, Mmes Laborde et Malherbe et MM. Requier, Mézard, Longeot, Arnell, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin et Vall.

Alinéa 7

Remplacer les mots :

ou un médecin en lien avec ce dernier

par les mots :

, un médecin en lien avec ce dernier ou une sage-femme dans le cadre de sa compétence

M. Gilbert Barbier. – Il s'agit d'inclure la sage-femme, dans le cadre de ses compétences, auprès du médecin généraliste, dans la coordination du parcours de soins et le recours aux fonctions d'appui mises en œuvre pour la prise en charge des cas complexes.

M. Alain Milon, président de la commission. – Ne morcelons pas ce parcours. Avis défavorable.

Mme Marisol Touraine, ministre. – La plate-forme n'est pas un acteur nouveau, simplement un appui

technique pour la coordination des parcours de santé complexes. La sage-femme prend en charge la grossesse physiologique. Retrait ?

M. Gilbert Barbier. – Soit mais les sages-femmes sont un peu perdues... On ne cesse de leur transférer des compétences ; il faudra mieux définir les limites de leur rôle.

L'amendement n°155 rectifié est retiré.

L'amendement n°181 rectifié bis n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement n°257 rectifié bis, présenté par MM. Pointereau, Mouiller, Mayet, Commeinhes, Charon et Saugey, Mme Deromedi, MM. Trillard et Pellevat, Mme Mélot, M. Houel et Mme Gruny.

Alinéa 10, première phrase

Après le mot :

constituer,

insérer les mots :

après avis conforme des équipes de soins primaires ou des pôles de santé,

Mme Jacky Deromedi. – La mise en place des plates-formes d'appui doit avoir lieu après avis conforme des équipes de soins primaires ou des pôles de santé lorsqu'ils existent.

M. Alain Milon, président de la commission. – Les plates-formes d'appui sont un outil. N'alourdissons pas leur mise en place. Rejet.

Mme Marisol Touraine, ministre. – *Idem.*

L'amendement n°257 rectifié bis est retiré.

L'article 14 est adopté.

ARTICLES ADDITIONNELS

L'amendement n°886 rectifié n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement n°777 rectifié, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

Après l'article 14

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 4131-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4131-6-... ainsi rédigé :

« Art. L. 4131-6-... – Dans un délai de trois mois à compter de la délivrance de leur diplôme d'État de docteur de médecine, les médecins désireux d'exercer leurs fonctions à titre libéral en font la déclaration auprès de l'agence régionale de santé de la région dans laquelle ils souhaitent exercer. Ils doivent s'installer pour une durée au moins égale à deux ans dans un territoire isolé où l'offre de soins de premier recours ne suffit pas à répondre aux besoins de santé de la population.

« Le premier alinéa s'applique également aux médecins titulaires des titres de formation mentionnés à l'article L. 4131-1 et à ceux mentionnés à l'article L. 4131-1-1, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. ».

M. Dominique Watrin. – Je retire cet amendement. Le débat sur la façon d'enrayer les déserts médicaux a eu lieu ce matin.

L'amendement n°777 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°728, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

Avant l'article 15

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au dernier alinéa de l'article L. 1411-11 du code de la santé publique, après les mots : « sécurité sociale, », sont insérés les mots : « les permanences d'accès aux soins de santé mentionnées à l'article L. 6111-1-1, les services de protection maternelle et infantile ».

Mme Brigitte Gonthier-Maurin. – Intégrons formellement les permanences d'accès aux soins, et les services de PMI fragilisés, dans la loi. Une rencontre a eu lieu à la direction générale de la santé (DGS) il y a peu. Que compte faire Mme la ministre pour cet acteur essentiel de protection de l'enfance ?

L'amendement n°884 rectifié n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement identique n°918, présenté par Mme Archimbaud et les membres du groupe écologiste.

Mme Aline Archimbaud. – Défendu.

M. Alain Milon, président de la commission. – L'article L. 1411-11 du code de la santé publique concerne les soins de premiers secours. Les services de PMI sont traités ailleurs. Avis défavorable.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Les soins de premiers secours sont définis de manière fonctionnelle, et non organique, à cet article. Les acteurs qui y concourent n'y sont pas cités. Retrait ?

Les amendements identiques n°s 728 et 918 sont retirés.

ARTICLE 15

M. le président. – Amendement n°632, présenté par le Gouvernement.

Rédiger ainsi cet article :

Le troisième alinéa de l'article L. 6314-1 du code de la santé publique est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« La régulation téléphonique de l'activité de permanence des soins ambulatoires est accessible gratuitement par un numéro national de permanence des soins ou par le numéro national d'aide médicale urgente. En application de l'article L. 1435-5, le

directeur général de l'agence régionale de santé détermine, pour la région, lequel des deux numéros est utilisé pour la permanence des soins ambulatoires. Lorsqu'il choisit le numéro d'aide médicale urgente, l'accès à la régulation téléphonique de permanence des soins ambulatoires reste toutefois accessible par le numéro national de permanence des soins. Cette permanence est coordonnée avec les dispositifs de psychiatrie d'intervention en urgence.

« La régulation téléphonique est également accessible par les numéros des associations de permanence des soins disposant de plates-formes d'appels interconnectées avec le numéro d'accès à la régulation de l'aide médicale urgente, dès lors que ces plates-formes assurent une régulation médicale des appels. »

Mme Marisol Touraine, ministre. – Cet amendement rétablit l'article 15 instaurant un numéro national unique d'accès à la permanence des soins ambulatoires (PDSA), dans sa version adoptée par l'Assemblée nationale. La régulation médicale de la permanence des soins devient ainsi accessible soit par un numéro national de permanence des soins, soit par le numéro d'aide médicale urgente (le 15). Il revient au directeur de chaque ARS de déterminer lequel sera utilisé, après consultation des représentants des professionnels de santé et après avis du représentant de l'État.

M. Alain Milon, président de la commission. – Ce que l'on propose revient, en réalité, à ajouter au numéro de téléphone de l'aide médicale urgente - le 15 - et aux numéros des associations de permanence de soins un troisième numéro qui sera laissé au choix des ARS selon les contraintes techniques.

L'article L. 6314-1 du code de la santé publique prévoit que la mission de service public de permanence des soins est assurée par les médecins libéraux, en collaboration avec les établissements de santé. Or nous avons appris que certaines ARS avaient décidé de supprimer la PDSA entre minuit et 8 heures du matin. Ces décisions, qui contreviennent à l'esprit de l'article L. 6314-1, ont pour effet de limiter les solutions qui peuvent être proposées au public soit à un conseil médical par téléphone, sans visite à domicile, soit à une prise en charge hospitalière, dont les coûts sont très élevés. Avis défavorable.

Mme Catherine Génisson. – Il existe trois numéros d'urgence : le 15, pour l'aide médicale urgente ; le 18, pour les pompiers ; et enfin, le 112, le numéro européen très utilisé dans le Nord-Pas-de-Calais. La régulation de ces numéros est primordiale. Il faut éviter la confusion tout en laissant de l'espace aux réalités locales. Dans le Nord-Pas-de-Calais, il existe le 15 *bis* - des médecins libéraux qui utilisent la plate-forme d'urgence du Samu-Smur. Or certains ARS ont supprimé la garde pour les médecins libéraux.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – Avec Mme Génisson, nous partageons l'expérience du

Nord-Pas-de-Calais. La rédaction de notre commission la laisse prospérer. Je veux citer un autre exemple, celui d'un réseau de médecins libéraux, constitué à l'initiative d'un praticien hospitalier dans le Loir-et-Cher, qui a rendu inutile la PDSA entre 20 heures et minuit. Ce système, qui s'accompagne d'un défraiement forfaitaire de 100 euros pour la nuit de permanence en plus du paiement de chaque consultation et attire les jeunes médecins, a été remarqué par la Cour des comptes. Elle doit faire l'objet d'une expertise. Qu'en pensez-vous, madame la ministre ?

Mme Marisol Touraine, ministre. – Je connais bien cette expérience, menée dans ma région, qui donne des résultats tout à fait intéressants. L'essentiel est de garantir une PDSA à des heures où les cabinets ferment sans que le nombre de consultations justifie leur ouverture.

Cela ne contredit en rien la nécessité de mettre en place un numéro d'appel unique. Au fond, celui-ci constitue une porte d'entrée pour le patient.

Peu importe ce qui se trouve derrière la porte - l'expérience du Loir-et-Cher ou du Nord-Pas-de-Calais - pourvu que cela fonctionne.

À la demande de la commission, l'amendement n°632 est mis aux voix par scrutin public.

M. le président. – Voici le résultat du scrutin n°256 :

Nombre de votants.....	343
Nombre de suffrages exprimés.....	343
Pour l'adoption.....	137
Contre.....	206

Le Sénat n'a pas adopté.

M. le président. – Amendement n°194 rectifié, présenté par MM. Barbier, Mézard et Guérini, Mme Laborde et MM. Requier, Arnell, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin et Vall.

Alinéa 6

Rédiger ainsi cet alinéa :

« La régulation téléphonique de l'activité de permanence des soins ambulatoires est accessible gratuitement par un numéro national de permanence des soins ou par le numéro national d'aide médicale urgente. En application de l'article L. 1435-5 du présent code, le directeur général de l'agence régionale de santé détermine, pour la région, lequel des deux numéros est utilisé pour la permanence des soins ambulatoires. Lorsqu'il choisit le numéro d'aide médicale urgente, l'accès à la régulation téléphonique de permanence des soins ambulatoires reste toutefois accessible par le numéro national de permanence des soins. Cette permanence est coordonnée avec les dispositifs de psychiatrie d'intervention en urgence.

M. Gilbert Barbier. – Cet amendement ressemble fort à celui du Gouvernement qui vient d'être rejeté.

L'amendement n°194 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°195 rectifié, présenté par MM. Barbier, Mézard et Guérini, Mme Laborde et MM. Requier, Arnell, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin et Vall.

Alinéa 7

1° Après le mot :

numéros

insérer les mots :

non surtaxés

2° Remplacer les mots :

le numéro d'accès à la régulation de l'aide médicale urgente

par les mots :

ce numéro national

M. Gilbert Barbier. – *Idem.*

L'amendement n°195 rectifié est retiré.

L'article 15 est adopté.

ARTICLE 16

Mme Dominique Gillot. – J'avais déposé un amendement à cet article qui a été déclaré irrecevable au titre de l'article 40 de la Constitution.

Les sages-femmes peuvent prescrire une consultation chez un spécialiste aux femmes enceintes qu'elles suivent. Cependant, leurs patientes sont pénalisées : la prescription n'émanant pas de leur médecin traitant, elles sont moins bien remboursées. Ne peut-on pas simplifier le parcours de soins sur ce point ?

M. le président. – Amendement n°729, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par les mots :

et sans préjudice des compétences des médecins du service de protection maternelle et infantile

Mme Annie David. – Avec cet amendement, je poursuis ma volonté de promouvoir les professionnels de PMI en améliorant leur coordination avec les futurs médecins traitants de l'enfant.

M. le président. – Amendement identique n°1066, présenté par Mme Archimbaud et les membres du groupe écologiste.

Mme Aline Archimbaud. – L'alinéa 2 actuel pourrait laisser penser que le médecin de PMI est subordonné au médecin traitant pour l'orientation de l'enfant vers une prise en charge spécialisée. Si on ne lève pas cette ambiguïté, le dépistage d'un trouble visuel par le médecin de PMI devrait être d'abord adressé au médecin traitant. Cela compliquerait

l'accès aux soins, en particulier pour les plus modestes.

M. Alain Milon, président de la commission. – Précision inutile, puisqu'il s'agit justement ici des compétences des services de PMI... Avis défavorable.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Au contraire, j'estime cette clarification nécessaire. Avis favorable.

Quant aux sages-femmes, madame Gillot, elles devraient effectivement pouvoir orienter les femmes dont elles s'occupent vers des spécialistes sans surcoût, c'est-à-dire sans passer par la case du médecin traitant. Je note cette suggestion.

M. Alain Milon, président de la commission. – Quelle logique y a-t-il à répéter ce que la loi dit déjà ?

Mme Marisol Touraine, ministre. – L'amendement tire les conséquences de la création du médecin traitant de l'enfant.

Les amendements identiques n°s 729 et 1066 sont adoptés.

L'article 16, modifié, est adopté.

ARTICLE 16 BIS (Supprimé)

M. le président. – Amendement n°4 rectifié *bis*, présenté par Mmes Laborde, Billon et Blondin, MM. Bonnacarrère, Castelli et Détraigne, Mme Gatel, MM. Guérini, Guerriau, L. Hervé et Houpert, Mmes Jouanno et Jouve, M. Kern, Mmes Malherbe et Morin-Desailly et M. Requier.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Après le mot : « grossesse », la fin de la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 6323-1 du code de la santé publique est ainsi rédigée : « dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-10 du présent code, selon des modalités définies par un cahier des charges établi par la Haute Autorité de santé, dans le cadre d'une convention conclue au titre de l'article L. 2212-2 du même code. »

Mme Chantal Jouanno. – Cet amendement, adopté à la quasi-unanimité de la délégation aux droits des femmes, rétablit la possibilité, pour les centres de santé, de pratiquer les IVG instrumentales. Les délais d'IVG s'allongent car 135 centres ont fermé.

M. le président. – Amendement identique n°641, présenté par le Gouvernement.

Mme Marisol Touraine, ministre. – En janvier, j'ai présenté un programme national pour faciliter l'accès à l'IVG. Il passe, entre autres, par l'autorisation donnée aux sages-femmes de pratiquer l'IVG médicamenteuse et aux centres de santé de réaliser l'IVG instrumentale. La commission des affaires sociales juge que toutes les conditions de sécurité ne sont pas réunies pour confier cette mission aux centres de santé. Je ne le crois pas. La HAS formulera des recommandations précises. En Belgique, la plupart des IVG instrumentales sont réalisées ainsi, sans que cela occasionne plus de complications.

Le Gouvernement est très attentif au maintien des lieux où réaliser une IVG. Des plans d'accès sont en cours d'élaboration dans chaque région.

M. le président. – Amendement identique n°730, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

Mme Laurence Cohen. – Merci à Mme la ministre de son soutien. Cet article fait partie du lot d'avancées sur lesquelles la commission est revenue sous prétexte qu'il relèverait d'une loi de bioéthique.

Beaucoup de centres d'IVG ont fermé, en même temps que les maternités auxquelles ils étaient adossés. Conséquence, certaines femmes sont aujourd'hui contraintes d'aller à l'étranger pratiquer une IVG chirurgicale.

Le motif de la sécurité sanitaire n'est pas un argument recevable car celle-ci est garantie par la présence d'équipes pluridisciplinaires dans les centres de santé.

M. le président. – Amendement identique n°1112, présenté par Mme Archimbaud et les membres du groupe écologiste.

Mme Aline Archimbaud. – Nous faisons nôtres ces arguments.

M. Alain Milon, président de la commission. – Non, toutes les garanties de sécurité ne sont pas réunies en centre de santé, des commissaires de plusieurs groupes l'ont dit. Le cahier des charges de la HAS doit absolument comprendre la présence d'une table d'opération, d'un anesthésiste et d'un chirurgien.

M. Gilbert Barbier. – Vous parlez d'IVG chirurgicale. J'ai l'avantage de la pratique depuis la promulgation de la loi Veil. Une IVG par aspiration, dans les premières semaines de la grossesse, ne présente certes guère de risques, mais ce n'est pas le cas à des stades avancés où le curetage devient nécessaire.

Mme Catherine Génisson. – Après le chirurgien, l'anesthésiste... Un instrument, même bien utilisé, peut provoquer des accidents. Les préconisations de la HAS devront être précises. À douze semaines, c'est bien d'une IVG chirurgicale qu'il s'agit.

Soyons vigilants. L'accès à l'IVG se réduit, les centres de santé ont un rôle à jouer.

Mme Catherine Procaccia. – On peut être favorable à l'IVG sans vouloir faire courir de risques aux femmes. Il faudra prendre toutes les précautions nécessaires, madame la ministre. Pourquoi ne pas préciser votre texte ?

Mme Catherine Deroche, co-rapporteur. – Il n'est pas question de remettre en cause la loi Veil. Mais il vaudrait mieux attendre pour légiférer que les recommandations de la HAS soient connues. Cet avis défavorable n'est pas motivé que par des raisons éthiques, mais également de sécurité.

Mme Chantal Jouanno. – Je me réjouis que chacun s'accorde sur un accès facilité à l'IVG. L'amendement me semble offrir des garanties suffisantes.

Certains orateurs viennent du monde de la santé. Ce n'est pas mon cas. Pour autant, nous sommes tous législateurs. En tant que tels, ne prenons pas le risque de voir la loi devenir obsolète à cause de l'évolution des techniques. On peut faire confiance aux centres de santé. En Île-de-France, 32 % des établissements seulement acceptent de pratiquer des IVG après dix semaines.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Vos mots ont sans doute dépassé votre pensée, madame Procaccia. Vous ne pouvez pas douter de ma volonté d'apporter toutes les garanties aux femmes. L'amendement indique précisément que les IVG ne pourraient être pratiquées dans ces conditions avant que la HAS en ait défini les modalités.

Peut-on fixer dans la loi le nombre de semaines au-delà duquel de telles IVG ne seront pas possibles ? Il n'appartient pas au législateur de se substituer à la HAS. La procédure sera stricte. L'exemple belge montre que les risques ne s'en trouveront pas accrus.

Mme Evelyne Yonnet – Très bien !

Les amendements identiques n^{os} 4 rectifié bis, 641, 730, 1112 sont adoptés et l'article 16 bis est rétabli.

L'article 17 est adopté.

ARTICLE 17 BIS A

M. le président. – Amendement n°75 rectifié, présenté par M. Commeinhes, Mmes Deseyne, Deromedi et Hummel, M. Houel, Mme Mélot et MM. Charon et Calvet.

Alinéas 5 et 6

Supprimer ces alinéas.

Mme Jacky Deromedi. – Les Français se vaccinent de moins en moins, il est de plus difficile de les convaincre du bienfait de cet acte de prévention. Autoriser les infirmiers à vacciner n'a pas donné de résultats. En revanche, les vaccins obligatoires à l'école ou en crèche sont efficaces. Il faut réaffirmer le rôle du médecin comme coordinateur de la vaccination.

M. Alain Milon, président de la commission. – Le Haut Conseil de la santé publique plaide pour que les missions des centres de planification ou d'éducation familiale soient étendues à la vaccination. Avis défavorable.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Ce n'est pas en réduisant le nombre de lieux d'accès à la vaccination que l'on améliorera la couverture vaccinale. Avis défavorable.

L'amendement n°75 rectifié est retiré.

L'article 17 bis A est adopté.

Les articles 17 bis B et 17 bis C sont successivement adoptés.

ARTICLE 17 BIS (Supprimé)

M. le président. – Amendement n°5 rectifié *quater*, présenté par Mmes Laborde et Billon, MM. Bonnacarrère, Castelli, Guerriau, L. Hervé, Houpert et Kern et Mmes Jouanno, Jouve et Morin-Desailly.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

L'article L. 2212-5 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le mot : « écrite », la fin de la première phrase est supprimée ;

2° Après la référence : « L. 2212-4 », la fin de la seconde phrase est supprimée.

Mme Chantal Jouanno. – Le délai de réflexion d'une semaine imposé aux femmes souhaitant se soumettre à une IVG est le plus long d'Europe, il est parfois utilisé abusivement pour leur faire obstacle. Il est infantilisant et peu respectueux. On ne pratique pas une IVG sur un coup de tête !

M. le président. – Amendement identique n°468, présenté par Mme Génisson et les membres du groupe socialiste et républicain.

Mme Catherine Génisson. – Les rapporteurs prétendent que le sujet relève d'une loi de bioéthique. Il faut dire merci à Mme Veil pour son courage, et à la gauche de l'avoir soutenue.

Mme Laurence Cohen. – Et au mouvement des femmes !

Mme Catherine Génisson. – Lors du vingtième anniversaire de sa loi, Mme Veil disait que l'IVG n'était plus, en France, un sujet de débat politique. Tout est désormais affaire d'adaptations. Madame la ministre, vous avez pris des mesures majeures pour faciliter l'accès à l'IVG : l'acte est gratuit comme la contraception pour les mineures.

Jamais un médecin ne refuse à une femme un temps de réflexion. Jamais il ne l'empêche de revenir sur sa décision. Ce délai obligatoire est une difficulté de plus pour les femmes - sans compter que certains mouvements sectaires profitent de ce temps pour s'immiscer dans le fonctionnement des associations qui accompagnent les femmes...

M. le président. – Amendement identique n°640, présenté par le Gouvernement.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Cet article correspond à l'un des engagements forts de cette loi. Le délai de réflexion varie en Europe : cinq jours aux Pays-Bas, zéro en Grande-Bretagne.

Il appartient à chaque femme de déterminer son propre délai de réflexion. Elle n'est pas irresponsable.

Lorsqu'elle va voir un médecin, elle sait pourquoi. Le délai obligatoire peut, compte tenu du terme légal, les empêcher de pratiquer une IVG. Le délai de réflexion demeure pour les mineures. Laissons les femmes décider pour elles-mêmes.

M. le président. – Amendement identique n°731, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

Mme Brigitte Gonthier-Maurin. – Je partage entièrement ces arguments. Une IVG n'est jamais un acte banal. C'est une décision prise en toute responsabilité. Le délai obligatoire de réflexion est une manière de remettre en cause ce droit fondamental.

L'amendement n°860 rectifié ter n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement identique n°1113, présenté par Mme Archimbaud et les membres du groupe écologiste.

Mme Aline Archimbaud. – En effet, l'IVG est une décision grave, mûrement réfléchie.

M. Alain Milon, président de la commission. – Cet article a été adopté à l'Assemblée nationale à la sauvette, à 2 heures du matin, et contre l'avis du Gouvernement. Sans préjuger le fond, la commission est en désaccord avec la méthode : la question ne peut recevoir de réponse évidente.

Madame la ministre, vous disiez en commission à l'Assemblée nationale n'être pas sûre que la suppression du délai améliorerait l'accès à l'IVG. La mesure ne fait pas partie de votre plan du 17 janvier, ajoutiez-vous. Dans certains cas, comme celui de la grossesse avancée, ce délai est déjà réduit. Il pourrait l'être, envisagiez-vous, pour l'IVG médicamenteuse durant les cinq premières semaines. Vous concluez que le délai de réflexion était utile en vous interrogeant sur l'opportunité de le laisser à cinq jours.

Cette question difficile mérite un examen approfondi dans un texte dédié. Que le médecin puisse proposer un délai de réflexion, sans obligation, nous aurions pu l'accepter. À l'issue du délai, certaines femmes renoncent.

Mme Nicole Bricq. – Pourquoi n'avoir pas proposé un amendement ?

M. Alain Milon, président de la commission. – Parce que le sujet mérite un texte dédié, pas un amendement voté à 2 heures du matin.

Mme Nicole Bricq. – Il est 16 h 15.

M. Alain Milon, président de la commission. – La méthode n'est pas la bonne. Avis défavorable.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Ma propre réflexion a évolué. J'ai présenté le plan d'accès à l'IVG peu de jours après le 11 janvier. Au moment où la France se rassemblait, fallait-il donner le sentiment que nous en tirions parti pour faire passer des mesures qui appellent des débats ? Vous nous l'avez assez reproché à propos du mariage pour tous... J'ai

donc décidé de ne pas inclure la suppression du délai de réflexion dans le plan.

Lors du dépôt de ce projet de loi, je souhaitais mettre en discussion la réduction ou la suppression du délai. J'hésitais, je le dis en toute franchise. J'étais plutôt favorable à un délai symbolique, de 24 heures par exemple. Mais on m'a répondu que cela ne changerait rien en pratique et que les femmes étaient capables de prendre leur décision en toute responsabilité. J'ai été convaincue. Vous auriez pu citer d'autres de mes propos, à d'autres moments du débat.

M. Gilbert Barbier. – Madame la ministre, la réalité est que vous avez été soumise à une pression très forte de votre majorité à l'Assemblée nationale.

Mme Nicole Bricq. – Mme la ministre est capable de résister aux pressions, nous l'avons vu ici.

M. Gilbert Barbier. – L'IVG n'est pas un acte banal. Relisez Mme Veil, que vous mettez de votre côté...

Mme Nicole Bricq. – Nous l'avons soutenue !

M. Gilbert Barbier. – ... après l'avoir beaucoup combattue dans d'autres domaines. Si l'on supprime le délai de réflexion, les femmes pourront exiger que l'on pratique l'IVG dès leur arrivée chez le médecin. Ce n'est possible ni matériellement ni éthiquement. Exiger un petit temps de réflexion, ce n'est pas cela qui réduira les chances des femmes.

Mme Nicole Bricq. – C'est le principe de responsabilité qui est en jeu. La femme, comme l'homme, a une responsabilité libre et entière. Soyez libéraux dans tous les domaines, monsieur Barbier. Forte de mon grand âge, je me souviens des débats lorsque nous vivions sous le joug de la loi de 1920. On continue de culpabiliser les femmes : « Tu as péché, tu dois souffrir ». C'est inacceptable.

Monsieur le président Milon, on légifère aussi la nuit, en pleine responsabilité ! Et monsieur Barbier, ne faites pas injure à Mme la ministre. Elle a montré au Sénat qu'elle était parfaitement capable de résister aux pressions. On cite beaucoup Simone Veil. N'oublions pas Lucien Neuwirth, à qui nous devons la législation sur la contraception. Il a été député, mais surtout sénateur. Faisons-lui honneur en votant ces amendements identiques.

Mme Dominique Gillot. – Les arguments échangés sont parfois plus idéologiques que sanitaires... Imposer aux femmes ce délai de réflexion, c'est les infantiliser. Elles ont déjà réfléchi avant d'aller consulter un médecin.

Mme Laurence Cohen. – Il est étonnant que l'on discute aussi longtemps de ces amendements. Tout acquis, dans ce domaine, est le résultat des mouvements sociaux et de l'engagement d'hommes et de femmes courageux. La décision d'une IVG regarde les femmes. Et on leur dit : « Êtes-vous bien sûre de vous ? » Sommes-nous des mineures ? Devrons-nous

encore longtemps nous soumettre à l'ordre patriarcal ? Il est temps de voter cet amendement, sans tergiverser.

Mme Chantal Jouanno. – Au nom de la délégation aux droits des femmes, j'apprécie la tenue du débat. La suppression du délai de réflexion correspond à une recommandation du Haut Conseil pour l'égalité entre femmes et hommes, mais aussi de la délégation aux droits des femmes, après de nombreuses auditions.

Franchir le seuil du cabinet du médecin est déjà un choix douloureux. Les femmes sont capables de décider.

Mme Evelyne Yonnet. – Je soutiendrai Mme la ministre. Appartenant à l'ancienne génération, je me souviens de toutes les luttes des femmes, bien avant la loi Veil. Mme la ministre veut laisser aux femmes la liberté de choisir. Nous sommes des femmes libres. Dans les années 1970, on scandait dans les manifestations « un enfant si je veux, quand je veux ».

Mme Catherine Génisson. – Merci à Mme Touraine pour l'humanité avec laquelle elle a décrit l'évolution de sa position. Un médecin peut parfaitement proposer un délai de réflexion s'il voit la femme hésitante. Tout se dit dans le colloque singulier.

M. Alain Milon, président de la commission. – La première chambre civile de la Cour de cassation, dans un arrêt du 11 mars 2010, a jugé que, pour tout acte chirurgical...

Mme Laurence Cohen. – Instrumental...

M. Alain Milon, président de la commission. – ... le chirurgien doit laisser un temps de réflexion suffisamment long au patient. Il faudra l'écrire dans le texte pour éviter tout problème juridique.

À la demande de la commission, les amendements identiques n^{os} 5 rectifié quater, 468, 640, 731 et 1113 sont mis aux voix par scrutin public.

M. le président. – Voici le résultat du scrutin n°257 :

Nombre de votants.....	328
Nombre de suffrages exprimés.....	328
Pour l'adoption.....	177
Contre.....	151

Le Sénat a adopté.

L'article 17 bis est rétabli.

(Applaudissements à gauche ; Mme Chantal Jouanno applaudit aussi)

ARTICLE ADDITIONNEL

M. le président. – Amendement n°7 rectifié, présenté par Mmes Laborde, Billon et Blondin, M. Bonnacarrère, Mme Bouchoux, M. Castelli, Mme Cohen, M. Détraigne, Mmes Gatel et Gonthier-Maurin, MM. Guérini, Guerriau, L. Hervé et Houpert,

Mmes Jouanno et Jouve, M. Kern, Mmes Malherbe et Morin-Desailly et M. Requier.

Après l'article 17 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 2212-10, il est inséré un article L. 2212-10-... ainsi rédigé :

« Art. L. 2212-10-... – Les articles L. 2212-1 à L. 2212-10 sont applicables à l'interruption volontaire de grossesse pratiquée pour motif médical visée à l'article L. 2213-1, à condition que cette interruption soit pratiquée avant la fin de la douzième semaine de grossesse. » ;

2° L'article L. 2213-2 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les articles L. 2212-1 à L. 2212-11 sont applicables à l'interruption volontaire de grossesse pratiquée pour motif médical à condition que cette interruption soit pratiquée avant la fin de la douzième semaine de grossesse. »

Mme Chantal Jouanno. – Cet amendement, dans la même logique que le précédent, entend réduire les difficultés auxquelles font face les femmes. Certaines se voient refuser l'acte au motif que la décision est subordonnée à l'avis de l'équipe pluridisciplinaire alors qu'elles n'ont pas dépassé le délai de douze semaines.

M. Alain Milon, président de la commission. – Cette pratique est choquante. L'IVG ne peut être refusée aux femmes avant le délai de douze semaines. Les médecins qui ne veulent pas s'en charger peuvent invoquer la clause de conscience. C'est un problème de pratique qui se réglera mieux par circulaire que par une redondance dans la loi.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Le droit est clair. L'IVG est un droit jusqu'à douze semaines de grossesse. Avec les plans régionaux d'accès à l'IVG, nous pourrions nous assurer que le droit à l'IVG est effectif - manifestement, il ne l'est pas toujours. Retrait, sinon rejet.

Mme Chantal Jouanno. – Soit, mais il serait utile de rappeler les règles en vigueur, y compris la loi d'août 2014.

L'amendement n°7 rectifié est retiré.

ARTICLE 18 (Supprimé)

M. le président. – Amendement n°469, présenté par Mme Génisson et les membres du groupe socialiste et républicain.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

I. – Le déploiement du mécanisme du tiers payant, permettant de pratiquer la dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires de l'assurance maladie, s'effectue,

sous les conditions et garanties fixées au présent article, selon les modalités suivantes :

1° À compter du 1^{er} juillet 2016, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie est tenu de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

2° À compter du 31 décembre 2016, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° du même article L. 322-3, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ;

3° Au plus tard le 31 octobre 2015, les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance transmettent conjointement au ministre chargé de la sécurité sociale un rapport présentant les solutions techniques permettant la mise en place du mécanisme du tiers payant simultanément sur les parts couvertes par les régimes obligatoires d'assurance maladie et sur celles couvertes par les organismes d'assurance maladie complémentaire au profit de l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie. Il inclut nécessairement le déploiement d'une solution technique commune permettant d'adresser aux professionnels de santé ayant fait ce choix un flux unique de paiement. Ce rapport est établi notamment au vu des attentes exprimées par les professionnels de santé. Il détermine et évalue la faisabilité opérationnelle et financière des solutions techniques permettant d'assurer aux professionnels de santé la simplicité de l'utilisation, la lisibilité des droits et la garantie du paiement. Il mentionne les calendriers et les modalités de test des solutions envisagées au cours de l'année 2016, en vue de parvenir à ouvrir à tous le bénéfice effectif du tiers payant à compter du 1^{er} janvier 2017 ;

4° À compter du 1^{er} janvier 2017, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et sur celle couverte par leur organisme d'assurance maladie complémentaire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie ainsi que les organismes d'assurance maladie complémentaire, pour le bénéfice de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, sont tenus de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

5° À compter du 30 novembre 2017, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant à

l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie sur les dépenses mentionnées au 4°.

II. – Le déploiement du tiers payant fait l'objet de rapports sur les conditions de son application, qui sont transmis au ministre chargé de la sécurité sociale :

1° Au 30 octobre 2016, un rapport par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, en lien avec les organismes nationaux des autres régimes d'assurance maladie, pour son application aux bénéficiaires mentionnés au 1° du I et sur la situation générale ;

2° Avant le 30 septembre 2017, un rapport par les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance pour le déploiement mentionné au 4° du même I.

III. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 133-4 est ainsi modifié :

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

« Si le professionnel ou l'établissement n'a ni payé le montant réclamé, ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir. » ;

b) Au dernier alinéa, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « quatre » ;

2° L'article L. 161-1-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent article ne peut, conformément à l'article L. 161-15-1, avoir de conséquences sur le service des prestations en nature de l'assurance maladie que pour les seules situations touchant au non-respect de la condition de résidence mentionnée à l'article L. 380-1. » ;

3° Au début de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 322-1, sont ajoutés les mots : « Elle est versée au professionnel de santé dans le cadre du mécanisme du tiers payant ou » ;

4° L'article L. 315-1 est complété par un VI ainsi rédigé :

« VI. – Le service du contrôle médical transmet, sauf opposition du bénéficiaire, les informations de nature médicale qu'il détient, notamment le protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1, en cas de changement d'organisme ou de régime d'assurance maladie, au nouveau service chargé du contrôle médical dont relève l'assuré. » ;

5° L'article L. 322-2 est ainsi modifié :

a) Le dernier alinéa du II est ainsi modifié :

- après la première occurrence du mot : « être », la fin de la première phrase est ainsi rédigée : « payée directement par l'assuré à l'organisme d'assurance

maladie, prélevée sur le compte bancaire de l'assuré après autorisation de ce dernier ou encore récupérée par l'organisme d'assurance maladie sur les prestations de toute nature à venir. » ;

- après la même première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Ce décret fixe également les modalités de recueil de l'autorisation de l'assuré de prélèvement sur son compte bancaire et de renoncement à cette autorisation. » ;

b) Après la première occurrence du mot : « être », la fin de la première phrase du sixième alinéa du III est ainsi rédigée : « payées, prélevées ou récupérées selon les modalités prévues au dernier alinéa du II. » ;

6° La section 4 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} est complétée par des articles L. 161-36-3 et L. 161-36-4 ainsi rétablis :

« Art. L. 161-36-3. – Lorsque le professionnel de santé applique le tiers payant, le paiement de la part prise en charge par l'assurance maladie est garanti, dès lors qu'il utilise la carte électronique de l'assuré mentionnée à l'article L. 161-31 et qu'elle ne figure pas sur la liste d'opposition prévue au même article. Ce paiement intervient dans un délai maximal fixé par décret. Ce décret fixe également les cas dans lesquels le paiement peut être garanti au professionnel s'il est amené exceptionnellement à pratiquer le tiers payant au vu d'autres justificatifs de droits.

« Le non-respect du délai mentionné au premier alinéa ouvre droit, pour le professionnel de santé concerné, sans préjudice des sommes dues, au versement d'une pénalité, selon des modalités fixées par décret.

« Les délais de paiement de chaque organisme d'assurance maladie font l'objet d'une publication périodique, dans des conditions définies par décret.

« Les organismes d'assurance maladie fournissent au professionnel de santé les informations nécessaires au suivi du paiement de chaque acte ou consultation pour lequel il a pratiqué le tiers payant.

« Art. L. 161-36-4. – Pour bénéficier du tiers payant chez un professionnel de santé exerçant en ville, l'assuré doit remplir les conditions suivantes :

« 1° Présenter au professionnel de santé la carte électronique mentionnée à l'article L. 161-31 ;

« 2° Avoir donné l'autorisation prévue au II de l'article L. 322-2 ;

« 3° S'agissant des actes et des prestations dispensés par les médecins, ne pas se trouver dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 ;

« 4° S'agissant de la délivrance de médicaments, respecter les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7. » ;

7° À l'article L. 162-21-1, après le mot : « hospitalisation », sont insérés les mots : « et des frais

relatifs aux actes et consultations externes mentionnés aux articles L. 162-26 et L. 162-26-1 ».

IV. – À l'article L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime, le mot : « huitième » est remplacé par le mot : « neuvième » et les mots : « du neuvième » sont remplacés par les mots : « de l'avant-dernier ».

V. – L'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa, après la dernière occurrence du mot : « code », sont insérés les mots : « , qu'elles permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « et des actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique. Elles prévoient également l'exclusion totale ou partielle » sont remplacés par les mots : « ainsi que ».

VI. – Le 1° du V entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017.

VII. – L'assurance maladie assume la mission générale de pilotage du déploiement et de l'application du tiers payant. Elle assure, en liaison avec les organismes d'assurance maladie complémentaire, la cohérence et la performance des dispositifs permettant aux professionnels de santé de mettre en œuvre ce mécanisme au profit des bénéficiaires de l'assurance maladie. Un décret définit les conditions dans lesquelles un comité de pilotage, composé de représentants de l'État, des organismes d'assurance maladie, des organismes d'assurance maladie complémentaire, des professionnels de santé et des usagers du système de santé, évalue le déploiement et l'application du tiers payant, identifie les difficultés rencontrées par les professionnels de santé et formule, le cas échéant, les préconisations d'amélioration.

Mme Catherine Génisson. – Nous demandons le rétablissement de l'article 18 généralisant le tiers payant pour les consultations de médecine de ville. Le renoncement aux soins pour raisons financières est une réalité. Cette mesure technique est une mesure sociale : les patients qui peinent à avancer les frais n'hésiteront plus, ceux couverts par la CMU seront reçus.

Certains médecins se sont sentis blessés : ils y voient un acte de défiance quand ils s'efforcent de recevoir tous les malades. D'autres, les plus nombreux, craignent que les lourdeurs administratives ne leur prennent du temps médical.

M. le président. – Votre temps de parole est dépassé.

Mme Catherine Génisson. – D'autres enfin arguent que c'est une mesure touchant à l'architecture générale de notre système de santé et qu'il faudrait

revoir l'articulation entre régimes de base et complémentaires.

M. le président. – Amendement n°732 rectifié, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

I. – Le déploiement du mécanisme du tiers payant, permettant de pratiquer la dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires de l'assurance maladie, s'effectue, sous les conditions et garanties fixées au présent article, selon les modalités suivantes :

1° À compter du 1^{er} juillet 2016, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie est tenu de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

2° À compter du 31 décembre 2016, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° du même article L. 322-3, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ;

3° Au plus tard le 31 octobre 2015, les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance transmettent conjointement au ministre chargé de la sécurité sociale un rapport présentant les solutions techniques permettant la mise en place du mécanisme du tiers payant simultanément sur les parts couvertes par les régimes obligatoires d'assurance maladie et sur celles couvertes par les organismes d'assurance maladie complémentaire au profit de l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie. Il inclut nécessairement le déploiement d'une solution technique commune permettant d'adresser aux professionnels de santé ayant fait ce choix un flux unique de paiement. Ce rapport est établi notamment au vu des attentes exprimées par les professionnels de santé. Il détermine et évalue la faisabilité opérationnelle et financière des solutions techniques permettant d'assurer aux professionnels de santé la simplicité de l'utilisation, la lisibilité des droits et la garantie du paiement. Il mentionne les calendriers et les modalités de test des solutions envisagées au cours de l'année 2016, en vue de parvenir à ouvrir à tous le bénéfice effectif du tiers payant à compter du 1^{er} janvier 2017 ;

4° À compter du 1^{er} janvier 2017, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie

obligatoire et sur celle couverte par leur organisme d'assurance maladie complémentaire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie ainsi que les organismes d'assurance maladie complémentaire, pour le bénéfice de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, sont tenus de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

5° À compter du 30 novembre 2017, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant à l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie sur les dépenses mentionnées au 4°.

II. – Le déploiement du tiers payant fait l'objet de rapports sur les conditions de son application, qui sont transmis au ministre chargé de la sécurité sociale :

1° Au 30 novembre 2016, un rapport par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, en lien avec les organismes nationaux des autres régimes d'assurance maladie, pour son application aux bénéficiaires mentionnés au 1° du I ;

2° Avant le 30 septembre 2017, un rapport par les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance pour le déploiement mentionné au 4° du même I.

III. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 133-4 est ainsi modifié :

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

« Si le professionnel ou l'établissement n'a ni payé le montant réclamé, ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir. » ;

b) Au dernier alinéa, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « quatre » ;

2° L'article L. 161-1-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent article ne peut, conformément à l'article L. 161-15-1, avoir de conséquences sur le service des prestations en nature de l'assurance maladie que pour les seules situations touchant au non-respect de la condition de résidence mentionnée à l'article L. 380-1. » ;

3° Au début de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 322-1, sont ajoutés les mots : « Elle est versée au professionnel de santé dans le cadre du mécanisme du tiers payant ou » ;

4° L'article L. 315-1 est complété par un VI ainsi rédigé :

« VI. – Le service du contrôle médical transmet, sauf opposition du bénéficiaire, les informations de nature médicale qu'il détient, notamment le protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1, en cas de changement d'organisme ou de régime d'assurance maladie, au

nouveau service chargé du contrôle médical dont relève l'assuré. » ;

5° La section 4 du chapitre Ier du titre VI du livre Ier est complétée par des articles L. 161-36-3 et L. 161-36-4 ainsi rétablis :

« Art. L. 161-36-3. – Lorsque le professionnel de santé applique le tiers payant, le paiement de la part prise en charge par l'assurance maladie est garanti, dès lors qu'il utilise la carte électronique de l'assuré mentionnée à l'article L. 161-31 et qu'elle ne figure pas sur la liste d'opposition prévue au même article. Ce paiement intervient dans un délai maximal fixé par décret. Ce décret fixe également les cas dans lesquels le paiement peut être garanti au professionnel s'il est amené exceptionnellement à pratiquer le tiers payant au vu d'autres justificatifs de droits.

« Le non-respect du délai mentionné au premier alinéa ouvre droit, pour le professionnel de santé concerné, sans préjudice des sommes dues, au versement d'une pénalité, selon des modalités fixées par décret.

« Les délais de paiement de chaque organisme d'assurance maladie font l'objet d'une publication périodique, dans des conditions définies par décret.

« Les organismes d'assurance maladie fournissent au professionnel de santé les informations nécessaires au suivi du paiement de chaque acte ou consultation pour lequel il a pratiqué le tiers payant.

« Art. L. 161-36-4. – Pour bénéficier du tiers payant chez un professionnel de santé exerçant en ville, l'assuré doit remplir les conditions suivantes :

« 1° Présenter au professionnel de santé la carte électronique mentionnée à l'article L. 161-31 ;

« 2° Avoir donné l'autorisation prévue au II de l'article L. 322-2 ;

« 3° S'agissant des actes et des prestations dispensés par les médecins, ne pas se trouver dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 ;

« 4° S'agissant de la délivrance de médicaments, respecter les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7. » ;

6° À l'article L. 162-21-1, après le mot : « hospitalisation », sont insérés les mots : « et des frais relatifs aux actes et consultations externes mentionnés aux articles L. 162-26 et L. 162-26-1 ».

IV. – À l'article L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime, le mot : « huitième » est remplacé par le mot : « neuvième » et les mots : « du neuvième » sont remplacés par les mots : « de l'avant-dernier ».

V. – L'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa, après la dernière occurrence du mot : « code », sont insérés les mots : « , qu'elles permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant

l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « et des actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique. Elles prévoient également l'exclusion totale ou partielle » sont remplacés par les mots : « ainsi que ».

VI. – Le 1° du V entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017.

VII. – L'assurance maladie assume la mission générale de pilotage du déploiement et de l'application du tiers payant. Elle assure, en liaison avec les organismes d'assurance maladie complémentaire, la cohérence et la performance des dispositifs permettant aux professionnels de santé de mettre en œuvre ce mécanisme au profit des bénéficiaires de l'assurance maladie. Un décret définit les conditions dans lesquelles un comité de pilotage, composé de représentants de l'État, des organismes d'assurance maladie, des organismes d'assurance maladie complémentaire, des professionnels de santé et des usagers du système de santé, évalue le déploiement et l'application du tiers payant, identifie les difficultés rencontrées par les professionnels de santé et formule, le cas échéant, les préconisations d'amélioration.

Mme Laurence Cohen. – Alors que nous célébrons le 70^e anniversaire de la sécurité sociale, la généralisation du tiers payant représente, pour le groupe communiste républicain et citoyen, une étape importante pour faire reculer le renoncement aux soins, même s'il ne règle pas la question des dépassements d'honoraires, du coût de gestion estimé à 3,50 euros par consultation ou celle du très faible remboursement des frais d'optique et dentaires. D'après nous, il faut aller vers une couverture de ces frais à 100 %, en commençant par les jeunes.

M. le président. – Amendement n°910, présenté par Mme Archimbaud et les membres du groupe écologiste.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

I. – Le déploiement du mécanisme du tiers payant permettant de pratiquer la dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires de l'assurance maladie s'effectue, sous les conditions et garanties fixées par le présent article, selon les modalités suivantes :

1° À compter du 1^{er} juillet 2016, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée au 3° et 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie est tenu de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

2° À compter du 31 décembre 2016, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant à l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée au 3° et 4° de l'article L. 322-3, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'à l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ;

3° Au plus tard le 31 octobre 2015, les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance transmettent conjointement au ministre chargé de la sécurité sociale un rapport présentant les solutions techniques permettant la mise en place du mécanisme du tiers payant simultanément sur les parts couvertes par les régimes obligatoires d'assurance maladie et les organismes d'assurance maladie complémentaire au profit de l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie. Il inclut nécessairement le déploiement d'une solution technique commune permettant d'adresser aux professionnels de santé ayant fait ce choix un flux unique de paiement. Ce rapport, établi notamment au vu des attentes exprimées par les professionnels de santé, mentionne les calendriers et modalités de test des solutions envisagées au cours de l'année 2016, en vue de parvenir à ouvrir à tous le bénéfice effectif du tiers payant à compter du 1^{er} janvier 2017 ;

4° À compter du 1^{er} janvier 2017, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et sur celle couverte par leur organisme d'assurance maladie complémentaire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie ainsi que les organismes d'assurance maladie complémentaire pour le bénéfice des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale sont tenus de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

5° À compter du 30 novembre 2017, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant à l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie sur les dépenses mentionnées au 4°.

II. – Le déploiement du tiers payant fait l'objet de rapports sur les conditions de son application, qui sont transmis au ministre chargé de la sécurité sociale :

1° Au 30 novembre 2016 par la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, en lien avec les organismes nationaux des autres régimes d'assurance maladie, pour son application aux bénéficiaires mentionnés au 1° du I ;

2° Avant le 30 septembre 2017 par les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance pour le déploiement mentionné au 4° du I.

III. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 133-4 est ainsi modifié :

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

« Si le professionnel ou l'établissement, n'a ni payé le montant réclamé ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir. » ;

b) Au dernier alinéa le mot : « trois » est remplacé par le mot : « quatre » ;

2° L'article L. 161-1-4, est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions du présent article ne peuvent, conformément aux dispositions de l'article L. 161-15-1, avoir de conséquences sur le service des prestations en nature de l'assurance maladie que pour les seules situations touchant au non-respect de la condition de résidence mentionnée à l'article L. 380-1. » ;

3° Au début de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 322-1, sont insérés les mots :

« Elle est versée au professionnel de santé dans le cadre du mécanisme du tiers payant ou » ;

4° L'article L. 315-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« VI. – Le service du contrôle médical transmet, sauf opposition du bénéficiaire, les informations de nature médicale qu'il détient, notamment le protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1, en cas de changement d'organisme ou de régime d'assurance maladie, au nouveau service en charge du contrôle médical dont relève l'assuré. » ;

5° L'article L. 322-2 est ainsi modifié :

a) au septième alinéa, les mots : « versée directement par l'assuré à la caisse d'assurance maladie ou être récupérée par elle auprès de l'assuré sur les prestations à venir » sont remplacés par les mots et la phrase : « payée directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie, prélevée sur le compte bancaire de l'assuré après autorisation de ce dernier ou encore récupérée par l'organisme d'assurance maladie sur les prestations de toute nature à venir. Ce décret fixe également les modalités de recueil de l'autorisation de l'assuré de prélèvement sur son compte bancaire et de renoncement à cette autorisation. » ;

b) au treizième alinéa, les mots : « versées directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie dont il relève ou peuvent être récupérées par ce dernier auprès de l'assuré sur les prestations de toute nature à venir » sont remplacés par les mots : « payées, prélevées ou récupérées selon les modalités prévues au dernier alinéa du II ci-dessus » ;

6° La section 4 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er}, est complétée par deux articles L. 161-36-3 et L. 161-36-4 ainsi rédigés :

« Art. L. 161-36-3. – Lorsque le professionnel de santé applique le tiers payant, le paiement de la part prise en charge par l'assurance maladie est garanti, dès lors qu'il utilise la carte électronique de l'assuré mentionnée à l'article L. 161-31 du présent code et qu'elle ne figure pas sur la liste d'opposition prévue par cet article. Ce paiement intervient dans un délai maximum fixé par décret. Ce décret fixe également les cas dans lesquels le paiement peut être garanti au professionnel s'il est amené exceptionnellement à pratiquer le tiers payant au vu d'autres justificatifs de droits.

« Le non-respect de ce délai ouvre droit pour le professionnel de santé concerné, sans préjudice des sommes dues, au versement d'une pénalité selon des modalités fixées par décret.

« Les délais de paiement de chaque organisme d'assurance maladie font l'objet d'une publication périodique dans des conditions définies par décret.

« Les organismes d'assurance maladie fournissent au professionnel de santé les informations nécessaires au suivi du paiement de chaque acte ou consultation pour lequel il a pratiqué le tiers payant. » ;

« Art. L. 161-36-4. – Pour bénéficier du tiers payant chez un professionnel de santé exerçant en ville, l'assuré doit remplir les conditions suivantes :

« 1° Présenter au professionnel de santé la carte électronique mentionnée à l'article L. 161-31 ;

« 2° Avoir donné l'autorisation prévue au II de l'article L. 322-2 ;

« 3° S'agissant des actes et prestations dispensés par les médecins, ne pas se trouver dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 ;

« 4° S'agissant de la délivrance de médicaments, respecter les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7. » ;

7° Au premier alinéa de l'article L. 871-1, après la quatrième occurrence du mot : « code », sont insérés les mots : « , qu'elles permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, ».

IV. – Le 7° entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017.

V – L'assurance maladie assume la mission générale de pilotage du déploiement et de l'application du tiers payant. Elle assure, en liaison avec les organismes d'assurance maladie complémentaire, la cohérence et la performance des dispositifs permettant aux professionnels de santé de mettre en œuvre ce mécanisme au profit des bénéficiaires de l'assurance maladie.

Mme Aline Archimbaud. – La suppression de l'article 18 par notre commission dénature le texte et constitue un grave recul social. On observe un pourcentage important et inquiétant de renoncements aux soins dans la crise sociale que nous traversons. Si

les plus pauvres ont accès au tiers payant grâce à la CMU-c, ce n'est pas le cas de ceux qui se trouvent juste au-dessus des seuils fixés pour bénéficier de celle-ci. Et nos concitoyens plus aisés ne sont pas à l'abri d'une rupture sociale. La généralisation progressive du tiers payant correspond ainsi à l'état de notre société.

Les préoccupations des professionnels de santé sont légitimes. Oui, il faut régler les problèmes techniques – un groupe de travail est à l'œuvre qui réunit les médecins, la Cnam et les complémentaires santé. Cela devrait être possible : le tiers payant existe et fonctionne depuis longtemps dans les pharmacies.

M. le président. – Amendement n°1199, présenté par le Gouvernement.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

I A. – Le déploiement du mécanisme du tiers payant, permettant de pratiquer la dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires de l'assurance maladie, s'effectue, sous les conditions et garanties fixées au présent article, selon les modalités suivantes :

1° À compter du 1^{er} juillet 2016, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie est tenu de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

2° À compter du 31 décembre 2016, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° du même article L. 322-3, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ;

3° Au plus tard le 31 octobre 2015, les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance transmettent conjointement au ministre chargé de la sécurité sociale un rapport présentant les solutions techniques permettant la mise en place du mécanisme du tiers payant simultanément sur les parts couvertes par les régimes obligatoires d'assurance maladie et sur celles couvertes par les organismes d'assurance maladie complémentaire au profit de l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie. Il inclut nécessairement le déploiement d'une solution technique commune permettant d'adresser aux professionnels de santé ayant fait ce choix un flux unique de paiement. Ce rapport est établi notamment au vu des attentes exprimées par les professionnels de santé. Il détermine et évalue la faisabilité opérationnelle et financière des solutions techniques permettant d'assurer aux

professionnels de santé la simplicité de l'utilisation, la lisibilité des droits et la garantie du paiement. Il mentionne les calendriers et les modalités de test des solutions envisagées au cours de l'année 2016, en vue de parvenir à ouvrir à tous le bénéfice effectif du tiers payant à compter du 1^{er} janvier 2017 ;

4° À compter du 1^{er} janvier 2017, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et sur celle couverte par leur organisme d'assurance maladie complémentaire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie ainsi que les organismes d'assurance maladie complémentaire, pour le bénéfice de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, sont tenus de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

5° À compter du 30 novembre 2017, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant à l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie sur les dépenses mentionnées au 4°.

I B. – Le déploiement du tiers payant fait l'objet de rapports sur les conditions de son application, qui sont transmis au ministre chargé de la sécurité sociale :

1° Au 30 novembre 2016, un rapport par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, en lien avec les organismes nationaux des autres régimes d'assurance maladie, pour son application aux bénéficiaires mentionnés au 1° du I A ;

2° Avant le 30 septembre 2017, un rapport par les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance pour le déploiement mentionné au 4° du même I A.

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

1° L'article L. 133-4 est ainsi modifié :

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

« Si le professionnel ou l'établissement n'a ni payé le montant réclamé, ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir. » ;

b) Au dernier alinéa, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « quatre » ;

2° L'article L. 161-1-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent article ne peut, conformément à l'article L. 161-15-1, avoir de conséquences sur le service des prestations en nature de l'assurance maladie que pour les seules situations touchant au non-respect de la condition de résidence mentionnée à l'article L. 380-1. » ;

3° Au début de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 322-1, sont ajoutés les mots : « Elle est

versée au professionnel de santé dans le cadre du mécanisme du tiers payant ou » ;

4° L'article L. 315-1 est complété par un VI ainsi rédigé :

« VI. – Le service du contrôle médical transmet, sauf opposition du bénéficiaire, les informations de nature médicale qu'il détient, notamment le protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1, en cas de changement d'organisme ou de régime d'assurance maladie, au nouveau service chargé du contrôle médical dont relève l'assuré. » ;

5° L'article L. 322-2 est ainsi modifié :

a) Le dernier alinéa du II est ainsi modifié :

- après la première occurrence du mot : « être », la fin de la première phrase est ainsi rédigée : « payée directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie, prélevée sur le compte bancaire de l'assuré après autorisation de ce dernier ou encore récupérée par l'organisme d'assurance maladie sur les prestations de toute nature à venir. » ;

- après la même première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Ce décret fixe également les modalités de recueil de l'autorisation de l'assuré de prélèvement sur son compte bancaire et de renoncement à cette autorisation. » ;

b) Après la première occurrence du mot : « être », la fin de la première phrase du sixième alinéa du III est ainsi rédigée : « payées, prélevées ou récupérées selon les modalités prévues au dernier alinéa du II. » ;

6° La section 4 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} est complétée par des articles L. 161-36-3 et L. 161-36-4 ainsi rétablis :

« Art. L. 161-36-3. - Lorsque le professionnel de santé applique le tiers payant, le paiement de la part prise en charge par l'assurance maladie est garanti, dès lors qu'il utilise la carte électronique de l'assuré mentionnée à l'article L. 161-31 et qu'elle ne figure pas sur la liste d'opposition prévue au même article. Ce paiement intervient dans un délai maximal fixé par décret. Ce décret fixe également les cas dans lesquels le paiement peut être garanti au professionnel s'il est amené exceptionnellement à pratiquer le tiers payant au vu d'autres justificatifs de droits.

« Le non-respect du délai mentionné au premier alinéa ouvre droit, pour le professionnel de santé concerné, sans préjudice des sommes dues, au versement d'une pénalité, selon des modalités fixées par décret.

« Les délais de paiement de chaque organisme d'assurance maladie font l'objet d'une publication périodique, dans des conditions définies par décret.

« Les organismes d'assurance maladie fournissent au professionnel de santé les informations nécessaires au suivi du paiement de chaque acte ou consultation pour lequel il a pratiqué le tiers payant.

« Art. L. 161-36-4. - Pour bénéficier du tiers payant chez un professionnel de santé exerçant en ville, l'assuré doit remplir les conditions suivantes :

« 1° Présenter au professionnel de santé la carte électronique mentionnée à l'article L. 161-31 ;

« 2° Avoir donné l'autorisation prévue au II de l'article L. 322-2 lorsque le montant dû par le bénéficiaire au titre des II et III du même article excède un seuil fixé par décret et n'a pas été acquitté ;

« 3° S'agissant des actes et des prestations dispensés par les médecins, ne pas se trouver dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 ;

« 4° S'agissant de la délivrance de médicaments, respecter les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7. » ;

7° À l'article L. 162-21-1, après le mot : « hospitalisation », sont insérés les mots : « et des frais relatifs aux actes et consultations externes mentionnés aux articles L. 162-26 et L. 162-26-1 ».

III. – À l'article L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime, le mot : « huitième » est remplacé par le mot : « neuvième » et les mots : « du neuvième » sont remplacés par les mots : « de l'avant-dernier ».

IV. – L'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa, après la dernière occurrence du mot : « code », sont insérés les mots : « , qu'elles permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « et des actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique. Elles prévoient également l'exclusion totale ou partielle » sont remplacés par les mots : « ainsi que ».

V. – Le 1° du IV entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017.

VI. – L'assurance maladie assume la mission générale de pilotage du déploiement et de l'application du tiers payant. Elle assure, en liaison avec les organismes d'assurance maladie complémentaire, la cohérence et la performance des dispositifs permettant aux professionnels de santé de mettre en œuvre ce mécanisme au profit des bénéficiaires de l'assurance maladie. Un décret définit les conditions dans lesquelles un comité de pilotage, composé de représentants de l'État, des organismes d'assurance maladie, des organismes d'assurance maladie complémentaire, des professionnels de santé et des usagers du système de santé, évalue le déploiement et l'application du tiers payant, identifie les difficultés rencontrées par les professionnels de santé et formule, le cas échéant, les préconisations d'amélioration.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Cet amendement poursuit la même logique politique. La rédaction est légèrement différente de celle de l'Assemblée nationale, je vous inviterai à vous y rallier.

L'enjeu est politique. L'objectif est de faciliter l'accès aux soins aux femmes et aux hommes qui renoncent aux soins pour des raisons financières. C'est vrai, des médecins libéraux trouvent des solutions, acceptent par exemple d'encaisser les chèques plus tard. Cependant, il est des patients qui préfèrent renoncer à une consultation plutôt que d'avoir à exposer une difficulté financière.

Un système complexe ? Je rappelle qu'il s'applique déjà à un tiers des actes dans notre pays : à la pharmacie, à l'hôpital mais aussi chez des médecins de ville, les biologistes ou les radiologues.

On annonce des chiffres fantaisistes sur son coût, jusqu'à 3,50 euros par consultation - chiffre qui ne repose sur aucune donnée fiable. Une précision : il ne s'agit pas d'une extension du système actuel mais du déploiement d'un système *ad hoc*. Le Gouvernement est déterminé à mettre en place, par étape, un système simple et sûr garantissant aux professionnels le remboursement dans un délai fixé par décret, la transparence nécessaire, la sécurisation des échanges financiers, un flux unique de paiement. L'Assurance maladie pilotera le déploiement du système. Demain, plus personne n'interrogera son fonctionnement, de la même manière que chacun présente naturellement sa carte Vitale à la pharmacie même s'il a de quoi les payer.

J'entends les arguments techniques. Si les difficultés sont seulement de cet ordre, traitons-les. Elles ne peuvent pas justifier un refus politique du tiers payant.

M. Alain Milon, président de la commission. – Cette mesure a cristallisé l'opposition des médecins. Ceux-ci ne sont pas opposés au tiers payant, ils le pratiquent pour 20 à 40 % de leurs actes pour les populations sous le seuil de pauvreté ou atteintes d'affections de longue durée. Le renoncement aux soins s'explique d'abord par les dépassements d'honoraires et la faible couverture par la sécurité sociale des frais d'optique et dentaires.

Le tiers payant généralisé risque de poser au médecin des problèmes difficiles à surmonter, s'il doit au cas par cas, en fonction de la complémentaire de ses patients, demander le paiement des dépassements qu'il est autorisé à pratiquer. Le système prévu, très complexe, ne sera évalué qu'en novembre 2017, après les présidentielles... Et la Cnam sera mobilisée de nombreux mois, voire des années alors qu'elle a à régler des questions plus urgentes.

La généralisation du tiers payant relève davantage d'une volonté du Gouvernement que des besoins de la population. Avis défavorable aux amendements de rétablissement.

M. Yves Daudigny. – Pourquoi cette opposition ? Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens pratiquent le tiers payant à 100 %. Les médecins également, depuis 1999 et la création de la CMU. Soit 50 % des actes pratiqués dans notre pays. Certains y voient la fin pure et simple de la médecine libérale, une forme de déresponsabilisation des patients ou la garantie de la mainmise des complémentaires sur notre système... Ce sont de mauvais procès, tenus par opportunisme politique ou *a priori* idéologique. Le paiement dans un délai raisonnable sera garanti au médecin. Le groupe socialiste et républicain appuiera avec conviction la généralisation du tiers payant.

Mme Catherine Procaccia. – Le groupe Les Républicains soutiendra la commission car on impose aux médecins un système au lieu d'en discuter avec eux, d'établir un calendrier pour une mise en place progressive - comme on l'a fait pour l'informatisation des cabinets et l'usage de la carte Vitale.

La comparaison avec les pharmaciens ne vaut pas, eux ont souvent une personne à temps plein chargée des affaires administratives, ce qui n'est pas le cas des médecins.

Enfin, les complémentaires offrent des contrats individualisés. Je ne vois pas comment on pourra informatiquement régler cette difficulté. Ce sera ingérable pour les médecins mais aussi source de déception pour les patients qui devront payer quand ils croyaient être couverts à 100 %.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Le renoncement aux soins touche 17 % de la population, 25 % pour les patients en ALD. Le tiers payant social, contrairement à ce qu'en pensent certains, ne suffit pas. L'universalité de l'assurance maladie passe par l'universalité des droits.

Mme Evelyne Yonnet. – Les premiers à ne pas se soigner sont les fonctionnaires - les études le montrent. Le tiers payant généralisé facilitera la prise de conscience que la santé est un atout. Le poste de dépenses le plus délaissé est la santé. Mais ne coûte-t-il pas plus cher de ne pas se soigner ? Je voterai des deux mains l'amendement n°1199 du Gouvernement.

Mme Catherine Génisson. – Notre amendement, par rapport au texte de l'Assemblée nationale, comportait une demande de rapport ; un bilan d'étape dans un an rassurerait les professionnels. Mme la ministre ne peut-elle l'inclure dans son texte ? C'est important pour nos relations avec les professionnels. Je retire notre amendement.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Merci de votre bonne volonté. Je prends ici l'engagement que le rapport prévu comportera des informations à destination des professionnels de santé.

L'amendement n°469 est retiré.

Mme Laurence Cohen. – Le groupe CRC estime qu'il n'est pas bon d'affaiblir l'amendement de la ministre au profit duquel je retire l'amendement n°732.

L'amendement n°732 est retiré.

Mme Aline Archimbaud. – Les différences de formulation sont très faibles : je retire l'amendement n°910.

L'amendement n°910 est retiré.

À la demande de la commission, l'amendement n°1199 est mis aux voix par scrutin public.

M. le président. – Voici le résultat du scrutin n°258 :

Nombre de votants	342
Nombre de suffrages exprimés	334
Pour l'adoption.....	145
Contre	189

Le Sénat n'a pas adopté.

L'article 18 demeure supprimé.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Je le regrette. La généralisation du tiers payant est un des éléments majeurs de ce texte, car la modernisation du système de santé, c'est aussi l'innovation au service de nos concitoyens. Je compte sur la suite du parcours parlementaire...

En application de l'article 44 alinéa 6 du Règlement du Sénat, je demande la réserve de l'article 21 *bis* et des amendements portant article additionnels après cet article, de sorte qu'ils soient examinés lundi 28 septembre, à 10 heures.

M. Alain Milon, président de la commission. – Je me réjouis, pour ma part, que le Sénat ait suivi la position des médecins sur le tiers payant. Avis favorable à la demande de Mme la ministre.

La réserve est ordonnée.

Mise au point au sujet d'un vote

M. Yves Daudigny. – Lors du scrutin qui vient de se dérouler, M. Alain Richard souhaitait s'abstenir, non voter pour.

M. le président. – Acte est donné de cette mise au point. Elle sera publiée au *Journal officiel* et figurera dans l'analyse politique du scrutin.

La séance, suspendue à 17 h 25, reprend à 17 h 35.

Discussion des articles (Suite)

ARTICLE 18 BIS (Supprimé)

M. le président. – Amendement n°1129 rectifié, présenté par MM. Cornano, Antiste, Desplan, J. Gillot,

Masseret et Cazeau, Mmes Blondin et Jourda et MM. Karam et S. Larcher.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Le Gouvernement présente un rapport au Parlement, avant la fin de l'année 2016, indiquant les modalités selon lesquelles il est possible d'instaurer la couverture maladie universelle complémentaire à Mayotte.

M. Jacques Cornano. – Cet amendement rétablit l'article 18 *bis* dans la rédaction votée par l'Assemblée nationale.

La situation sanitaire préoccupante des DOM va de pair avec un contexte économique difficile. Le taux de chômage global est deux fois plus élevé qu'en métropole et celui des jeunes varie entre 40 % et 70 % selon les départements.

Les quatre DOM les plus anciens regroupent 12,5 % des bénéficiaires de la CMU-c, alors qu'ils ne représentent que 3 % de la population française totale.

Mayotte, qui n'était pas un département au moment où cette couverture complémentaire a été instituée, ne dispose pas de la CMU-c. Ses besoins sont tout aussi importants que ceux des autres départements d'outre-mer.

Beaucoup d'habitants renoncent pourtant à se faire soigner en raison des frais à déboursier.

M. Alain Milon, président de la commission. – La commission des affaires sociales n'est guère favorable à la multiplication des rapports... D'où notre avis défavorable. Le président de la République a annoncé l'extension de la CMU-c à Mayotte ; un rapport n'accélèrera pas les choses... Mme la ministre aura peut-être, en revanche, des informations à nous fournir sur l'avancement du chantier et à cela, nous sommes favorables.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Oui, Il est temps de rapprocher le droit en vigueur à Mayotte de celui qui s'applique dans les autres départements français, et le président de la République a annoncé que la CMU-c y serait bientôt étendue.

Les difficultés techniques ne sont pas minces, mais elles sont bien identifiées. La fiabilisation de l'état civil, grâce à la certification des mairies qui délivrent les documents, et l'informatisation de la sécurité sociale sont en marche. Le ticket modérateur devra en outre être généralisé dans l'île, qui dispose d'une faible couverture par les complémentaires. Un tel rapport est tout à fait compatible avec l'engagement du président de la République. Avis favorable.

Mme Dominique Gillot. – La situation sanitaire de Mayotte est préoccupante : l'offre libérale est quasi inexistante et les hôpitaux sont saturés de migrants en situation irrégulière. Étendre à l'Océan Indien le dispositif de l'article 39 de la loi du 29 juillet 2013 pour l'enseignement supérieur et la recherche, sur l'expérimentation de formations plus courte, serait-il envisageable ?

L'aide exceptionnelle du conseil général de Mayotte pourrait également être généralisée et pérennisée.

M. le président. – Veuillez conclure.

Mme Dominique Gillot. – Une étude supplémentaire ne suffira pas, mais elle est utile.

M. Alain Milon, président de la commission. – Monsieur Cornano, à votre place, je m'inquièterais que le Gouvernement soit favorable à un rapport sur les modalités selon lesquelles il serait possible d'instaurer la CMU-c à Mayotte... Sans doute n'est-elle pas prête d'y voir le jour !

L'amendement n°1129 rectifié est adopté.

L'article 18 bis est rétabli.

ARTICLES ADDITIONNELS

M. le président. – Amendement n°913, présenté par Mme Archimbaud et les membres du groupe écologiste.

Après l'article 18 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – L'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Ouvre également droit à la couverture complémentaire mentionnée au premier alinéa du présent article le bénéficiaire du droit mentionné au quatrième alinéa de l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles. »

II. – Le I entre en vigueur à compter du 1^{er} septembre 2016.

Mme Aline Archimbaud. – Aux termes de l'article L. 861-2 du code de la sécurité sociale, les allocataires du RSA socle sont « réputés satisfaire aux conditions » permettant de bénéficier de la CMU-c. Tirons-en toutes les conclusions en rendant automatique l'ouverture et le renouvellement des droits à la CMU-c pour les allocataires du RSA socle. Les systèmes informatiques permettront, dans les semaines à venir, aux CPAM et aux CAF d'échanger les informations nécessaires. Il est inutile et coûteux que les CPAM recommencent le travail de vérification déjà réalisé par les CAF.

Cette mesure correspond à la première proposition du rapport du Défenseur des droits sur les refus de soins des bénéficiaires de la CMU-c, remis en mars 2014. Il y relevait notamment que le taux de non recours s'élevait à plus de 28 % en 2010. Depuis, ce phénomène s'est considérablement accru : 36 % en 2013.

M. Alain Milon, président de la commission. – L'article L. 861-2 que vous citez, prévoit déjà, en son deuxième alinéa, que les allocataires du RSA socle soient réputés éligibles au bénéfice de la CMU-c. Avis défavorable.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Je salue votre engagement constant à rendre effectif l'accès aux droits. Des efforts de simplification très importants ont été réalisés, les CPAM pourront informer utilement les bénéficiaires potentiels et un simulateur de droits sera bientôt en ligne. En l'occurrence, l'automatisme des droits pose problème. Il est bon que le bénéfice de la CMU-c résulte d'une demande. Retrait ?

Mme Aline Archimbaud. – Le droit existe peut-être en principe, mais non en pratique. J'ai téléphoné encore récemment à des directeurs de CPAM, qui me l'ont confirmé : seules des expériences très limitées sont conduites. J'ai rappelé le taux de non-recours, qui est très élevé. Cela pose un important problème de santé publique.

Les CPAM sont surchargées, embolisées, car les dossiers de demande de CMU-c comportent 40 à 60 pièces. Un rapprochement de la Cnaf et de la Cnam serait utile pour simplifier les choses. M. Chérèque, venu nous présenter le rapport annuel de l'Igas au printemps dernier, nous a confirmé l'étendue du problème. Les économies tirées du non-versement de ces prestations auxquelles les gens ont droit, il faut le redire, sont bien inférieures au coût social du phénomène.

L'amendement n°913 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°911 rectifié, présenté par Mme Archimbaud et les membres du groupe écologiste.

Après l'article 18 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Les deux premières phrases du premier alinéa de l'article L. 861-2 du code de la sécurité sociale sont remplacées par trois phrases ainsi rédigées :

« Le revenu fiscal de référence est pris en compte pour la détermination du droit à la protection complémentaire en matière de santé, après déduction des charges consécutive aux versements des pensions et obligations alimentaires, à l'exception du revenu de solidarité active, de certaines prestations à objet spécialisé et de tout ou partie des rémunérations de nature professionnelle lorsque celles-ci ont été interrompues. Un décret en Conseil d'État fixe la liste de ces prestations et rémunérations, les situations dans lesquelles ne sont prises en compte que les ressources des trois derniers mois ainsi que les modalités particulières de détermination des ressources provenant d'une activité non salariée. »

Mme Aline Archimbaud. – Le système actuel d'évaluation des ressources sur douze mois glissants est à la fois complexe pour les demandeurs, dans un contexte de montée du travail précaire, et lourd pour les services instructeurs.

Cet amendement propose d'utiliser le revenu fiscal de référence de l'année n-1 en 2016, puis n à partir de 2017, si le prélèvement à la source entre en vigueur. Cette piste est d'ailleurs suivie par le secrétariat

général pour la modernisation de l'action publique (SGMAP) dans le cadre de l'expérimentation menée en Loire-Atlantique et en Seine-et-Marne sur le non-recours aux droits sociaux. En cas d'« effet retard », de changement brutal de situation, il serait possible, à titre dérogatoire, d'ouvrir les droits en se fondant sur les justificatifs de ressources des trois mois précédant la demande.

M. Alain Milon, président de la commission. – Le système actuel permet de coller au plus près des changements de situation des bénéficiaires. Le mode de calcul ici proposé va à l'inverse de cette logique et ne semble pas de nature à limiter le non-recours aux droits. Avis défavorable.

Mme Marisol Touraine, ministre. – En effet, cet amendement ne simplifie les choses ni pour les demandeurs ni pour les services de l'assurance maladie, car tous les bénéficiaires ne verraient plus leurs droits calculés sur la même base.

Le relèvement du plafond de la CMU-c et de l'aide à la complémentaire santé (ACS) a profité déjà à 700 000 personnes. À cela s'ajoutent la hausse de l'ACS pour les plus de 60 ans et la dispense, pour les allocataires du minimum vieillesse, de toute démarche de renouvellement de leurs droits à l'ACS.

Mme Aline Archimbaud. – Entendu, je le retire.

L'amendement n°911 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°912, présenté par Mme Archimbaud et les membres du groupe écologiste.

Après l'article 18 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le quatrième alinéa de l'article L. 861-5 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le bénéficiaire est informé de l'expiration de ses droits, au moins deux mois avant cette échéance. »

Mme Aline Archimbaud. – Texte même.

M. Alain Milon, président de la commission. – Sagesse.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Un courrier est déjà envoyé au bénéficiaire pour l'en prévenir. Retrait ?

Mme Aline Archimbaud. – En principe, sans doute, mais dans les faits, la surcharge de travail des CPAM les empêche souvent de l'envoyer.

L'amendement n°912 est retiré.

M. le président. – Amendement n°917, présenté par Mme Archimbaud et les membres du groupe écologiste.

Après l'article 18 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1^{er} septembre 2016, un rapport visant à étudier le coût pour les finances sociales du non recours. Ce rapport détaille les coûts sociaux directs et indirects pour les personnes mais aussi pour la collectivité de ce phénomène qui prend de l'ampleur.

Mme Aline Archimbaud. – Le non-recours aux droits semble en première analyse bénéficier aux finances publiques. Mais il serait utile de chiffrer plus précisément les choses. Le SGMAP explique très bien qu'en s'attaquant aux obstacles qui constituent le parcours du combattant de l'accès aux soins, on améliore l'état de santé global de la population et que cela dégage un véritable gisement d'économies, le gisement « moins de maladies ».

M. Alain Milon, président de la commission. – Je souhaite bon courage à celui qui serait chargé de réaliser une telle étude et d'évaluer ces coûts évités. Avis défavorable à un rapport supplémentaire.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Vous avez-vous-même fait référence au rapport de l'Igas présenté par François Chérèque. L'Institut des hautes études de protection sociale réalise aussi des études de cette nature, tout comme la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la santé (Drees). Ce n'est pas l'information qui manque. Retrait ?

L'amendement n°917 est retiré.

M. le président. – Amendement n°915, présenté par Mme Archimbaud et les membres du groupe écologiste.

Après l'article 18 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement présente au Parlement dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi un rapport d'information qui évalue le coût et les bénéfices, financiers et sociaux, d'une élévation du plafond de ressources de la couverture maladie universelle complémentaire au niveau des ressources des bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées et de l'allocation aux adultes handicapés.

Mme Aline Archimbaud. – Les plafonds mensuels des montants de l'Aspa et de l'AAH s'établissent juste au-dessus du plafond de ressources de la CMU-c. Ne pas octroyer celle-ci aux bénéficiaires de ces minima sociaux est une forme d'injustice. Étudier l'élévation du plafond de la CMU-c, pour y mettre fin, serait utile.

M. Alain Milon, président de la commission. – Avis défavorable à une demande de rapport supplémentaire.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Un rapport analogue, prévu par la loi de sécurisation de l'emploi, sera remis tout prochainement. Retrait ?

L'amendement n°915 est retiré.

M. le président. – Amendement n°916, présenté par Mme Archimbaud et les membres du groupe écologiste.

Après l'article 18 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi un rapport sur l'application de la réforme de l'aide au paiement d'une complémentaire santé votée dans la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, et notamment sur l'évolution du reste à charge des bénéficiaires de cette aide.

Mme Aline Archimbaud. – Nous recevons des courriers de gens qui avaient une complémentaire santé ne figurant pas dans le panier actuel de l'ACS, et qui rencontrent des difficultés dans cette période de transition. C'est un amendement d'appel.

M. Alain Milon, président de la commission. – Un rapport sur une réforme entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2015 est un peu prématuré. Retrait ?

Mme Marisol Touraine, ministre. – Oui, c'est une réforme très importante. Des informations doivent être apportées par les assureurs complémentaires. Il appartient au fonds CMU de faire le point sur les conditions dans lesquelles la réforme s'est mise en place.

L'amendement n°916 est retiré.

ARTICLE 18 TER

M. le président. – Amendement n°1215, présenté par le Gouvernement.

Supprimer cet article.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Cet article, introduit en commission, prévoit le renouvellement automatique de l'Aide à la complémentaire santé (ACS), pour les bénéficiaires de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et de l'Allocation adulte handicapé (AAH). Si le renouvellement automatique de l'ACS pour les bénéficiaires de l'Aspa constitue un levier intéressant d'amélioration de l'accès aux soins, cette mesure figure d'ores et déjà dans le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, et doit entrer en vigueur dès 2016.

En revanche, la variabilité des ressources est grande chez les bénéficiaires de l'AAH. Près de 20 % d'entre eux travaillent ; certains vivent en couple avec des personnes dont les revenus sont également variables. Votre amendement accorderait l'ACS à des personnes qui dépassent les plafonds, ce serait inéquitable.

M. Alain Milon, président de la commission. – Sagesse.

*L'amendement n°1215 est adopté
et l'article 18 ter est supprimé.*

ARTICLE 19

Mme Laurence Cohen. – S'il faut évidemment lutter contre le refus de soins, convient-il de confier cette mission aux ordres, où règne une certaine omerta ? Le refus de soins concernerait 5 à 42 % des spécialistes pour les bénéficiaires de l'AME ou de la CMU, selon les tests des associations. Avec Médecins du Monde, elles proposent de créer un observatoire national du refus de soins indépendant. Mieux vaudrait en effet une structure pluraliste, associant les ordres, les usagers et les associations de santé. La charge de la preuve du refus de soins devrait aussi être renforcée.

Enfin, l'Igas et le défenseur des droits, en 2014, préconisaient de fusionner l'AME et la CMU, dans un souci de simplification et pour améliorer la prise en charge des étrangers.

M. le président. – Amendement n°920, présenté par Mme Archimbaud et les membres du groupe écologiste.

Rédiger ainsi cet article :

L'article L. 1110-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le troisième alinéa, sont insérés neuf alinéas ainsi rédigés :

« Sont assimilés à un refus de soins illégitime :

« 1° Le fait de proposer un rendez-vous dans un délai manifestement excessif ;

« 2° Le fait pour un professionnel de la santé de négliger de communiquer les informations relatives à la santé du patient au professionnel de la santé qui est à l'origine de la demande de consultation ou d'hospitalisation ;

« 3° Le fait de ne pas respecter les tarifs opposables pour les titulaires de la couverture maladie universelle complémentaire, de l'aide médicale d'État et de l'aide pour complémentaire santé ;

« 4° Le refus d'appliquer le tiers payant ;

« 5° L'orientation répétée et abusive vers un autre confrère, un centre de santé ou la consultation externe d'un hôpital, sans raison médicale énoncée ;

« 6° L'attitude et le comportement discriminatoire du professionnel de santé.

« Les dispositions du troisième alinéa sont également applicables quand le refus de soins est commis à l'encontre d'une personne ayant sollicité les soins dans le but de démontrer l'existence du refus discriminatoire. Les modalités et conditions de cette sollicitation sont précisées par un cahier des charges défini par décret en Conseil d'État, après consultation notamment de représentants des professionnels de santé et des patients.

« Il appartient au professionnel de santé de prouver que le refus en cause est justifié par des éléments objectifs étrangers à toute discrimination. Cette disposition est applicable également quand le refus de soins est commis à l'encontre d'une personne ayant sollicité les soins dans le but de démontrer l'existence du refus discriminatoire. » ;

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

« Toute association régulièrement déclarée depuis au moins cinq ans à la date des faits, dont l'objet statutaire comporte l'aide aux plus démunis ou l'accès aux soins, peut exercer les droits reconnus à une personne victime d'un refus de soins illégitime si elle justifie avoir reçu l'accord de la personne intéressée ou, si celle-ci est mineure, du titulaire de l'autorité parentale ou du représentant légal, lorsque cet accord peut être recueilli. »

Mme Aline Archimbaud. – Pour lutter concrètement contre le refus de soins, cet amendement crée une liste de critères destinés à mieux caractériser les refus. Cet amendement inclut non seulement les refus de soins en raison de la situation sociale des personnes, de leur état de santé, de leurs pratiques, de leur orientation sexuelle, de leur identité de genre, mais aussi de leur âge, des personnes vieillissantes et dépendantes étant parfois réorientées vers des services d'urgence. Un accompagnement personnalisé, par une association intervenant dans le champ du droit à la santé et de la lutte contre les discriminations, doit également être possible.

M. le président. – Amendement n°196 rectifié, présenté par MM. Barbier et Guérini et Mme Malherbe.

Rédiger ainsi cet article :

Après la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 4122-1 du code de la santé publique, sont insérées deux phrases ainsi rédigées :

« Il évalue, en lien avec des associations de patients agréées en application de l'article L. 1114-1 et selon des modalités précisées par décret, le respect du principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins, mentionné à l'article L. 1110-3, par les membres de l'ordre. Il lui revient de mesurer l'importance et la nature des pratiques de refus de soins par les moyens qu'il juge appropriés. »

M. Gilbert Barbier. – Le refus de soins est une faute professionnelle, sanctionnée par l'ordre des médecins - qui peut aussi demander des sanctions pénales. Laissons l'ordre faire son travail.

M. le président. – Amendement identique n°470, présenté par Mme Génisson et les membres du groupe socialiste et républicain.

Mme Catherine Génisson. – Je ne suis pas une avocate de l'ordre, mais M. Barbier a raison : le refus de soins est très sévèrement sanctionné. Les cas mentionnés par Mme Archimbaud s'expliquent plutôt

par un défaut d'organisation dans les maisons de retraite.

Ce sujet est de la compétence du conseil de l'ordre.

M. Alain Milon, président de la commission. – Les critères du refus de soins sont fixés par une circulaire de la Cnam ; les précisions proposées par Mme Archimbaud relèvent du décret en Conseil d'État, voire du décret simple, et l'amendement n°920, si ce débat avait eu lieu quelques semaines plus tard, aurait été déclaré irrecevable.

Avis défavorable aux amendements n°s196 rectifié et 470, ne laissons pas penser que l'ordre des médecins puisse être juge et partie. Demandons plutôt une telle évaluation à un tiers indépendant, comme le défenseur des droits.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Les refus de soins, peut-être moins importants qu'on ne le dit, existent incontestablement. Ils doivent être sanctionnés et, surtout, prévenus. Le *testing* pratiqué par les associations donne des résultats contestés, il faut donc objectiver les choses.

Les ordres, chargés de la déontologie, sont les mieux placés pour ce faire. Les professionnels auraient le sentiment d'être montrés du doigt si l'on confiait cette mission à un organisme extérieur. Aux ordres de proposer des solutions - faute de quoi, dans quelques années, d'autres instances seraient saisies.

Retrait de l'amendement n°920, avis favorable aux amendements n°s196 rectifié et 470.

L'amendement n°920 est retiré.

Les amendements identiques n°s196 rectifié et 470 ne sont pas adoptés.

M. le président. – Amendement n°1208, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Remplacer la première occurrence du mot :

par

par les mots :

au 3° de l'article 4 de

M. Alain Milon, président de la commission. – Amendement de précision.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Sagesse contrainte, pour reprendre la formule en vogue...

L'amendement n°1208 est adopté.

M. le président. – Amendement n°514 rectifié, présenté par Mmes D. Gillot, Espagnac et Khiari et MM. Raoul, S. Larcher, Antiste, Duran, Manable, Cornano et Godefroy.

Compléter cet article par une phrase ainsi rédigée :

Les refus de soins peuvent notamment être caractérisés par la fixation tardive, inhabituelle et abusive d'un rendez-vous ; l'orientation répétée et abusive vers un

autre confrère, un centre de santé ou la consultation externe d'un hôpital, sans raison médicale énoncée ; le refus d'élaborer un devis ; le refus de procéder au tiers payant ; le refus de respecter les tarifs opposables.

Mme Dominique Gillot. – Il convient de compléter l'article par une typologie des principales situations caractérisant le refus de soins, afin que les patients puissent plus facilement faire valoir leurs droits.

M. le président. – Amendement n°735, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – L'article L. 1110-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le troisième alinéa, sont insérés sept alinéas ainsi rédigés :

« Sont assimilés à un refus de soins illégitime :

« 1° Le fait de proposer un rendez-vous dans un délai manifestement excessif au regard des délais habituellement pratiqué par ce professionnel ;

« 2° Le fait pour un professionnel de santé de ne pas communiquer les informations relatives à la santé du patient au professionnel de la santé qui est à l'origine de la demande de consultation ou d'hospitalisation ;

« 3° Le fait de ne pas respecter les tarifs opposables pour les titulaires de la couverture maladie universelle complémentaire, de l'aide médicale d'État et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé ;

« 4° Le refus d'appliquer le tiers payant ;

« 5° L'orientation répétée et abusive vers un autre confrère, un centre de santé ou la consultation externe d'un hôpital, sans justification médicale ;

« 6° L'attitude et le comportement discriminatoire du professionnel de santé. » ;

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

« Toute association régulièrement déclarée depuis au moins cinq ans à la date des faits, dont l'objet statutaire comporte le droit à la santé ou la lutte contre les exclusions, peut exercer les droits reconnus à une personne victime d'un refus de soins si elle justifie avoir reçu l'accord de la personne intéressée ou, si celle-ci est mineure, du titulaire de l'autorité parentale ou du représentant légal, lorsque cet accord peut être recueilli. »

Mme Annie David. – Le refus de soins impose une réaction forte des pouvoirs publics. D'après le Défenseur des droits, 25,5 % des bénéficiaires de la CMU sont touchés. Si 5,2 % des radiologues s'en rendraient coupables, c'est le cas de 38,1 % des gynécologues, de 32,6 % des généralistes en secteur 2 mais de seulement 9,2 % des généralistes en secteur 1. À Paris, ce taux monte à 50 % d'après le collectif interassociatif de santé. Il faut donc

reconnaître dans la loi la liste des critères reconnus par la Cnam, et offrir aux victimes un accompagnement personnalisé.

M. le président. – Amendement n°875 rectifié, présenté par MM. Amiel, Mézard et Guérini, Mme Malherbe et MM. Requier, Arnell, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin et Vall.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Après le troisième alinéa de l'article L. 1110-3 du code de la santé publique, sont insérés sept alinéas ainsi rédigés :

« Sont assimilés à un refus de soins illégitime :

« 1° Le fait de proposer un rendez-vous dans un délai manifestement excessif au regard des délais habituellement pratiqués par ce professionnel ;

« 2° Le fait pour un professionnel de santé de ne pas communiquer les informations relatives à la santé du patient au professionnel de la santé qui est à l'origine de la demande de consultation ou d'hospitalisation ;

« 3° Le fait de ne pas respecter les tarifs opposables pour les titulaires de la couverture maladie universelle complémentaire, de l'aide médicale d'État et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé ;

« 4° Le refus d'appliquer le tiers payant ;

« 5° L'orientation répétée et abusive vers un autre confrère, un centre de santé ou la consultation externe d'un hôpital, sans justification médicale ;

« 6° L'attitude et le comportement discriminatoire du professionnel de santé. »

M. Guillaume Arnell. – Le refus de soins est une triste réalité. Préciser ses éléments constitutifs en faciliterait la caractérisation.

M. le président. – Amendement n°921, présenté par Mme Archimbaud et les membres du groupe écologiste.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Après le troisième alinéa de l'article L. 1110-3 du code de la santé publique, sont insérés sept alinéas ainsi rédigés :

« Sont assimilés à un refus de soins illégitime :

« 1° Le fait de proposer un rendez-vous dans un délai manifestement excessif ;

« 2° Le fait pour un professionnel de la santé de négliger de communiquer les informations relatives à la santé du patient au professionnel de la santé qui est à l'origine de la demande de consultation ou d'hospitalisation ;

« 3° Le fait de ne pas respecter les tarifs opposables pour les titulaires de la couverture maladie universelle complémentaire, de l'aide médicale d'État et de l'aide pour complémentaire santé ;

« 4° Le refus d'appliquer le tiers payant ;

« 5° L'orientation répétée et abusive vers un autre confrère, un centre de santé ou la consultation externe d'un hôpital, sans raison médicale énoncée ;

« 6° L'attitude et le comportement discriminatoire du professionnel de santé. »

Mme Aline Archimbaud. – L'objet est le même : objectiver les faits.

M. le président. – Amendement n°923, présenté par Mme Archimbaud et les membres du groupe écologiste.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Après le sixième alinéa de l'article L. 1110-3 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Toute association régulièrement déclarée depuis au moins cinq ans à la date des faits, dont l'objet statutaire comporte le droit à la santé ou la lutte contre les exclusions, peut exercer les droits reconnus à une personne victime d'un refus de soins si elle justifie avoir reçu l'accord de la personne intéressée ou, si celle-ci est mineure, du titulaire de l'autorité parentale ou du représentant légal, lorsque cet accord peut être recueilli. »

Mme Aline Archimbaud. – Les personnes s'estimant victimes d'un refus de soins doivent avoir le droit de se faire accompagner par une association.

M. Alain Milon, président de la commission. – Les critères sont du niveau réglementaire, je l'ai dit. Et l'amendement n°923 autoriserait les associations à ester en justice à la place de la victime, contrairement au principe selon lequel nul ne plaide par procureur. Avis défavorable à tous les amendements.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Même avis, le Gouvernement préfère confier cette démarche aux ordres.

L'amendement n°514 rectifié n'est pas adopté, non plus que les amendements n°s 735, 875 rectifié, 921 et 923.

M. le président. – Amendement n°922, présenté par Mme Archimbaud et les membres du groupe écologiste.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Après le troisième alinéa de l'article L. 1110-3 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Il appartient au professionnel de santé de prouver que le refus en cause est justifié par des éléments objectifs étrangers à toute discrimination. Cette disposition est applicable également quand le refus de soins est commis à l'encontre d'une personne ayant sollicité les soins dans le but de démontrer l'existence du refus discriminatoire. »

Mme Aline Archimbaud. – Défendu.

L'amendement n°922, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°752, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

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

« ...° 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 € ; ».

Mme Brigitte Gonthier-Maurin. – Les dépassements d'honoraires ne cessent de croître : 2,8 milliards d'euros en 2014, en hausse de 6,6 % par rapport à 2012. Cela concerne surtout - à hauteur de 2,5 milliards d'euros - les spécialistes. Les dépassements des généralistes ont eux diminué de 1,5 %.

Le contrat d'accès aux soins introduit en 2013 a ralenti le phénomène mais ne l'a pas enravé, puisque les signataires, même en secteur 1, ont le droit de pratiquer des dépassements. Les patients mal couverts, ou non couverts, par une complémentaire, en sont pour leurs frais.

En application du Préambule de 1946 qui consacre le droit de chacun à la santé, nous réclamons l'interdiction des dépassements chez tous les médecins conventionnés. En tout état de cause, il est indispensable de rétablir les sanctions supprimées par la loi HPST.

M. le président. – Amendement n°197 rectifié, présenté par MM. Barbier, Mézard, Guérini, Requier, Arnell, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin et Vall.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Après le 5° de l'article L. 4124-6 du code de la santé publique, il est inséré un 6° ainsi rédigé :

« 6° 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 du code de la santé publique, l'amende dont le montant ne peut excéder 5 000 euros. »

M. Gilbert Barbier. – Les dépassements d'honoraires, qui ne concernent qu'une minorité de médecins, jettent l'opprobre sur tous. L'Ordre doit disposer d'une échelle complète de sanctions : entre l'avertissement et l'interdiction d'exercer, je propose une amende pouvant aller jusqu'à 5 000 euros.

M. le président. – Amendement n°198 rectifié, présenté par MM. Barbier, Mézard, Arnell, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin, Requier et Vall.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Après le 4° de l'article L. 145-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 5°) ainsi rédigé :

« 5°) une amende dans la limite de 5 000 euros ».

M. Gilbert Barbier. – Même objet.

M. Alain Milon, président de la commission. – Il ne paraît toujours pas souhaitable à la CAS de permettre aux ordres de prononcer des sanctions financières, mais seulement disciplinaires. Avis défavorable.

Mme Marisol Touraine, ministre. – S'il y a un domaine où la convention médicale a donné des résultats extrêmement satisfaisants, c'est la lutte contre les dépassements excessifs. Des plafonds ont été fixés, beaucoup de spécialistes ont baissé leurs tarifs, et des interdictions d'exercer ont été prononcées, y compris à l'égard de praticiens hospitaliers. Avis défavorable.

L'amendement n°752 n'est pas adopté, non plus que les amendements n°s 197 rectifié et 198 rectifié.

L'article 19 est adopté.

ARTICLES ADDITIONNELS

M. le président. – Amendement n°168 rectifié *quinquies*, présenté par MM. Vasselle, D. Robert, Cornu, Cambon, Calvet, Laufoaulu et Charon, Mme Deromedi, MM. Trillard, Saugey, César, B. Fournier et G. Bailly, Mmes Mélot et Lopez, M. Dassault et Mme Gruny.

Après l'article 19

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement une étude relative à la pondération de la tarification des actes médicaux en fonction du handicap dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi.

Mme Jacky Deromedi. – Il est urgent d'adapter la tarification à la réalité des soins des personnes handicapées afin de lutter contre les refus de soins. Le comité interministériel du handicap de septembre 2013 envisageait une étude sur la pondération des actes médicaux en fonction du handicap. Il est temps.

L'amendement n°170 n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement identique n°741, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

Mme Laurence Cohen. – C'est le même, les associations attendent cette étude - et cela concerne les handicaps moteurs ou mentaux. Nous devons disposer d'éléments chiffrés.

M. le président. – Amendement identique n°1088, présenté par Mme Archimbaud et les membres du groupe écologiste.

Mme Aline Archimbaud. – Même amendement. Il faut du temps pour suivre ces personnes, valoriser les actes permettrait aux professionnels de mieux remplir leurs missions.

M. Alain Milon, président de la commission. – Encore un rapport... D'ailleurs, une incitation

financière est-elle la solution ? Ne faudrait-il pas plutôt apprendre aux professionnels la bonne attitude et le bon geste ? Avis défavorable.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Déjà, une tarification supérieure est possible pour des actes « techniques » en médecine libérale, et les prestations délivrées à l'hôpital à des personnes handicapées sont également prises en compte. L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation réalise également des études de cette nature.

Le Gouvernement mettra en place le système d'information pour améliorer l'accès aux soins des personnes handicapées. Retrait ?

Les amendements identiques n°s 168 rectifié quinquies, 741 et 1088 ne sont pas adoptés.

M. le président. – Amendement n°840, présenté par Mmes Benbassa et Archimbaud, M. Desessard, Mmes Blandin et Bouchoux et MM. Gattolin, Labbé, Dantec et Placé.

Après l'article 19

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement, dans les douze mois après la promulgation de la présente loi, un rapport évaluant la mise en pratique de l'accès aux soins des demandeurs d'asile et des étrangers en situation irrégulière en France et les pistes d'amélioration envisageables pour garantir la prévention et la promotion de la santé de ces personnes, et pour leur garantir un accès aux soins effectif.

Mme Aline Archimbaud. – Texte même.

M. Alain Milon, président de la commission. – Après la multiplication des rapports, à quand celle des pains ? (*Sourires*) Avis défavorable.

Mme Marisol Touraine, ministre. – L'afflux de réfugiés en Europe nous oblige à être attentifs à cette question. Une prise en charge existe, y compris pendant la procédure de demande d'asile. Faut-il un rapport ? Nous agissons, en ce moment même pour les réfugiés. Un rapport pourrait paraître décalé par rapport à l'urgence actuelle.

M. Yves Daudigny. – Très bien.

Mme Aline Archimbaud. – En effet, l'essentiel est d'agir.

L'amendement n°840 est retiré.

M. le président. – Amendement n°1089, présenté par Mme Archimbaud et les membres du groupe écologiste.

Après l'article 19

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le sixième alinéa de l'article L. 111-7-3 du code de la construction et de l'habitation est supprimé.

Mme Aline Archimbaud. – Les cabinets médicaux doivent être accessibles.

M. Alain Milon, président de la commission. – Retrait. L'accessibilité progresse, nous le voyons ici même, bien que des dérogations existent.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Faut-il modifier encore les règles, alors que les projets d'Ad'ap doivent être rendus d'ici fin septembre ? Une campagne a été lancée, sur le modèle de la série *Plus belle la vie*. Faisons réussir cette démarche.

Mme Aline Archimbaud. – Vous m'avez convaincue.

L'amendement n°1089 est retiré.

ARTICLE 20

M. Maurice Antiste. – Le cancer est la première cause de mortalité en France : 1 000 nouveaux cas en France. Une femme sur huit serait touchée par le cancer du sein et les chocs physiques et psychologiques qui s'ensuivent. L'énorme reste à charge en cas de reconstruction mammaire est un facteur d'inégalité d'accès aux soins. J'attends les propositions du Gouvernement.

L'article 20 est adopté.

ARTICLES ADDITIONNELS

Les amendements n°s 489 rectifié, 406 et 661 ne sont pas défendus.

M. le président. – Amendement n°342 rectifié, présenté par MM. Cornu et Lefèvre, Mmes Des Esgaulx et Deseyne, M. Longuet, Mme Deromedi et MM. Lafoaulu, Saugey, Cambon et César.

Après l'article 20

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le I de l'article L. 863-8 du code de la sécurité sociales est ainsi modifié :

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

« L'organisme assureur mentionne en conséquence explicitement dans son contrat que l'assuré ou adhérent a la faculté de choisir les professionnels, les services et établissements de santé auxquels il souhaite recourir. Cette information est également délivrée, dans des conditions définies par arrêté, lors de l'interrogation par l'assuré, des conditions de sa prise en charge. » ;

2° La première phrase du troisième alinéa est complétée par les mots : « négociés entre le gestionnaire du réseau, d'une part, et les organisations professionnelles représentatives des professionnels de santé concernés, d'autre part » ;

3° La seconde phrase du quatrième alinéa est supprimée.

Mme Jacky Deromedi. – Défendu.

L'amendement n°354 rectifié n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement n°254 rectifié, présenté par MM. Cornu et Lefèvre, Mmes Des Esgaulx et Deseyne, M. Longuet, Mme Deromedi et MM. Lafoaulu, Saugey, Cambon et César.

Après l'article 20

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La seconde phrase du quatrième alinéa du I de l'article L. 863-8 du code de la sécurité sociale est supprimée.

Mme Jacky Deromedi. – Défendu.

M. Alain Milon, président de la commission. – Avis favorable.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Avis défavorable. C'est seulement si les réseaux sont fermés que l'on assure une bonne organisation de soins et une baisse des prix.

L'amendement n°342 rectifié est adopté.

L'amendement n°254 rectifié n'a plus d'objet.

M. le président. – Amendement n°333 rectifié, présenté par MM. Antiste, Cornano, J. Gillot, Karam, Mohamed Soilihi et Patient.

Après l'article 20

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les frais non remboursés liés au traitement d'un cancer du sein, en particulier ceux résultant des dépassements d'honoraires pour les reconstructions mammaires et ceux liés aux soins annexes aux reconstructions mammaires et au suivi psychologique.

M. Maurice Antiste. – Un quart des malades renonceraient à la reconstruction mammaire pour des raisons financières. C'est pourquoi je demande qu'un rapport au Parlement fasse un tableau exact et indiscutable de la situation. Le cancer du sein est le cancer le plus répandu parmi les femmes avec 48 000 cas par an, et 30 % des femmes atteintes de cette maladie doivent subir une ablation totale du sein.

M. Alain Milon, président de la commission. – L'enjeu est important, mais un rapport est inutile. Comment le nouveau plan cancer abordera-t-il la question ?

Mme Marisol Touraine, ministre. – C'est un enjeu bien identifié dans le plan cancer 2014-2019. De nouvelles techniques de reconstruction mammaire sont désormais éligibles au remboursement de l'assurance maladie dont le plafond a été relevé. La Cnam doit établir d'ici 2016 un rapport sur le reste à charge. Retrait ?

L'amendement n° 333 rectifié est retiré.

ARTICLE 20 BIS (Supprimé)

M. le président. – Amendement n°739, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Le I de l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après les mots : « l'assurance maladie », sont insérés les mots : « ou de l'aide médicale d'État » ;

2° À la première phrase du deuxième alinéa, après les mots : « assurance maladie », sont insérés les mots : « ou de l'aide médicale d'État ».

Mme Laurence Cohen. – Alors que la carte Vitale permet aux assurés sociaux de simplifier les relations avec les professionnels de santé, il est anormal que les bénéficiaires de l'aide médicale d'État en soient exclus.

M. le président. – Amendement n°744, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

La deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 6323-1 du code de la santé publique est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :

« Ils assurent des activités de soins sans hébergement, au centre ou au domicile du patient, et mènent des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé, des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers mentionnée à l'article L. 322-1 du code de la sécurité sociale, ainsi que les tarifs opposables. Ils peuvent mener des actions d'éducation thérapeutique des patients. »

Mme Laurence Cohen. – Cet amendement précise les missions des centres de santé. Beaucoup de centres de santé sont menacés, faute de ressources. Consolidons-les. Cet amendement les oblige aussi à pratiquer les tarifs conventionnels sans dépassement. Un rapport de l'Igas a souligné l'esprit pionnier qui caractérise ces centres.

Nous voulons aussi introduire l'obligation de pratiquer, outre le tiers payant, les tarifs conventionnels sans dépassement. Cette dernière disposition ne figure jusqu'à présent que dans l'accord national des centres de santé et n'apparaît dans aucun article législatif concernant les centres de santé, contrairement à la pratique du tiers payant.

Mme Catherine Deroche, co-rapporteur. – Avis défavorable à l'amendement n°739 ; il faudra tout de même obtenir la carte nécessaire à l'obtention de l'AME : l'amendement ne change rien. Retrait de l'amendement n°744, satisfait ?

Mme Marisol Touraine, ministre. – Retrait de l'amendement n°739 : la carte Vitale est associée au

bénéfice de l'assurance maladie. Le titre d'admission à l'AME sécurisé permettant d'identifier l'ayant droit, est un document distinct. L'article 51 *quater* satisfait l'amendement n°744. Retrait ?

Mme Laurence Cohen. – Entendu, je les retire. Nous nous réjouissons de la place que le projet de loi accorde aux centres de santé.

Les amendements n°739 et 744 sont retirés.

L'article 20 bis demeure supprimé.

ARTICLES ADDITIONNELS

M. le président. – Amendement n°301 rectifié *bis*, présenté par Mmes Laborde et Billon, M. Requier, Mmes Morin-Desailly et Malherbe, M. Kern, Mmes Jouve et Jouanno, MM. Houpert, L. Hervé, Guerriau et Guérini, Mmes Gonthier-Maurin, Gatel et Cohen, M. Castelli, Mme Bouchoux, M. Bonnacarrère, Mme Blondin et MM. Amiel et Barbier.

Après l'article 20 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code du travail est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 1225-3, il est inséré un article L. 1225-3-... ainsi rédigé :

« Art. L. 1225-3-... – Les articles L. 1225-1, L. 1225-2 et L. 1225-3 sont applicables aux salariées bénéficiant d'une assistance médicale à la procréation conformément à l'article L. 2141-2 du code de la santé publique. » ;

2° Après le premier alinéa de l'article L. 1225-16, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La salariée bénéficiant d'une assistance médicale à la procréation conformément à l'article L. 2141-2 du code de la santé publique bénéficie d'une autorisation d'absence pour les actes médicaux nécessaires. »

Mme Brigitte Gonthier-Maurin. – Cet amendement prévoit un régime d'autorisation d'absence destiné aux femmes engagées dans un parcours de procréation médicale assistée. N'oublions pas que 23 000 enfants naissent chaque année en France grâce à une PMA. Celle-ci est éprouvante, tant sur le plan psychique que physique car elle nécessite de très nombreux examens, parfois dans des centres très éloignés du domicile des intéressées ou de leur lieu de travail.

La loi protège les donneuses d'ovocytes. Cet amendement permet aux femmes engagées dans un processus de PMA de bénéficier de garanties comparables.

M. Alain Milon, président de la commission. – Les difficultés des femmes concernées sont réelles ; avis non pas favorable mais très favorable !

Mme Marisol Touraine, ministre. – Les examens sont nombreux, répétitifs et pèsent lourd sur la vie des patientes, c'est vrai. Les échecs sont en outre

fréquents. Mais la notion « d'état de santé », retenue par le code du travail, a vocation à recouvrir tous les cas. N'introduisons pas de discrimination. Retrait.

Mme Catherine Procaccia. – On ne saurait de plus modifier le code du travail, auquel on veut toucher à tout propos en ce moment, sans concertation préalable avec les partenaires sociaux, selon le principe cher au président du Sénat.

Mme Catherine Génisson. – Les donneuses d'ovocytes, elles, ont droit à des congés ; les situations ne sont certes pas comparables. L'amendement n'a peut-être pas sa place dans ce texte mais c'est un vrai sujet.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Mme Procaccia a raison, les partenaires sociaux doivent être consultés. La réforme annoncée du code du travail sera l'occasion de réfléchir à une telle mesure.

Mme Laurence Cohen. – Mme Brigitte Gonthier-Maurin a bien souligné la rupture d'égalité entre femmes recourant à la PMA et donneuses d'ovocytes. Je soutiens totalement l'amendement.

M. Guillaume Arnell. – Modifier le droit sur ce point est complexe, certes. Mais mettons-nous à la place de ces femmes, qui font souvent face à des employeurs réticents à leur accorder des absences ou des congés.

Mme Catherine Deroche, co-rapporteur. – La comparaison avec le don d'ovocytes a ses limites, car la pénibilité du processus n'est pas la même. Je vous rejoins sur le fond mais cet amendement n'est pas le bon véhicule.

Mme Brigitte Gonthier-Maurin. – Les femmes contraintes de s'absenter régulièrement doivent pouvoir exciper d'un droit. Tous les témoignages que nous avons reçus nous en ont convaincus.

L'amendement n°301 rectifié bis est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – Amendement n°747, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

Après l'article 20 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 6323-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le quatrième alinéa est complété par les mots : « publics ou privés à but non lucratif. » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Seuls les services satisfaisant aux obligations mentionnées par le présent article peuvent utiliser l'appellation de centres de santé. »

Mme Brigitte Gonthier-Maurin. – La multiplication actuelle de structures qui se dénomment, elles-mêmes et sans contrôle, « centres de santé » est

préoccupante car elle est source de confusion pour les usagers. Restreignons aux établissements de santé non commerciaux la possibilité de gérer des centres de santé, et réservons cette appellation à ceux qui respectent les dispositions législatives : tiers payant et tarifs opposables.

Mme Catherine Deroche, co-rapporteur. – Qu'en pense le Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. – Que l'amendement est satisfait par l'article 51 *quater* du projet de loi.

L'amendement n°747 est retiré.

L'amendement n°1132 rectifié n'est pas défendu.

ARTICLE 21

M. le président. – Amendement n°836, présenté par Mmes Bouchoux, Blandin, Archimbaud et Aïchi et MM. Dantec, Desessard, Labbé et Placé.

Alinéa 2

Après la première phrase

Insérer une phrase ainsi rédigée :

Il diffuse aussi des informations relatives à la pratique sportive régulière, y compris les taux d'activité physique recommandés par l'Organisation mondiale de la santé.

Mme Aline Archimbaud. – Le service public d'information en santé doit porter à la connaissance du public des recommandations en matière d'activité physique ou sportive régulière.

Mme Catherine Deroche, co-rapporteur. – L'amendement est satisfait par l'obligation de diffuser des informations relatives à la santé. Retrait ou avis défavorable.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Même avis, le terme de santé au sens de l'OMS englobe ces aspects.

L'amendement n°836 est retiré.

L'amendement n°199 rectifié n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement n°748, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

I. – Alinéa 3

Compléter cet alinéa par les mots et deux phrases ainsi rédigées :

des professionnels de santé et des associations d'usagers visées à l'article L. 1114-1. Ce service est créé au sein de l'institut prévu au 2° du I de l'article 38 de la loi n° du relative à la santé. Un décret en Conseil d'État fixe les conditions dans lesquelles ce service est mis en œuvre et notamment la garantie de la participation des professionnels de santé et des associations d'usagers visées à l'article L. 1114-1.

II. – Alinéa 5

1° Supprimer les mots :

définissent et

2° Compléter cet alinéa par trois phrases ainsi rédigées :

Ces actions prennent au minimum la forme d'un espace d'information et d'orientation en santé sur chacun des territoires prévus à l'article L. 1434-8 du présent code. Ces espaces, notamment animés par les associations d'usagers visées à l'article L. 1114-1 du présent code, sont habilités à recevoir du public et disposent d'équipes se déplaçant auprès des populations les plus éloignées du système de santé. La composition et les modalités de fonctionnement de ces espaces sont définies par décret.

Mme Laurence Cohen. – Cet amendement associe plus largement les usagers et les associations d'usagers du système de santé au service public d'information en santé.

M. le président. – Amendement n°45 rectifié, présenté par MM. Commeinhes, Charon, Calvet et Lemoyne, Mme Deromedi, MM. D. Robert, Malhuret et Houel et Mme Mélot.

Alinéa 3

Compléter cet alinéa par les mots :

et des organismes représentant les établissements de santé publics et privés, les professionnels libéraux de la santé et des associations d'usagers agréées

Mme Jacky Deromedi. – Ce service public doit être un pôle de ressources pour les professionnels de santé, les établissements de santé publics et privés ainsi que pour les patients à l'instar de ce que l'on observe dans de nombreux pays. Il doit être animé dans un esprit collaboratif.

L'amendement n°158 rectifié n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement n°324 rectifié, présenté par MM. Chasseing, Béchu et Cadic, Mme Deromedi et MM. Fouché, Gremillet, Kennel, Laménie, Médevielle, Morisset, Mouiller, Nougéin et Requier.

Alinéa 3

Compléter cet alinéa par les mots :

ainsi que les organismes représentant les établissements de santé publics et privés et les professionnels de santé

Mme Jacky Deromedi. – Défendu.

Mme Catherine Deroche, co-rapporteur. – L'amendement n°748 inclut le service public d'information au sein d'une structure qui n'existe pas... Retrait ?

L'amendement n°45 rectifié ne pose aucun problème sur le fond. La question est plutôt de savoir si ces acteurs seront amenés à participer financièrement ou matériellement. Quel est l'avis du Gouvernement, sur cet amendement et le suivant ?

Mme Marisol Touraine, ministre. – L'enjeu n'est pas de savoir si l'on associe usagers et professionnels à la politique de santé, mais quel droit de regard on leur donne sur celle-ci. Les associer au service public d'information en santé au sein de l'Institut de santé publique, qui est sous la tutelle du ministère, c'est les placer sous la responsabilité de celui-ci - ce qui n'est sans doute pas l'intention des auteurs des amendements.

L'amendement n°748 est retiré, ainsi que les amendements n°45 rectifié et 324 rectifié.

M. le président. – Amendement n°105 rectifié, présenté par MM. Commeinhes, Calvet et Charon, Mme Deromedi, M. Houel et Mme Mélot.

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Ce service est un pôle de ressources pour les professionnels de santé, les établissements de santé publics et privés ainsi que pour les patients. En outre, il est animé dans un esprit collaboratif entre les pouvoirs publics, les professionnels de santé et les représentants des usagers. »

Mme Jacky Deromedi. – Défendu.

M. Alain Milon, président de la commission. – L'amendement change la vocation du service public d'information. Retrait ou avis défavorable.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Même avis.

L'amendement n°105 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°782, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« En relation avec les autorités compétentes de l'État et des collectivités territoriales, il assure l'information du public sur les financements publics, les subventions et les crédits d'impôt dont bénéficient les entreprises exploitant le médicament, ainsi que sur les contrats de partenariat qui les lient aux institutions publiques. Ces informations lui sont transmises par l'entreprise et le Comité économique des produits de santé. »

Mme Laurence Cohen. – Cet amendement crée un dispositif d'information du patient et de l'ensemble des citoyens, afin d'assurer la transparence sur les financements publics dont bénéficient les entreprises pharmaceutiques.

M. le président. – Amendement identique n°998, présenté par Mme Archimbaud et les membres du groupe écologiste.

Mme Aline Archimbaud. – C'est le même qui vise à améliorer l'information du public et la transparence.

M. Alain Milon, président de la commission. – La transparence des relations entre l'industrie du médicament et les professionnels de santé a beaucoup progressé. Cet amendement veut aller plus loin mais la plupart des informations sont déjà disponibles. Le service public d'information doit s'occuper de santé, non du fonctionnement des entreprises. Retrait ?

Mme Marisol Touraine, ministre. – Votre préoccupation, fort légitime, n'entre pas du tout dans le champ du service public d'information en santé qui ne porte que sur l'organisation des soins. Où trouver un kinésithérapeute ? Une maison de retraite ? Un établissement prenant en charge les malades d'Alzheimer ? Pour le reste, le site *transparence.gouv.fr* indique déjà les liens d'intérêt entre industriels et professionnels ou établissements de santé.

L'article 43 *bis* prévoit d'autres avancées comme la création dans toutes les agences sanitaires publiques d'un déontologue qui aura l'obligation de faire un rapport.

Mme Laurence Cohen. – Nous en rediscuterons plus tard, soit.

Les amendements n^{os} 998 et 782 sont retirés.

M. le président. – Amendement n^o 533, présenté par Mme Génisson et les membres du groupe socialiste et républicain.

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

« Dans ce cadre elles favorisent des actions tendant à rendre les publics-cibles acteurs de leur propre santé. Elles visent, dans une démarche de responsabilisation, à permettre l'appropriation des outils de prévention et d'éducation à la santé.

Mme Catherine Génisson. – Cet amendement vise à favoriser la prise en compte par les ARS de la notion de « prévention partagée » telle que définie à l'article premier. Elle doit être intégrée dans les travaux de promotion de la santé des ARS. Mais peut-être l'amendement trouverait-il mieux sa place à l'article 38.

M. Alain Milon, président de la commission. – La commission s'est interrogée également. Sagesse.

Mme Marisol Touraine, ministre. – L'enjeu est d'identifier les ARS comme actrices majeures de la promotion de la santé. L'article 38 est pour cela mieux indiqué.

L'amendement n^o 533 est retiré.

L'article 21 est adopté.

Les amendements n^{os} 403 rectifié, 653 rectifié, 404 rectifié et 654 rectifié ne sont pas défendus.

La séance est suspendue à 19 h 45.

PRÉSIDENCE DE M. JEAN-PIERRE CAFFET,
VICE-PRÉSIDENT

La séance reprend à 21 h 30.

ARTICLE 21 TER

M. le président. – Amendement n^o 551, présenté par Mme Génisson et les membres du groupe socialiste et républicain.

Alinéa 5

Avant les mots :

et élaborer

insérer les mots :

, de la recherche et de l'innovation en santé au service des usagers.

Mme Claire-Lise Champion. – Madame la ministre, vous attachez une importance toute particulière à l'innovation. Le progrès médical peut aussi favoriser la réconciliation de tous les acteurs. Une meilleure coordination peut éviter bien des actes.

Cet amendement complète les missions de la HAS, afin qu'elle participe au développement de l'évaluation de la recherche et de l'innovation en santé pour améliorer l'information de tous comme la formation des professionnels.

M. Alain Milon, président de la commission. – Votre proposition n'est pas dénuée d'ambiguïté. La HAS doit-elle jouer un rôle prospectif, ou se limiter à dresser un état des lieux ? Retrait.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Le terme « recherche » est en effet ambigu : il recouvre aussi les missions de l'Inserm. L'ordonnance prévue par le projet de loi, qui clarifie l'organisation et les missions de la HAS, répondra à vos préoccupations.

L'amendement n^o 551 est retiré.

L'article 21 ter est adopté.

ARTICLE 21 QUATER

*L'amendement n^o 86 rectifié n'est pas défendu,
non plus que l'amendement n^o 87 rectifié bis.*

L'article 21 quater est adopté.

ARTICLE ADDITIONNEL

M. le président. – Amendement n^o 1107, présenté par Mme Archimbaud et les membres du groupe écologiste.

Après l'article 21 quater

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au bénéfice d'une information de qualité, d'un meilleur accompagnement, d'une sécurisation accrue au bénéfice des usagers, de la lutte contre le mésusage de la psychologie et de la reconnaissance des professionnels que sont les psychologues, il est instauré un code de déontologie opposable adossé à un Haut conseil des psychologues.

Les modalités d'application du présent article seront déterminées par décret.

M. Jean Desessard. – Les psychologues travaillent pour une grande majorité au sein d'équipes de soins ou en partenariat avec elles. Ils sont qualifiés pour des actes tant préventifs que curatifs. Pourtant, il n'existe à ce jour aucun projet pour mettre à profit leurs compétences. Cette profession n'est représentée nulle part ; nulle instance nationale ne permet de réguler la déontologie de l'exercice professionnel et, par là même, de protéger les citoyens français contre les mésusages de la psychologie.

Dotons cette profession d'un haut conseil des psychologues qui donnerait aux consultants une sécurité accrue, par le contrôle déontologique qu'il exercerait, et à la profession une plus grande visibilité sociale ainsi qu'une meilleure représentation institutionnelle.

M. Alain Milon, président de la commission. – Avis défavorable.

Mme Marisol Touraine, ministre. – La profession n'est pas réglementée, et ne souhaite pas l'instauration d'un tel conseil. Nous examinerons plus tard d'autres dispositions relatives à la psychologie et aux psychologues. Retrait ?

L'amendement n°1107 n'est pas adopté.

ARTICLE 22

L'amendement n°258 rectifié n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement n°200 rectifié, présenté par MM. Barbier, Mézard, Arnell, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin, Requier et Vall.

Alinéa 7

Rédiger ainsi cet alinéa :

IV. – Pour l'application du présent article, les professionnels participant directement à un projet d'accompagnement constituent une équipe de prise en charge, au sens des articles L. 1110-4 et L. 1110-12 du code de la santé publique, au sein de laquelle peuvent être échangées et partagées, dans les conditions prévues par ces articles, les informations relatives à l'état de santé, à la situation sociale ou à l'autonomie des personnes bénéficiaires, dans la limite de ce qui est strictement nécessaire à l'exercice de la mission de chaque professionnel.

M. Guillaume Arnell. – Les professionnels qui interviennent dans les domaines social et médico-social n'ont pas vocation à donner des soins et n'assurent pas la prise en charge sanitaire des patients.

M. Alain Milon, président de la commission. – Quelle est la portée de cet amendement ? Ces professionnels ont vocation à participer à l'expérimentation prévue. Retrait.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Même avis.

L'amendement n°200 rectifié est retiré.

L'amendement n°104 rectifié n'est pas défendu.

L'article 22 est adopté.

ARTICLES ADDITIONNELS

M. le président. – Amendement n°560, présenté par Mme Blandin et les membres du groupe écologiste.

Après l'article 22

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Les comptes-rendus des examens utilisant les techniques d'imagerie radiologique interventionnelle et scintigraphique mentionnent en millisieverts la dose reçue par le patient.

M. Jean Desessard. – Les patients doivent être informés des doses de rayonnements ionisants auxquelles ils sont exposés dans un souci de transparence et de prévention.

M. Alain Milon, président de la commission. – Cela relève de la responsabilité du prescripteur et du médecin qui fait l'acte. Retrait.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Un arrêté de 2006 précise déjà les informations devant figurer dans un compte-rendu d'acte de radioprotection. Ce niveau de détail n'est pas de nature législative. Avis défavorable.

L'amendement n°560 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°561, présenté par Mme Blandin et les membres du groupe écologiste.

Après l'article 22

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Un avertissement sur les comptes-rendus des examens utilisant les techniques d'imagerie radiologique interventionnelle et scintigraphique, invite le patient à signaler au médecin prescripteur les examens similaires précédemment effectués.

M. Jean Desessard. – Beaucoup d'examens ne passent pas par le médecin traitant. Nous souhaitons que ceux qui effectuent des examens à rayonnements ionisants soient avertis des précédents. Le patient serait ainsi acteur de sa propre santé.

M. Alain Milon, président de la commission. – Même avis que précédemment.

Mme Marisol Touraine, ministre. – *Idem.*

L'amendement n°561 n'est pas adopté.

ARTICLE 22 BIS (Supprimé)

M. le président. – Amendement n°471, présenté par Mme Génisson et les membres du groupe socialiste et républicain.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Le chapitre V du titre IV du livre II du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa de l'article L. 245-8 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, la référence : « du 1° » est remplacée par les références : « des 1° à 4° » ;

b) À la seconde phrase, les mots : « de ces frais » sont remplacés par les mots : « des frais relevant du 1° du même article » et la référence : « 1° de l'article L. 245-3 » est remplacée par la référence : « même 1° » ;

2° Au deuxième alinéa de l'article L. 245-13, après la référence : « L. 245-3 », sont insérés les mots : « et que la prestation est versée directement au bénéficiaire ».

Mme Claire-Lise Champion. – Cet article qui instaurait le tiers payant pour des aides financées par la prestation de compensation du handicap (PCH) avait toute sa place dans le titre relatif à la prévention.

M. Alain Milon, président de la commission. – Cet article n'avait qu'un lien très indirect avec le projet de loi. Certains départements ont déjà mis en place le tiers payant. Enfin, pour les bénéficiaires de la PCH, l'impact financier de la mesure est mal évalué. Avis défavorable.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Avis favorable : ce dispositif, annoncé, répond aux attentes des associations.

L'amendement n°471 est adopté et l'article 22 bis est rétabli.

ARTICLE 23 (Supprimé)

M. le président. – Amendement n°633, présenté par le Gouvernement.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Après l'article L. 1111-3 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1111-3-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 1111-3-1. – Pour toute prise en charge effectuée par un établissement de santé, le patient reçoit, au moment de sa sortie, un document l'informant, dans des conditions définies par décret, du coût de l'ensemble des prestations reçues avec l'indication de la part couverte par son régime d'assurance maladie obligatoire et, le cas échéant, de celle couverte par son organisme d'assurance complémentaire et du solde qu'il doit acquitter. »

Mme Marisol Touraine, ministre. – Cet article imposait aux hôpitaux de remettre au patient un document détaillant le coût global de sa prise en charge. Pourquoi refuser cette transparence ? Il ne s'agit pas de dire au patient, qui cotise, qu'il coûte trop cher, mais de lui fournir une information fiable. Ne vante-t-on pas la transparence ?

M. Alain Milon, président de la commission. – La commission a estimé que cet article représentait une charge irréaliste pour les comptes publics car il faudra

notamment faire évoluer les systèmes d'information portés par le programme *Simphonie (SIMplification du Parcours administratif HOspitalier et Numérisation des Informations Échangées)*.

Le Gouvernement n'a pu mesurer le coût de cette mesure depuis octobre 2014 car « les coûts générés, et une première estimation des gains attendus, sont en cours d'évaluation par le Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique (SGMAP) ».

Disposez-vous désormais des chiffres et d'un calendrier, madame la ministre ? À défaut, avis défavorable.

L'amendement n°633 est adopté et l'article 23 rétabli.

L'article 23 bis demeure supprimé.

ARTICLE 24

M. le président. – Amendement n°677, présenté par M. Labazée, Mme Jourda, MM. Madrelle et Tourenne, Mme Yonnet, MM. Montaugé, Leconte, J.C. Leroy, Cazeau et F. Marc, Mme Khiari, MM. Godefroy, Courteau et Manable, Mme Lienemann, M. Raynal et Mme Espagnac.

Alinéa 6

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Ce document doit obligatoirement faire figurer les informations détaillées relatives à l'état nutritionnel du patient.

Mme Evelyne Yonnet. – Le 12 juillet 2013, Mme la ministre des affaires sociales et de la santé confiait aux professeurs Serge Hercberg et Arnaud Basdevant la mission de faire des propositions concrètes destinées à donner un nouvel élan au Programme national nutrition santé et au Plan obésité. Le professeur Basdevant indique que le dépistage de la dénutrition n'a pas connu les progrès attendus.

Cet amendement garantit un meilleur suivi de l'état nutritionnel des patients en sortie d'hospitalisation.

M. Alain Milon, président de la commission. – Pour être gentil, il ne paraît pas opportun de détailler dans la loi le contenu de la lettre de liaison. Pour être moins gentil, il semble difficile de caractériser précisément, dans cette lettre, l'état nutritionnel du patient. Avis défavorable.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Le médecin hospitalier donnera les informations qu'il juge utiles au médecin traitant. N'imposons pas dans la loi des normes trop précises pour la lettre de liaison. La HAS émettra des recommandations. Retrait.

Mme Evelyne Yonnet. – Je pensais surtout aux personnes défavorisées, aux personnes âgées, se retrouvant seules à leur sortie d'hôpital. Certaines se laissent mourir de faim, faute de suivi.

Par sagesse, je retire l'amendement, mais réfléchissons-y.

L'amendement n°677 est retiré.

M. le président. – Amendement n°678 rectifié, présenté par M. Labazée, Mmes Jourda, Meunier et Emery-Dumas, M. Madrelle, Mme Bricq, MM. Tourenne, Godefroy, Raoul, Montaugé, Leconte, J.C. Leroy, Cazeau et F. Marc, Mme Khiari, MM. Courteau et Manable, Mmes Perol-Dumont, Lienemann et Cartron, M. Raynal et Mmes Espagnac et Yonnet.

Après l'alinéa 7

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« La lettre de liaison rappelle, pour chaque patient, les recommandations vaccinales qui lui sont spécifiques.

Mme Evelyne Yonnet. – La bonne continuité de la prise en charge dépend également de mesures préventives simples. La lettre de liaison peut ainsi rappeler des recommandations vaccinales spécifiques à chaque patient. Alors que la couverture vaccinale en France baisse depuis plusieurs années, les professionnels de santé ont un rôle clé à jouer. Comme l'a souligné le groupe de réflexion AVNIR, 91 % des répondants souhaitent être davantage informés sur les vaccins recommandés en fonction de leur état de santé.

M. Alain Milon, président de la commission. – Qu'est-ce qu'une recommandation vaccinale « spécifique » au patient ? Trouverait-elle d'ailleurs sa place dans la lettre de liaison ? Avis défavorable.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Quelle que soit l'importance de l'enjeu vaccinal, ce ne peut être une case à cocher systématiquement sur la lettre de liaison. Retrait.

L'amendement n°678 rectifié est retiré.

L'amendement n°119 rectifié n'est pas défendu, non plus que les amendements n°179 rectifié ter, 668 rectifié et 25 rectifié bis.

L'article 24 est adopté.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – Je me réjouis que la commission ait maintenu cet article, car la liaison ville-hôpital est essentielle pour réduire les actes inutiles. La lettre de liaison, déjà obligatoire, n'est rédigée qu'une fois sur deux, il est bon de la sanctuariser. Il y va de la qualité des soins et de l'équilibre des comptes sociaux.

M. Jean Desessard. – Bravo.

M. Alain Milon, président de la commission. – M. le rapporteur général Vanlerenberghe avait fait voter ici même cet article, dans le cadre du PLFSS.

ARTICLE 25

L'amendement n°337 n'est pas défendu, non plus que les amendements n°673 rectifié bis et 37 rectifié.

M. le président. – Amendement identique n°1067, présenté par Mme Archimbaud et les membres du groupe écologiste.

Alinéa 6

Après les mots :

des soins

insérer les mots :

ou à la prévention

M. Jean Desessard. – Il paraît nécessaire d'inclure la prévention, tant primaire que secondaire, dans le cadre des échanges entre professionnels prenant en charge une même personne.

M. Alain Milon, président de la commission. – L'amendement paraît intéressant, mais il ne faudrait pas diffuser des informations sur l'état de santé des patients... Sagesse.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Avis favorable à cet amendement qui lève toute ambiguïté.

L'amendement n°1067 est adopté.

L'amendement n°88 rectifié n'est pas défendu, non plus que les amendements n°89 rectifié, 76 rectifié et 90 rectifié.

M. le président. – Amendement n°749, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

Alinéa 21

Après la première occurrence du mot :

établissement

insérer les mots :

ou centre

Mme Brigitte Gonthier-Maurin. – Pourquoi ne pas prendre en compte ici les centres de santé, précurseurs pour ce qui est du travail d'équipe et du partage d'informations ?

M. Alain Milon, président de la commission. – Que pense le Gouvernement de cette suggestion intéressante ?

Mme Marisol Touraine, ministre. – Elle l'est, mais elle est aussi satisfaite puisque les centres de santé figureront dans la liste des structures fixée par le décret prévu à l'article L. 1110-12 du code de santé publique.

L'amendement n°749 est retiré.

M. le président. – Amendement n°546, présenté par Mme Génisson et les membres du groupe socialiste et républicain.

Alinéa 21

Après les mots :

dans le même établissement de santé

insérer les mots :

, ou au sein du service de santé des armées

Mme Claire-Lise Campion. – Cet amendement ajoute le service de santé des armées aux structures considérées comme des équipes de soins. Tous les professionnels de ce service ont vocation à prendre en charge les militaires, et ils ont, eux aussi, besoin de communiquer entre eux.

L'amendement n°546, accepté par la commission et le Gouvernement, est adopté.

M. le président. – Amendement n°750, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

Après l'alinéa 58

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Au 2° de l'article L. 162-1-14-1, les mots : « le tact et la mesure », sont remplacés par les mots : « un plafond dont le montant est défini par décret » ;

Mme Laurence Cohen. – S'agissant de dépassements d'honoraires, la notion de tact et de mesure est difficile à appréhender. Le montant autorisé doit être défini par décret.

M. le président. – Amendement n°751, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

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

« Art. L. 162-1-14-... – 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. »

Mme Laurence Cohen. – Même objet.

M. Alain Milon, président de la commission. – Il n'y a pas lieu de revenir ici sur la notion de tact et de mesure. Avis défavorable à l'amendement n°750.

Les dépassements d'honoraires sont déjà interdits dans le cadre des missions de service public. Retrait de l'amendement n°751 ?

Mme Marisol Touraine, ministre. – Le Gouvernement a fait le choix de la négociation conventionnelle, qui a interdit les dépassements supérieurs à 150 % du tarif conventionné. Avis défavorable à l'amendement n°750.

Je ne peux être non plus favorable à l'amendement n°751 qui fait référence, non au service public hospitalier, mais aux « missions de service public » dont préfère parler la commission. Sur le fond, des sanctions sont possibles si le contrat d'établissement n'est pas respecté.

M. Alain Milon, président de la commission. – La commission a bien maintenu la notion de service public hospitalier. En revanche, elle a mentionné les missions de service public du secteur privé.

L'amendement n°750 est retiré, de même que l'amendement n°751.

L'article 25 est adopté.

ARTICLES ADDITIONNELS

L'amendement n°670 rectifié n'est pas défendu, non plus que l'amendement n°880 rectifié.

L'article 25 bis est adopté.

L'amendement n°370 rectifié n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement n°841, présenté par Mmes Benbassa et Archimbaud, M. Desessard, Mmes Blandin et Bouchoux et MM. Gattolin, Labbé, Dantec et Placé.

Après l'article 25 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Haut Conseil de la santé publique remet au Gouvernement et au Parlement, au plus tard dix-huit mois après la promulgation de la présente loi, un rapport évaluant d'une part la mise en pratique du secret médical et du secret professionnel appliqué dans le domaine de la santé et d'autre part, l'effet des dispositions de la présente loi relatives au secret médical, au secret professionnel appliqué dans le domaine de la santé et à l'échange et le partage d'informations entre professionnels de santé et non-professionnels de santé sur le respect de la vie privée des patients, de leur dignité et du secret des informations les concernant.

M. Jean Desessard. – Nous demandons un rapport du Haut Conseil de la santé publique sur le secret médical et le secret professionnel dans le domaine de la santé. Il y a là des questions éthiques auxquelles il faut répondre.

M. Alain Milon, président de la commission. – Premier rapport de la soirée... Avis défavorable.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Même avis.

L'amendement n°841 n'est pas adopté.

ARTICLE 26 A (Supprimé)

M. le président. – Amendement n°426 rectifié *quater*, présenté par M. Montaugé, Mme Ghali, M. Cornano, Mme Bataille, MM. Raoul et Antiste, Mmes Emery-Dumas et Féret et MM. Lalande et Cabanel.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

L'agence régionale de santé veille à ce que l'accès aux soins, notamment dans les établissements de santé, soit garanti dans des délais raisonnables, quelles que soient les caractéristiques géographiques, climatiques et saisonnières du territoire.

L'agence régionale de santé veille également à ce que les interventions dispensées par les établissements de santé pourvus de services d'urgence soient assurées 24 heures sur 24 et tout au long de l'année par ces services sur leurs territoires de santé.

M. Maurice Antiste. – Cet amendement rétablit l'article 26 qui fixe les conditions dans lesquelles l'accès aux soins doit être garanti sur l'ensemble du territoire national, quel que soit le moment de l'année.

M. le président. – Sous-amendement n°1218 à l'amendement n°426 rectifié de M. Montaugé, présenté par le Gouvernement.

Amendement n° 426 rectifié *quater*, alinéa 3

Supprimer cet alinéa.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Le Gouvernement partage vos préoccupations, mais les conditions techniques de fonctionnement des urgences ne relèvent pas de la loi.

M. Alain Milon, président de la commission. – La commission a supprimé cet article non codifié, à la rédaction imprécise, d'ailleurs satisfait par l'article L. 1437-4 du code. Il était donc déclaratoire. Avis défavorable à l'amendement, comme au sous-amendement.

Le sous-amendement n°1218 est adopté, ainsi que l'amendement n°426 rectifié quater, ainsi sous-amendé.

L'article 26 A est rétabli.

ARTICLE 26

M. Maurice Antiste. – J'avais déposé un amendement d'appel pour compléter l'article L. 6112-1 portant sur les missions de service public des établissements de santé, afin de préciser qu'au titre de la permanence des soins, certaines spécialités pouvaient être couvertes par la dotation des missions d'intérêt général et aides à la contractualisation, prévue à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale et versée à la Guyane et à la Martinique.

Parmi ces spécialités figurent la neurochirurgie, la chirurgie cardiaque, la neuroradiologie interventionnelle, la réanimation polyvalente et néonatale, le service des grands brûlés.

M. Yves Daudigny. – Cet article est une disposition phare du projet. Il rétablit le service public hospitalier, tronçonné en 2009. Il est heureux que ce projet de loi rétablisse sans ambiguïté un mot qui change tout : il garantit en effet « l'admission » et non plus « l'orientation ». Ainsi, il instaure l'obligation de s'assurer de la prise en charge effective du patient dans un autre établissement, lorsqu'il n'est pas reçu là où il se présente d'abord. Les questions que je posais lors de l'adoption de la loi HPST n'avaient pas trouvé de réponse...

M. Alain Milon, président de la commission. – Sur le terrain, les secteurs public et privé collaborent en

bonne intelligence. Tout en maintenant la notion de service public hospitalier, nous avons cru nécessaire de maintenir les missions de service public du secteur privé, avec toutes les garanties afférentes pour les patients, dont des tarifs opposables. C'est une position politique.

L'amendement n°246 rectifié bis n'est pas défendu, non plus que l'amendement n°278.

M. le président. – Amendement n°642, présenté par le Gouvernement.

I. – Alinéa 9, seconde phrase

Après les mots :

des professionnels de santé

insérer les mots :

et à la formation initiale des sages-femmes

II. – Alinéas 20 à 41

Supprimer ces alinéas.

III. – Alinéa 60

Rétablir le 1° dans la rédaction suivante :

« 1° Ils peuvent être désignés par le directeur de l'agence régionale de santé pour participer aux communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-11. » ;

IV. – Alinéa 85

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Art. L. 6112-4-2 – Pour l'application des règles régissant les autorisations mentionnées au chapitre II du titre II du présent livre, il n'est pas tenu compte du fait que l'établissement assure le service public hospitalier défini à l'article L. 6112-2.

Mme Marisol Touraine, ministre. – La présentation de M. le président Milon est habile, mais dans l'esprit du Gouvernement, le service public hospitalier n'est pas qu'une étiquette : ce sont des engagements et des droits pour nos concitoyens : accessibilité financière, permanence de l'accueil, égalité d'accès aux soins. L'équilibre proposé est rétabli par cet amendement.

M. le président. – Amendement n°472, présenté par Mme Génisson et les membres du groupe socialiste et républicain.

I. – Alinéa 9, seconde phrase

Après les mots :

de santé

insérer les mots :

et à la formation initiale des sages-femmes

II. – Alinéas 20 à 41

Supprimer ces alinéas.

III. – Alinéa 85

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Art. L. 6112-4-2. – Pour l'application des règles régissant les autorisations mentionnées au chapitre II du titre II du présent livre, il n'est pas tenu compte du fait que l'établissement assure le service public hospitalier défini à l'article L. 6112-2.

Mme Catherine Génisson. – Lors de l'examen de la loi HPST, les débats sur la vente à la découpe du service public hospitalier ont été longs. Il faut le répéter : tout établissement qui respecte les exigences fixées peut être inclus dans le service public hospitalier. Évitions les polémiques stériles.

M. Jean Desessard. – Bravo.

M. le président. – Amendement n°753, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

Alinéas 20 à 41

Supprimer ces alinéas.

Mme Brigitte Gonthier-Maurin. – La commission des affaires sociales a rétabli la possibilité pour les établissements privés d'exercer des missions de service public. Les auteurs de cet amendement s'opposent à cette dérive issue de la loi HPST, qui divisait le service public en treize missions, ouvrant la voie au creusement des inégalités d'accès aux soins.

L'amendement n°49 rectifié n'est pas défendu, non plus que les amendements n°s 48 rectifié, 260 rectifié et 47 rectifié.

M. le président. – Amendement n°682, présenté par M. Labazée, Mme Génisson, M. Lorgeoux et Mme Espagnac.

Après l'alinéa 64

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Ils peuvent participer aux groupements de coopération sanitaire prévus à l'article L. 4348-12.

Mme Catherine Génisson. – Défendu.

M. le président. – Amendement n°755, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

Alinéas 80 à 86

Supprimer ces alinéas.

Mme Laurence Cohen. – Nous refusons que les décisions d'autorisations ne soient pas prises en fonction du statut de l'établissement. Autant les établissements privés à but non lucratif participent à l'exercice d'une mission d'intérêt général, autant ceux à but lucratif s'en éloignent puisque leur premier objectif est la recherche de rentabilité financière en matière de santé.

L'amendement n°358 rectifié bis n'est pas défendu, non plus que l'amendement n°52 rectifié.

M. le président. – Amendement n°756, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

Après l'alinéa 86

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« La délivrance ou le renouvellement de l'autorisation peuvent être subordonnés à la participation à une ou plusieurs des missions de service public prévues à l'article L. 6112-1, à l'engagement de mettre en œuvre des mesures de coopération de nature à favoriser une utilisation commune des moyens, le service public de la permanence de soins ou à la pratique de tarifs opposables. » ;

Mme Brigitte Gonthier-Maurin. – Amendement de repli, conditionnant la délivrance ou le renouvellement des autorisations mentionnées à l'article L. 6122-7 du code de la santé publique au respect des tarifs opposables en secteur 1. C'est une mesure de bon sens : la pratique des dépassements d'honoraires constitue un obstacle à l'égalité d'accès aux soins.

M. Alain Milon, président de la commission. – Avis défavorable à l'amendement n°642 ; de même qu'aux amendements n°s 472 et 753. L'amendement n°682 comporte une erreur de référence et est satisfait : retrait ? Avis défavorable à l'amendement n°755, ainsi qu'à l'amendement n°756 qui n'est pas conforme au principe de liberté des praticiens.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Avis favorable à l'amendement n°472 et à l'amendement n°753. L'amendement n°682 est satisfait : les GCS peuvent déjà être conclus avec tous les acteurs : n'allons pas trop loin dans la précision.

Avis défavorable à l'amendement n°755, il n'y a pas de lien entre le droit des autorisations et l'appartenance au service public hospitalier. Même avis sur l'amendement n°756, pour les mêmes raisons.

L'amendement n°682 est retiré.

À la demande de la commission des affaires sociales, l'amendement n°642 est mis aux voix par scrutin public.

M. le président. – Voici le résultat du scrutin n°259 :

Nombre de votants.....	342
Nombre de suffrages exprimés.....	323
Pour l'adoption	135
Contre	188

Le Sénat n'a pas adopté.

Mise au point au sujet d'un vote

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – Lors du scrutin n°257, M. Pozzo di Borgo voulait voter contre.

M. le président. – Acte vous est donné de cette mise au point.

Discussion des articles (*Suite*)

ARTICLE 26 (*Suite*)

M. le président. – Faut-il vraiment procéder au scrutin public demandé par la commission pour les deux amendements suivants ? On sait quel en serait le résultat. Ne peut-on les considérer comme retirés ?

Mme Laurence Cohen. – Nous ne retirons pas le nôtre.

M. Yves Daudigny. – Nous non plus et il y a une demande de scrutin public par la commission.

M. le président. – Soit. Nous allons donc procéder à ces scrutins publics.

À la demande de la commission des affaires sociales, l'amendement n°472 est mis aux voix par scrutin public.

M. le président. – Voici le résultat du scrutin n°260 :

Nombre de votants	342
Nombre de suffrages exprimés	342
Pour l'adoption.....	154
Contre	188

Le Sénat n'a pas adopté.

À la demande de la commission des affaires sociales, l'amendement n°753 est mis aux voix par scrutin public.

M. le président. – Voici le résultat du scrutin n°261 :

Nombre de votants	342
Nombre de suffrages exprimés	342
Pour l'adoption.....	154
Contre	188

Le Sénat n'a pas adopté.

L'amendement n°755 n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°756.

L'amendement n°259 rectifié n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement n°829 rectifié *bis*, présenté par MM. Patient, Antiste, Cornano, Karam, S. Larcher et J. Gillot.

Après l'alinéa 9

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Dans les départements et régions d'outre-mer, ils peuvent coopérer en raison de l'éloignement et l'isolement des acteurs de santé et de l'adaptation des outils de coopération sanitaire à leurs spécificités. » ;

M. Maurice Antiste. – Cet amendement renforce la coopération entre les différents acteurs de santé dans les départements et régions d'outre-mer.

M. Alain Milon, président de la commission. – Il est satisfait par la création des GHT : retrait.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Même avis.

L'amendement n°829 rectifié bis est retiré.

M. le président. – Amendement n°919, présenté par Mme Archimbaud et les membres du groupe écologiste.

Alinéa 11

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Art. L. 6111-1-1. – Dans le cadre de la mise en œuvre du projet régional de santé, les établissements de santé mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter, par un accompagnement soignant et social, leur accès au système de santé, aux réseaux institutionnels ou associatifs d'accueil et d'accompagnement social, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la mise en œuvre de leurs droits. À cet effet, ils concluent avec l'État des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes et notamment à celles qui ne bénéficient pas d'une couverture médicale.

M. Jean Desessard. – Les permanences d'accès aux soins de santé offrent un accès aux soins et un accompagnement social aux patients les plus démunis, dans la perspective d'un retour à l'offre de soins de droit commun. En outre, elles contribuent au repérage de ces patients. Toutefois, les disparités dans la mise œuvre de ces permanences de soins sont fortes. Cet amendement garantit un maillage territorial de qualité et de proximité.

L'amendement n°353 rectifié bis n'est pas défendu.

M. Alain Milon, président de la commission. – L'article L. 6112 du code de santé publique vous satisfait : retrait ?

Mme Marisol Touraine, ministre. – Même avis.

L'amendement n°919 n'est pas adopté.

L'amendement n°159 n'est pas défendu, non plus que les amendements n°s 427, 557 rectifié, 1175 et 50 rectifié.

M. le président. – Amendement identique n°160 rectifié, présenté par MM. Barbier, Mézard, Arnell, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin, Requier et Vall.

Alinéa 55

Supprimer cet alinéa.

M. Guillaume Arnell. – Cet alinéa rend opposables les garanties du service public hospitalier à des

établissements de santé qui n'y participent pas nécessairement. Aussi, est-il proposé de le supprimer.

M. Alain Milon, président de la commission. – La commission a rejeté cet amendement, estimant qu'il faut garantir au patient suffisamment de prévisibilité sur les tarifs. Avis défavorable.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Même avis.

L'amendement n°160 rectifié est retiré.

L'amendement n°46 rectifié n'est pas défendu.

À la demande de la commission, l'article 26 est mis aux voix par scrutin public.

M. le président. – Voici le résultat du scrutin n°262 :

Nombre de votants	342
Nombre de suffrages exprimés	342
Pour l'adoption.....	187
Contre	155

Le Sénat a adopté.

ARTICLES ADDITIONNELS

M. le président. – Amendement n°1000, présenté par Mme Archimbaud et les membres du groupe écologiste.

Après l'article 26

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la seconde phrase du premier alinéa du II, après le mot : « logiciels », sont insérés les mots : « apportent une aide à la conciliation médicamenteuse des patients ambulatoires ou hospitalisés à leur entrée et sortie de l'hôpital, à partir de l'exploitation des données de l'historique des remboursements du patient et de son dossier pharmaceutique (le patient ou son entourage, confirmant la prise effective des médicaments remboursés ou délivrés), » ;

2° À la seconde phrase du premier alinéa du III, après le mot : « logiciels », sont insérés les mots : « permettent aux pharmaciens d'accéder aux mêmes fonctionnalités que les médecins en matière d'aide à la conciliation médicamenteuse, ».

M. Jean Desessard. – Cet amendement introduit dans le périmètre de la certification des logiciels d'aide à la prescription et d'aide à la dispensation, un module d'aide à la « conciliation médicamenteuse ».

C'est l'une des cinq priorités définies par l'OMS. Elle consiste, avant de prescrire un ou plusieurs médicaments à un patient, à identifier son traitement complet, et le cas échéant à préciser pour chaque ligne, son maintien, sa suspension, son arrêt, sa substitution. Un certain nombre de logiciels certifiés en ville proposent déjà cette fonctionnalité, mais aucun à l'hôpital.

M. Alain Milon, président de la commission. – La HAS assure déjà la certification des logiciels et veille à ce qu'ils constituent une aide efficace à la prescription. Retrait.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Même avis.

L'amendement n°1000 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°1001, présenté par Mme Archimbaud et les membres du groupe écologiste.

Après l'article 26

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le III de l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale, il est inséré un paragraphe ainsi rédigé :

« ... – La Haute Autorité de santé établit la procédure de certification des logiciels d'aide à la préparation des doses à administrer ayant respecté un ensemble de règles de bonne pratique. Ces logiciels apportent une aide infirmière au calcul des doses, débits, volumes, vitesses de perfusion pour la préparation des doses à administrer, en particulier pour les formes injectables et buvables, à leur étiquetage complet et conforme à la réglementation avec impression des étiquettes dans la salle de soins ou sur le chariot de distribution des médicaments, et permettent également de tracer les opérations réalisées par l'infirmière pour préparer les doses. »

M. Jean Desessard. – Cet amendement élargit le périmètre de la certification et les exigences attendues pour les logiciels hospitaliers d'aide à la prescription et à la dispensation aux étapes infirmières de préparation des doses à administrer, d'étiquetage de ces doses, et de traçabilité des tâches effectuée par l'infirmière, encore démunie de tout support logiciel dans l'exécution de ses tâches à haut risque d'erreur. La HAS serait parfaitement habilitée pour définir le référentiel propre à améliorer la qualité et la sécurité des pratiques.

M. Alain Milon, président de la commission. – Quelle faisabilité, madame la ministre ?

Mme Marisol Touraine, ministre. – Avis défavorable.

Mme Catherine Génisson. – N'ajoutons pas des tâches administratives au travail des infirmières... Mieux vaut qu'elles passent cinq minutes de plus au chevet des patients.

L'amendement n°1001 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°1002, présenté par Mme Archimbaud et les membres du groupe écologiste.

Après l'article 26

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le III de l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale, il est inséré un paragraphe ainsi rédigé :

« ... – La Haute Autorité de santé établit la procédure de certification des logiciels d'aide à l'administration des médicaments. Celle-ci requiert la mise en œuvre d'un circuit du médicament informatisé en boucle fermée qui permet, en combinant la prescription électronique et l'administration des médicaments assistée par la lecture code-barres de chaque dose à administrer réalisée au chevet des malades ou résidents, de s'assurer de la conformité à la prescription des médicaments prêts à être administrés : "Le bon médicament, au bon malade, à la bonne dose, par la bonne voie, au bon moment". »

M. Jean Desessard. – Défendu.

M. Alain Milon, *président de la commission.* – Avis défavorable à nouveau.

Mme Marisol Touraine, *ministre.* – Même avis.

L'amendement n°1002 n'est pas adopté.

L'amendement n°53 rectifié n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement n°932, présenté par Mme Archimbaud et les membres du groupe écologiste.

Après l'article 26

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois après la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'accès aux urgences en milieu rural portant notamment sur la formation initiale et sur la formation continue des médecins dans le domaine des urgences ainsi que sur la mise en réseau des services d'urgences, des services de sapeurs-pompiers et des médecins libéraux pour mieux répondre aux besoins.

M. Jean Desessard. – Défendu.

M. Alain Milon, *président de la commission.* – Et un deuxième rapport ce soir... Avis défavorable.

Mme Marisol Touraine, *ministre.* – Avis défavorable.

L'amendement n°932 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°999, présenté par Mme Archimbaud et les membres du groupe écologiste.

Après l'article 26

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport analysant les possibilités et les conditions de mise en place dans les hôpitaux d'une administration assistée des médicaments par lecture à code-barres au lit du malade, et l'aide logicielle à la préparation des doses à administrer.

M. Jean Desessard. – Déployée dans 80 % des hôpitaux nord-américains, l'administration des médicaments assistée par lecture à code-barres au lit

du malade permet d'éviter des erreurs d'administration et de renforcer la traçabilité des médicaments administrés. En France, son déploiement n'a pas commencé. Pourquoi ?

M. Alain Milon, *président de la commission.* – Troisième rapport en dix minutes... Avis défavorable.

Mme Marisol Touraine, *ministre.* – Avis défavorable.

L'amendement n°999 n'est pas adopté.

ARTICLE 26 BIS A

M. le président. – Amendement n°1210, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales.

I. – Alinéa 1

Remplacer le chiffre :

VII

par le chiffre :

VIII

II. – Alinéa 2

Remplacer le chiffre :

VII

par le chiffre :

VIII

III. – Alinéa 4

Remplacer la référence :

L. 6327-1

par la référence :

L. 6328-1

IV. – Alinéa 7

Remplacer la référence :

L. 2371-1

par la référence :

L. 6328-1

L'amendement de coordination n°1210, accepté par le Gouvernement, est adopté.

L'article 26 bis A, modifié, est adopté.

ARTICLE 26 BIS B (Supprimé)

M. le président. – Amendement n°617, présenté par M. Daudigny, Mme Bataille, M. Cazeau, Mmes Emery-Dumas et D. Gillot, M. Labazée, Mme Lienemann, MM. Manable, F. Marc, Marie et Masseret et Mmes Schillinger et Yonnet.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

À la troisième phrase du premier alinéa de l'article L. 6143-2 du code de la santé publique, après les mots :

« qu'un », sont insérés les mots : « projet d'organisation de la prise en charge psychologique et un ».

M. Yves Daudigny. – L'Assemblée nationale a voté l'élaboration d'un projet d'organisation de la prise en charge psychologique dans le cadre des projets d'établissement. La commission, tout en reconnaissant l'importance de cette prise en charge, veut la cantonner aux soins. Pourquoi ?

M. le président. – Amendement identique n°1106, présenté par Mme Archimbaud et les membres du groupe écologiste.

M. Jean Desessard. – Je souscris aux excellents arguments de M. Daudigny.

M. le président. – Amendement n°757, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

À la troisième phrase du premier alinéa de l'article L. 6143-2 du code de la santé publique, après les mots : « qu'un », sont insérés les mots : « projet psychologique et un ».

Mme Laurence Cohen. – Cet amendement rétablit la prise en compte de la dimension psychologique lors de l'élaboration du projet d'établissement des hôpitaux. On peut se demander quelle mouche a piqué la commission des affaires sociales pour qu'elle supprime une mesure aussi utile.

Le projet psychologique de l'établissement peut recouvrir aussi les relations avec les familles des patients, et aussi les relations des professionnels entre eux. La qualité des soins dépend d'une approche globale et de la coopération entre toutes les équipes.

M. Alain Milon, président de la commission. – Les soins psychologiques font partie du projet de soins : nul besoin de leur faire un sort à part, la médecine est une approche globale. De plus, qui élaborerait un tel projet psychologique distinct ? Isoler un pan de la médecine des autres n'a pas de sens. Va-t-on énumérer ainsi toutes les spécialités, de la dermatologie à la psychiatrie ? On a parfois mis la psychiatrie à part ; résultat, les patients des hôpitaux psychiatriques meurent plus jeunes que les autres, faute de soins somatiques.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Certes, mais les psychologues ne constituent pas une profession médicale. Jusqu'à la loi HPST, la psychologie faisait partie du projet hospitalier. Depuis, elle s'est trouvée déclassée, il est important d'y remédier. Avis favorable.

M. Alain Milon, président de la commission. – Un tel amendement revient à mettre les psychologues à part de la médecine. Les professions paramédicales font pourtant bien partie du projet d'établissement. Avec un tel amendement, ce serait pire pour les psychologues !

Mme Catherine Génisson. – La notion de projet psychologique de l'hôpital m'interpelle. La relation psychologique, ce peut être aussi celle qui lie les malades à la communauté soignante, ou cette dernière entre elle et à sa direction.

Mme Laurence Cohen. – Il ne s'agit pas de mettre la psychologie à part, mais d'affirmer son rôle dans le projet médical. En 2015, ce serait un recul que de ne pas le reconnaître. Le projet hospitalier est souvent critiqué, vu comme froid et insoucieux des personnes : la psychologie peut y remédier.

M. Jean Desessard. – Mme Cohen a fait une excellente intervention, je m'y rallie.

*Les amendements identiques n°s 617 et 1106 sont adoptés.
L'article 26 bis B est rétabli.*

L'amendement n°757 n'a plus d'objet.

Pourquoi placer les psychologues à l'écart, alors qu'ils ne sont déjà pas considérés comme une profession médicale ?

Mme Catherine Génisson. – La notion de projet psychologique de l'hôpital m'interpelle. La relation psychologique, ce peut être aussi celle qui lie les malades à la communauté soignante, ou cette dernière à la direction.

Mme Laurence Cohen. – Il ne s'agit pas de mettre la psychologie à part, mais d'affirmer son rôle dans le projet médical. En 2015, ce serait un recul que de ne pas le reconnaître. Le projet hospitalier est souvent critiqué, vu comme froid et insoucieux des personnes : la psychologie peut y remédier.

M. Jean Desessard. – Mme Cohen a fait une excellente intervention, je m'y rallie.

*L'amendement n°757 est adopté
et l'article 26 bis B est rétabli.*

ARTICLE 26 C

Mme Laurence Cohen. – Cet article donne priorité en matière d'urbanisme à l'AP-HP, c'est nécessaire vu la pression foncière. Les agents bénéficient jusqu'ici de logements et peuvent rester locataires à la retraite. Or le Gouvernement a décidé d'obliger les retraités à quitter leur logement, alors même que leurs revenus ont fondu. Nous sonnons l'alarme.

L'article 26 bis C est adopté.

ARTICLE 26 BIS (Supprimé)

M. le président. – Amendement n°527, présenté par Mme Génisson et les membres du groupe socialiste et républicain.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

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

1° À la fin du 6° de l'article L. 6141-2-1, les mots : « fixées par décret » sont remplacés par les mots : « prévues à l'article L. 6145-16-1 » ;

2° Après l'article L. 6145-16, il est inséré un article L. 6145-16-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 6145-16-1. – I. – Les établissements publics de santé et leurs groupements ne peuvent souscrire des emprunts auprès des établissements de crédit que dans les limites et sous les réserves suivantes :

« 1° L'emprunt est libellé en euros ;

« 2° Le taux d'intérêt peut être fixe ou variable ;

« 3° La formule d'indexation des taux variables doit répondre à des critères de simplicité ou de prévisibilité des charges financières des établissements publics de santé et de leurs groupements.

« II. – Un contrat financier adossé à un emprunt auprès d'un établissement de crédit ne peut avoir pour conséquence de déroger au I.

« III. – Un décret fixe les conditions d'application du présent article, notamment :

« 1° Les indices et les écarts d'indices autorisés pour les clauses d'indexation des taux d'intérêt variables mentionnés au 2° du I, ainsi que le taux maximal de variation du taux d'intérêt ;

« 2° Les critères prévus au 3° du I ;

« 3° Les conditions d'application du II. »

Mme Catherine Génisson. – Les emprunts toxiques représentent 3 milliards sur les 30 milliards de dette qu'ont accumulés les hôpitaux publics. Il faut empêcher ces derniers de reproduire la même erreur.

M. le président. – Amendement identique n°758, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

Mme Brigitte Gonthier-Maurin. – La dette globale des hôpitaux publics représente 30,4 milliards et produit 961 millions d'intérêts. La question n'est pas secondaire... Financement externe ne rime pas avec qualité des soins... Il ne serait pas scandaleux qu'une partie des fonds d'épargne gérés par la Caisse des dépôts au travers du Livret A et du Livret de développement durable soit mobilisés pour financer les établissements publics hospitaliers. Fin juillet 2015, l'encours de ces livrets totalisait 360 milliards d'euros, dont une bonne partie disponible pour affectation.

M. Alain Milon, président de la commission. – La commission partage évidemment l'objectif, mais remonter cette disposition, prévue par un décret du 14 novembre 2011, complété depuis, au niveau législatif la rendrait moins souple. Avis défavorable.

À côté des emprunts toxiques, il y a les emprunts tout court. M. Le Menn et moi-même en avons parlé dans un rapport sur la T2A et nous avons estimé que la santé n'avait pas à rembourser l'immobilier. Pourquoi ne pas répartir la gestion des bâtiments entre

l'État et les différents niveaux de collectivités, comme c'est le cas pour les écoles, collèges, lycées et universités ?

Mme Marisol Touraine, ministre. – Le Gouvernement a fait en sorte d'éviter le pire, c'est-à-dire le défaut de paiement.

Avis favorable à cet amendement : inscrire cet encadrement dans la loi, comme l'a demandé la Mecss de l'Assemblée nationale, le rendra plus fort et plus durable.

Les amendements identiques n°s 527 et 758 sont adoptés et l'article 26 bis est rétabli.

ARTICLE 26 TER A (Supprimé)

M. le président. – Amendement n°473, présenté par Mme Génisson et les membres du groupe socialiste et républicain.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

L'article L. 6141-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

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

« Ils sont dotés d'un statut spécifique, prévu notamment par le présent titre et la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, qui tient compte en particulier de leur implantation locale et de leur rôle dans les stratégies territoriales pilotées par les collectivités territoriales. » ;

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

« Les collectivités territoriales participent à leur gouvernance. Elles sont étroitement associées à la définition de leurs stratégies afin de garantir le meilleur accès aux soins et la prise en compte des problématiques de santé dans les politiques locales. »

Mme Catherine Génisson. – Les établissements publics de santé ont toujours été des acteurs essentiels de la vie des territoires, par le service public qu'ils assurent et le facteur d'attractivité qu'ils représentent, d'où un droit spécifique et la création d'une fonction publique autonome. Rappelons l'importance de cette implantation locale alors que la loi HPST avait écarté les maires de la gouvernance des établissements.

M. le président. – Amendement identique n°759, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

Mme Éliane Assassi. – Oui, il faut associer les collectivités territoriales à la gouvernance. C'est une nécessité démocratique.

M. Alain Milon, président de la commission. – Les maires n'ont jamais été écartés des conseils de surveillance, grâce au Sénat d'ailleurs. Et le présent

texte ne remplace pas les conseils de surveillance issus de la loi HPST par des conseils d'administration, signe que ce n'était pas une si mauvaise loi...

Si la commission a supprimé l'article, c'est qu'il ne fait que rappeler le droit en vigueur.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Avis favorable.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – Je soutiens la commission. Maire, j'ai présidé le conseil de surveillance d'un hôpital. Le maire n'a guère plus de pouvoir qu'il n'en avait au conseil d'administration, si ce n'est un pouvoir d'influence. Quant au budget...

Mme Catherine Génisson. – Ce n'est pas anodin !

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – ...mieux vaut exprimer un avis au conseil de surveillance que d'y être tenu par une décision qui vous échappe - on sait comment les budgets sont élaborés - et des emprunts toxiques que vous n'avez ni négociés, ni votés.

Les amendements identiques n^{os} 473 et 759 sont adoptés.

L'article 26 ter A est rétabli.

ARTICLE 26 TER B

M. le président. – Amendement n°1213, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales.

Rédiger ainsi cet article :

I. – L'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics est ainsi modifiée :

1° À l'article 71, les mots : « , ainsi que des établissements publics de santé et des structures de coopération sanitaire dotées de la personnalité morale publique » sont supprimés.

2° Au deuxième alinéa du VI de l'article 101, les mots : « , ainsi que les établissements publics de santé et les structures de coopération sanitaire dotées de la personnalité morale publique » sont supprimés.

II. – Après l'article L. 6148-7 du code de la santé publique, sont insérés des articles L. 6148-7-1 et L. 6148-7-2 ainsi rédigés :

« Art. L. 6148-7-1. – Les établissements publics de santé et les structures de coopération sanitaire dotées de la personnalité morale publique ne peuvent conclure directement les contrats suivants :

« 1° Les marchés de partenariat mentionnés à l'article 67 de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics dont la valeur est supérieure à un seuil fixé par voie réglementaire ;

« 2° Les contrats de crédit-bail, au sens des articles L. 313-7 à L. 313-11 du code monétaire et financier, qui ont pour objet la réalisation, la modification ou la rénovation d'ouvrages immobiliers répondant à un besoin précisé par la collectivité publique et destinés à être mis à sa disposition ou à devenir sa propriété.

« Cette interdiction ne s'applique pas aux projets dont l'avis d'appel public à la concurrence a été publié avant le 1^{er} janvier 2015.

« Art. L. 6148-7-2. – L'État peut conclure, pour le compte d'une personne publique mentionnée à l'article L. 6148-7-1, un des contrats mentionnés au même article sous réserve que l'opération soit soutenable au regard de ses conséquences sur les finances publiques et sur la situation financière de la personne publique. »

M. Alain Milon, rapporteur. – Cet amendement met en cohérence les mesures prévues dans le projet de loi avec les dispositions de l'ordonnance du 23 juillet 2015.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Je comprends votre intention, mais des études interministérielles sont nécessaires au préalable pour garantir en la matière la cohérence avec l'ensemble des acteurs publics.

L'amendement n°1213 n'est pas adopté.

L'article 26 ter B est adopté.

L'article 26 ter demeure supprimé.

ARTICLE 27

Mme Laurence Cohen. – Oui à la coordination et au maillage du territoire, mais le regroupement, sous la houlette des ARS, de 1 200 à 1 300 établissements en une centaine de groupements hospitaliers de territoire (GHT) ne fera pas progresser l'accès aux soins ni reculer les inégalités. Les GHT ouvrent la voie à une centralisation à outrance. Mme David le sait, le cas de la clinique Saint-Charles est un cas d'école de non-respect de la démocratie sanitaire : le projet de l'ARS fait l'unanimité des élus et du personnel contre lui, alors qu'un autre projet avait leur assentiment.

M. le président. – Amendement n°760, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

Supprimer cet article.

Mme Brigitte Gonthier-Maurin. – La logique de regroupement hospitalier initiée en 2007 est poursuivie par le Gouvernement de François Hollande, nous le regrettons profondément. Les GHT ne rassureront pas les personnels et détérioreront l'accès aux soins. Ainsi sont envisagés le regroupement des hôpitaux de Bichat, Beaujon et Lariboisière dans une grande structure... à Saint-Ouen. Certaines spécialités vont disparaître et pas moins de 400 lits.

Pour éviter que tous les hôpitaux de France subissent le même sort, supprimons cet article.

M. Alain Milon, président de la commission. – Avis défavorable, la logique des GHT est une meilleure adaptation des moyens aux besoins de la population.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Cet article est important. Les GHT ne sont peut-être pas une mesure « grand public », mais structurante. Il s'agit de

réorganiser les hôpitaux en développant des projets médicaux de territoire.

Il est piquant de vous entendre citer pour exemple le regroupement, non d'hôpitaux publics, mais de cliniques ! Il ne suffit pas de lancer des slogans idéologiques sur la fin supposée de l'hôpital public...

Mme Brigitte Gonthier-Maurin. – Vous direz cela aux patients qui font la queue pour se faire soigner !

Mme Marisol Touraine, ministre. – ...pour avoir raison. Vous savez fort bien que, par principe, il n'y aura pas de GHT à l'APHP. L'enjeu des GHT est de préserver les hôpitaux de proximité et de permettre aux établissements plus importants de rayonner et de relever les défis du virage ambulatoire. Avis défavorable.

Mme Laurence Cohen. – Chacun peut constater la réalité en allant sur le terrain, avec 3 milliards d'économies et tant de suppressions de lits. Les soins ambulatoires ? Encore faut-il que les familles prennent le relais, ce qui n'est pas toujours possible ! Pour relever les défis, il faut financer l'hôpital, en prenant l'argent où il est ! Ne me dites pas que les choses s'améliorent ! Les maternités ferment, les urgences sont saturées, les temps d'attente explosent. Un moratoire ? Ce n'est pas le moment... Vous continuez à casser le service public, à asphyxier les hôpitaux, voilà la réalité.

M. le président. – Il est minuit. Je vous propose de continuer l'examen des amendements jusqu'à minuit et demi. (*Assentiment*)

L'amendement n°760 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°1136 rectifié, présenté par MM. Amiel, Arnell, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin, Guérini, Mézard, Requier et Vall.

I. – Alinéa 5, première phrase

a) Après les mots :

offre de soins

insérer les mots :

territoriale ou

b) Après le mot :

régionale

insérer les mots :

ou tenant à la prise en charge des patients atteints de troubles mentaux,

II. – Au début de l'alinéa 8

Insérer une phrase ainsi rédigée :

Les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie peuvent, après accord du directeur général de l'agence régionale de santé, constituer un groupement hospitalier de territoire relatif à la psychiatrie et santé mentale selon des modalités précisées par décret.

III. – Après l'alinéa 8

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

« ... – Les établissements publics de santé ayant la psychiatrie pour principale activité peuvent, après accord du directeur général de l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement support du groupement hospitalier de territoire concerné, être associés à l'élaboration du projet médical de groupement auxquels ils ne sont pas parties.

« ... – Les établissements publics de santé n'ayant pas la psychiatrie pour principale activité peuvent, après accord du directeur général de l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement support du groupement hospitalier de territoire de psychiatrie et de santé mentale, être associés à l'élaboration du projet médical de ce même groupe hospitalier de territoire.

IV. – Alinéa 12

Rétablir le IV de l'article L. 6132-1 dans la rédaction suivante :

« IV. – Les établissements publics de santé ayant la psychiatrie pour principale activité peuvent constituer un groupement hospitalier de territoire dédié à cette discipline en vue de permettre une stratégie de prise en charge commune et coordonnée du patient.

« Les établissements publics de santé disposant d'un secteur de psychiatrie peuvent, après accord du directeur général de l'agence régionale de la santé, être associés à l'élaboration du projet médical de ce même groupement.

M. Guillaume Arnell. – Nous proposons des groupements hospitaliers de territoire relatifs à la psychiatrie et à la santé mentale. Ils peuvent être une réelle opportunité d'amélioration de l'accès aux soins, de la qualité et de la sécurité des parcours de soins et de santé sur l'ensemble du territoire, notamment en cas de carence du maillage territorial, tout en évitant un risque de dilution de la discipline préjudiciable à terme aux patients.

M. le président. – Amendement n°474, présenté par Mme Génisson et les membres du groupe socialiste et républicain.

I. - Alinéa 5, première phrase

Après les mots :

dans l'offre de soins

insérer les mots :

territoriale ou

II. - Alinéa 8

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie peuvent, après accord du directeur général de l'agence régionale de santé, constituer un groupement hospitalier de territoire relatif à la psychiatrie et la santé mentale selon des modalités précisées par décret.

Mme Catherine Génisson. – Les GHT succèdent aux communautés hospitalières de territoire qui fonctionnent bien. Dans celle d'Arras-Lens-Douai-Béthune, bassin d'un million d'habitants, le plateau technique de cardiologie est centralisé à Lens, avec la participation des praticiens des quatre hôpitaux.

Quant à l'encombrement des hôpitaux, le projet de loi s'y attaque avec la structuration du parcours de soins et la fin de l'hospitalo-centrisme. C'est une hospitalière qui vous parle...

J'en viens à l'amendement qui mérite discussion. Il y a dans certains territoires d'énormes hôpitaux psychiatriques.

L'amendement n°310 rectifié bis n'est pas défendu.

M. Alain Milon, président de la commission. – Les psychiatres sont divisés, mais une très grande majorité préfère que les services psychiatriques des hôpitaux généraux continuent à exister tout en participant aux GHT. Encore une fois, la médecine est globale, et les malades mentaux pourront plus aisément avoir accès aux soins somatiques.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Je l'ai dit publiquement, les spécificités de la psychiatrie doivent être prises en compte dans les GHT. Rien n'empêche d'ailleurs la constitution de GHT psychiatriques quand le diagnostic territorial le justifie.

Les communautés psychiatriques de territoire permettront à des établissements n'appartenant pas au même GHT de poursuivre leur coopération.

Mme Catherine Génisson. – Que les services psychiatriques soient associés aux autres est évidemment bienvenu, mais leur spécificité demeure. Mme la ministre m'a rassurée, toutefois.

Les amendements n°s 1136 rectifié et 474 sont retirés.

L'amendement n°671 n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement n°761, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

Alinéa 6, deuxième phrase

Supprimer cette phrase.

Mme Laurence Cohen. – Faut-il continuer ? Ce soir, c'est le désert, non pas médical, mais parlementaire... Selon l'étude d'impact du texte, la création des GHT ferait faire 400 millions d'économies sur trois ans. Voilà l'objectif, au détriment du projet médical !

L'amendement n°761, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.

Les amendements n°s 1140, 428, et 55 rectifié ne sont pas défendus.

M. le président. – Amendement n°545, présenté par Mme Génisson et les membres du groupe socialiste et républicain.

Après l'alinéa 7

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ... – Les hôpitaux des armées peuvent, après autorisation du ministre de la défense et accord du directeur général de l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement support d'un groupement hospitalier de territoire, être associés à l'élaboration du projet médical partagé de ce groupement.

Mme Catherine Génisson. – Défendu.

L'amendement n°545, accepté par la commission et le Gouvernement, est adopté.

L'amendement n°369 rectifié bis n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement n°548, présenté par Mme Génisson et les membres du groupe socialiste et républicain.

Alinéa 11, troisième phrase

Supprimer les mots :

la représentation des établissements privés dans le groupement hospitalier de territoire et

Mme Catherine Génisson. – Défendu.

M. Alain Milon, président de la commission. – La représentation des établissements privés dans les GHT poserait sans doute des difficultés pratiques et juridiques... Nous verrons à l'usage. Avis favorable.

Mme Marisol Touraine, ministre. – De même.

L'amendement n°548 est adopté.

M. le président. – Amendement n°565, présenté par M. Roche et les membres du groupe UDI-UC.

Après l'alinéa 11

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ... – Les professionnels de santé libéraux et les professionnels de santé exerçant dans un service de santé au travail, de santé scolaire et universitaire ou de protection maternelle et infantile peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire dans des conditions définies par décret.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – L'objet est de permettre aux professionnels de santé libéraux et aux professionnels de santé exerçant dans un service de santé au travail, de santé scolaire et universitaire ou de protection maternelle et infantile d'être associés à un groupement hospitalier de territoire.

M. Alain Milon, président de la commission. – Point n'est besoin de l'écrire. Retrait ?

Mme Marisol Touraine, ministre. – Même avis.

L'amendement n°565 est retiré.

L'amendement n°56 rectifié n'est pas défendu, non plus que l'amendement n°287 rectifié.

M. le président. – Amendement n°1217, présenté par le Gouvernement.

I. – Alinéa 18

Rédiger ainsi cet alinéa :

« 4° L'organisation des activités et la répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques, résultant du projet médical partagé et pouvant être prévues par voie d'avenant, ainsi que les modalités de constitution des équipes médicales communes et, le cas échéant, des pôles interétablissements ;

II. – Après l'alinéa 47

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Les conditions dans lesquelles les postes correspondant aux emplois mentionnés au 4° du II de l'article L. 6132-2- sont portés à la connaissance des praticiens exerçant au sein des établissements parties à la convention du groupement hospitalier de territoire ainsi que les modalités selon lesquelles ils sont pourvus, de manière à leur permettre de s'engager dans la mise en œuvre du projet médical ;

Mme Marisol Touraine, ministre. – Cet amendement facilitera la constitution des équipes médicales au sein des GHT. Il est essentiel que les médecins puissent se projeter dans cette démarche ambitieuse et collective. Ils ont exprimé des attentes fortes.

M. Alain Milon, président de la commission. – Cet amendement a été déposé dans l'après-midi, la commission ne l'a pas examiné. Une question perfide : s'il existe un projet médical partagé, où est le projet psychologique ? (*Sourires*) *Sagesse*.

L'amendement n°1217 est adopté.

L'amendement n°286 rectifié n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement n°762, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

I. - Alinéa 20, première phrase

Après le mot :

groupement

insérer les mots :

et la majorité des organisations représentatives du personnel

II. – Alinéa 21, deuxième phrase

Compléter cette phrase par les mots :

ainsi que les représentants des organisations représentatives du personnel et des collectivités territoriales concernées

Mme Brigitte Gonthier-Maurin. – Notre système de santé actuel souffre d'un manque de démocratie et de prise en considération des représentants du personnel ainsi que des élus locaux.

L'amendement n°762, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°1211, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 31

Après les mots :

parties au groupement

insérer les mots :

des équipes médicales communes, la mise en place de pôles inter-établissements tels que définis dans la convention constitutive du groupement ainsi que

M. Alain Milon, président de la commission. – Dès lors que les équipes médicales communes et la mise en place de pôles inter-établissements sont possibles dans la convention constitutive du groupement, il convient que l'établissement support puisse en assurer la gestion commune.

L'amendement n°1211, accepté par le Gouvernement, est adopté.

M. le président. – Amendement n°801, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

I. – Après l'alinéa 52

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...) Au premier alinéa, les mots : « se prononce sur » sont remplacés par le mot : « arrête » ;

...) Au début du 3°, sont insérés les mots : « Le budget prévisionnel, » ;

II. – Après l'alinéa 53

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Le dixième alinéa est supprimé ;

Mme Éliane Assassi. – Je m'associe aux propos de Mme Cohen : nous avons un projet ambitieux pour la santé publique qui n'est pas le vôtre... Je déplore moi aussi que l'hémicycle soit presque vide ce soir, sur un sujet aussi important. Nous verrons quand les caméras tourneront...

La démocratie est un mal nécessaire. Il est légitime que la communauté constituée par le personnel, les patients et les élus locaux soient aux commandes des GHT. En transposant le schéma actuel au Parlement, celui-ci serait cantonné au vote des lois de règlement...

M. Alain Milon, président de la commission. – Les caméras tournent...

Mme Éliane Assassi. – Vous savez bien auxquelles je pense...

M. Alain Milon, président de la commission. – Beaucoup de nos collègues étaient présents cette semaine, madame Assassi. Je ne vous ai, vous, pas beaucoup vue...

Mme Éliane Assassi. – Il faut vous retourner !

M. Alain Milon, président de la commission. – Avis défavorable à l'amendement.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Même avis défavorable.

L'amendement n°801 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°804 rectifié, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

Après l'alinéa 57

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° L'article L. 6143-6 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Dans un délai de cinq ans suivant leur démission ou à la fin de leur contrat, les personnes ayant été membre du conseil ne peuvent exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé privé qui entre en concurrence directe avec l'établissement public dans lequel ils exerçaient précédemment. Les modalités d'application de cet article sont fixées par décret. » ;

Mme Laurence Cohen. – Cet amendement empêche les directeurs d'hôpitaux publics de procéder à des restructurations pour aller travailler par la suite dans un établissement privé qui en aurait tiré profit. Une clause de non-concurrence, en quelque sorte...

*L'amendement n°804 rectifié,
repoussé par la commission et le Gouvernement,
n'est pas adopté.*

M. le président. – Amendement n°1212, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 59

Après les mots :

ces compétences pour

insérer les mots :

le compte des établissements de santé parties au groupement hospitalier de territoire, pour

*L'amendement rédactionnel n°1212,
accepté par le Gouvernement, est adopté.*

M. le président. – Amendement n°547, présenté par Mme Génisson et les membres du groupe socialiste et républicain.

Alinéas 63, 64 et 70

Remplacer la date :

1^{er} janvier 2016

par la date :

1^{er} juillet 2016

Mme Catherine Génisson. – Il s'agit de modifier la date de mise en œuvre des GHT afin de garantir que le projet médical partagé sera élaboré avant la conclusion de la convention constitutive de GHT.

L'amendement n°547, accepté par la commission et le Gouvernement, est adopté.

M. le président. – Amendement n°423 rectifié, présenté par M. Vanlerenberghe, Mme Billon et MM. Cadic, Namy, Delahaye, Roche et Cigolotti.

Alinéa 64, première phrase

Compléter cette phrase par les mots :

, sur approbation du directeur général de l'agence régionale de santé

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – L'objet de cet amendement est de soumettre à l'approbation de l'ARS la transformation des communautés hospitalières de territoire en groupements hospitaliers de territoire.

M. Alain Milon, président de la commission. – Il n'est pas sûr que ce soit utile, car le directeur général de l'ARS devra dans tous les cas contrôler la convention constitutive. Retrait ?

Mme Marisol Touraine, ministre. – Même avis.

L'amendement n°423 rectifié est retiré.

L'article 27, modifié, est adopté.

L'amendement n°553 rectifié bis n'est pas défendu.

ARTICLE 27 BIS

M. le président. – Amendement n°763, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

Supprimer cet article.

Mme Éliane Assassi. – Défendu.

L'amendement n°763, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.

L'article 27 bis est adopté.

L'amendement n°57 rectifié n'est pas défendu, non plus que les amendements n°s 161 rectifié et 429 rectifié.

L'article 27 ter est adopté.

L'article 27 quater est adopté.

Les amendements n°s 451 et 452 ne sont pas défendus.

L'article 27 quinquies est adopté.

ARTICLE 27 SEXIES

Mme Laurence Cohen. – Nous voterons cet article, car nous partageons l'objectif de contrôle de l'argent public auprès des établissements privés de santé non-lucratifs.

Il est dommage que la colonne vertébrale de ce projet de loi, les GHT, soit adoptée par quelques sénateurs à minuit vingt-cinq...

M. le président. – Amendement n°274 rectifié, présenté par MM. Barbier et Mézard, Mme Malherbe

et MM. Arnell, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin, Requier et Vall.

Alinéa 3

Supprimer cet alinéa.

M. Guillaume Arnell. – Cet amendement tend à éviter un vide juridique transitoire pour les établissements de santé financés antérieurement par dotation globale.

M. le président. – Amendement n°1195, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales.

Compléter cet article par deux paragraphes ainsi rédigés :

... – À la première phrase du premier alinéa du XX et au premier alinéa du XXI de l'article 1^{er} de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, l'année : « 2016 » est remplacée par l'année : « 2017 »

... – Les II et III entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

M. Alain Milon, président de la commission. – L'entrée en vigueur des dispositions pérennes prévues par le présent article est liée à la publication d'un décret en Conseil d'État qui ne pourra intervenir avant la fin des dispositions transitoires, prévue le 1^{er} janvier 2016. Cet amendement, qui satisfait le précédent, prévoit par conséquent une application des dispositions transitoires jusqu'au 1^{er} janvier 2017 afin de permettre un nouvel exercice budgétaire complet sous le régime des dispositions transitoires, et un report de l'abrogation des dispositions transitoires à cette même date.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Il est utile d'éviter un vide juridique en prévoyant des dispositions transitoires. L'amendement n°274 rectifié est simplement moins précis : retrait au bénéfice de l'amendement n°1195 ?

L'amendement n°274 rectifié est retiré.

L'amendement n°1195 est adopté.

L'article 27 sexies, modifié, est adopté.

L'article 27 septies est adopté.

M. le président. – Nous avons examiné 224 amendements aujourd'hui. (*Exclamations admiratives*) Il en reste 494.

Prochaine séance le lundi 28 septembre 2015 à 10 heures.

La séance est levée à minuit et demi.

Jacques Fradkine

Direction des comptes rendus analytiques

Ordre du jour du lundi 28 septembre 2015

Séance publique

À 10 heures

1. Suite du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé (n° 406, 2014-2015).

Rapport de M. Alain Milon, Mmes Catherine Deroche et Élisabeth Doineau, fait au nom de la commission des affaires sociales (n° 653, 2014-2015).

Texte de la commission (n° 654, 2014-2015).

Avis de M. Jean-François Longeot, fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable (n° 627, 2014-2015).

Avis de M. André Reichardt, fait au nom de la commission des lois (n° 628, 2014-2015).

À 14 h 30, le soir et la nuit

2. Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, autorisant la ratification de l'accord entre la République française et l'Union européenne visant à l'application, en ce qui concerne la collectivité de Saint-Barthélemy, de la législation de l'Union sur la fiscalité de l'épargne et la coopération administrative dans le domaine de la fiscalité (n° 418, 2014-2015).

Rapport de M. Éric Doligé, fait au nom de la commission des finances (n° 683, 2014-2015).

Texte de la commission (n° 684, 2014-2015).

3. Projet de loi autorisant l'approbation de la décision du Conseil du 26 mai 2014 relative au système des ressources propres de l'Union européenne (n° 552, 2014-2015).

Rapport de M. François Marc, fait au nom de la commission des finances (n° 685, 2014-2015).

Texte de la commission (n° 686, 2014-2015).

4. Suite de l'ordre du jour du matin.

Analyse des scrutins publics

Scrutin n° 250 sur l'amendement, n°192 présenté par M. Gilbert Barbier et sur l'amendement n°635, présenté par le Gouvernement, tendant à supprimer l'article 12 *quater* A du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé

Résultat du scrutin

Nombre de votants :	342
Suffrages exprimés :	341
Pour :	136
Contre :	205

Le Sénat n'a pas adopté

Analyse par groupes politiques

Groupe Les Républicains (144)

Contre : 140

Abstention : 1 - M. Alain Vasselle

N'ont pas pris part au vote : 3 - M. Gérard Larcher, président du Sénat, Mme Isabelle Debré, présidente de séance, M. Michel Bouvard

Groupe socialiste et républicain (110)

Pour : 110

Groupe UDI - UC (42)

Contre : 42

Groupe communiste républicain et citoyen (19)

Contre : 19

Groupe du RDSE (17)

Pour : 16

Contre : 1 - M. Pierre-Yves Collombat

Groupe écologiste (10)

Pour : 10

Sénateurs non-inscrits (6)

Contre : 3

N'ont pas pris part au vote : 3 - MM. Robert Navarro, David Rachline, Stéphane Ravier

Scrutin n° 251 sur l'amendement, n°14 présenté par M. Jean-François Longeot au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable à l'article 12 *quater* A du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé

Résultat du scrutin

Nombre de votants :	326
Suffrages exprimés :	319
Pour :	54
Contre :	265

Le Sénat n'a pas adopté

Analyse par groupes politiques

Groupe Les Républicains (144)

Pour : 4 - MM. Jérôme Bignon, Patrick Chaize, Jean-François Mayet, Michel Vaspard

Contre : 135

Abstentions : 2 - MM. Jean-Baptiste Lemoyne, Alain Vasselle

N'ont pas pris part au vote : 3 - M. Gérard Larcher, Président du Sénat, Mme Isabelle Debré, Présidente de séance, M. Michel Bouvard

Groupe socialiste et républicain (110)

Contre : 110

Groupe UDI-UC (42)

Pour : 21

Contre : 3 - MM. Philippe Bonnecarrère, Olivier Cadic, Mme Élisabeth Doineau

Abstentions : 5 - MM. Jean-Marie Bockel, Michel Canevet, Joël Guerriau, Hervé Marseille, Jean-Marie Vanlerenberghe

N'ont pas pris part au vote : 13 - MM. Vincent Capo-Canellas, Olivier Cigolotti, Bernard Delcros, Mmes Nathalie Goulet, Sylvie Goy-Chavent, M. Loïc Hervé, Mmes Sophie Joissains, Valérie Létard, MM. Jean-Claude Luche, Michel Mercier, Mme Catherine Morin-Desailly, MM. Yves Pozzo di Borgo, Gérard Roche

Groupe communiste républicain et citoyen (19)

Pour : 19

Groupe du RDSE (17)

Contre : 17

Groupe écologiste (10)

Pour : 10

Sénateurs non-inscrits (6)

N'ont pas pris part au vote : 6 - MM. Philippe Adnot, Jean Louis Masson, Robert Navarro, David Rachline, Stéphane Ravier, Alex Türk

Scrutin n° 252 sur l'amendement n°1216, présenté par M. Alain Milon au nom de la commission des affaires sociales, à l'article 12 *quater* A du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé

Résultat du scrutin

Nombre de votants :	342
Suffrages exprimés :	331
Pour :	204
Contre :	127

Le Sénat a adopté

Analyse par groupes politiques**Groupe Les Républicains (144)**

Pour : 140

Abstention : 1 - M. Alain Vasselle

N'ont pas pris part au vote : 3 - M. Gérard Larcher, Président du Sénat, Mme Isabelle Debré, Présidente de séance, M. Michel Bouvard

Groupe socialiste et républicain (110)

Contre : 110

Groupe UDI-UC (42)

Pour : 42

Groupe communiste républicain et citoyen (19)

Pour : 19

Groupe du RDSE (17)

Contre : 17

Groupe écologiste (10)

Abstentions : 10

Sénateurs non-inscrits (6)

Pour : 3

N'ont pas pris part au vote : 3 - MM. Robert Navarro, David Rachline, Stéphane Ravier

Scrutin n° 253 sur l'article 12 *quater* A du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé

Résultat du scrutin

Nombre de votants : 342
Suffrages exprimés : 341
Pour : 215
Contre : 126

Le Sénat a adopté

Analyse par groupes politiques

Groupe Les Républicains (144)

Pour : 140

Abstention : 1 - M. Alain Vasselle

N'ont pas pris part au vote : 3 - M. Gérard Larcher, Président du Sénat, Mme Isabelle Debré, Président de séance, M. Michel Bouvard

Groupe socialiste et républicain (110)

Contre : 110

Groupe UDI-UC (42)

Pour : 42

Groupe communiste républicain et citoyen (19)

Pour : 19

Groupe du RDSE (17)

Pour : 1 - M. Pierre-Yves Collombat

Contre : 16

Groupe écologiste (10)

Pour : 10

Sénateurs non-inscrits (6)

Pour : 3

N'ont pas pris part au vote : 3 - MM. Robert Navarro, David Rachline, Stéphane Ravier

Scrutin n° 254 sur l'article 13 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé

Résultat du scrutin

Nombre de votants : 342
Suffrages exprimés : 342
Pour : 323
Contre : 19

Le Sénat a adopté

Analyse par groupes politiques

Groupe Les Républicains (144)

Pour : 141

N'ont pas pris part au vote : 3 - M. Gérard Larcher, Président du Sénat, Mme Isabelle Debré, Président de séance, M. Michel Bouvard

Groupe socialiste et républicain (110)

Pour : 110

Groupe UDI-UC (42)

Pour : 42

Groupe communiste républicain et citoyen (19)

Contre : 19

Groupe du RDSE (17)

Pour : 17

Groupe écologiste (10)

Pour : 10

Sénateurs non-inscrits (6)

Pour : 3

N'ont pas pris part au vote : 3 - MM. Robert Navarro, David Rachline, Stéphane Ravier

Scrutin n° 255 sur l'amendement n°504 rectifié *ter*, présenté par Mme Evelyne Yonnet et plusieurs de ses collègues, à l'article 13 *quater* du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé

Résultat du scrutin

Nombre de votants :	335
Suffrages exprimés :	225
Pour :	37
Contre :	188

Le Sénat n'a pas adopté

Analyse par groupes politiques

Groupe Les Républicains (144)

Contre : 142

N'ont pas pris part au vote : 2 - M. Gérard Larcher, Président du Sénat, M. Michel Bouvard

Groupe socialiste et républicain (110)

Pour : 11 – Mme Françoise Cartron, M. Roland Courteau, Mme Gisèle Jourda, MM. Georges Labazée, Roger Madec, François Marc, Mme Danielle Michel, M. Daniel Raoul, Mme Patricia Schillinger, MM. Jean-Pierre Sueur, Simon Sutour

Abstentions : 91

N'ont pas pris part au vote : 8 - MM. Luc Carounas, Bernard Cazeau, Jacques Chiron, Mme Karine Claireaux, M. Gérard Collomb, Mme Hélène Conway-Mouret, M. Jacques Cornano, Mme Evelyne Yonnet

Groupe UDI-UC (42)

Contre : 42

Groupe communiste républicain et citoyen (19)

Abstentions : 19

Groupe du RDSE (17)

Pour : 16

Contre : 1 - M. Gilbert Barbier

Groupe écologiste (10)

Pour : 10

Sénateurs non-inscrits (6)

Contre : 3

N'ont pas pris part au vote : 3 - MM. Robert Navarro, David Rachline, Stéphane Ravier

Scrutin n° 256 sur l'amendement n° 632, présenté par le Gouvernement, à l'article 15 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé

Résultat du scrutin

Nombre de votants :	343
Suffrages exprimés :	343
Pour :	137
Contre :	206

Le Sénat n'a pas adopté

Analyse par groupes politiques

Groupe Les Républicains (144)

Contre : 142

N'ont pas pris part au vote : 2 - M. Gérard Larcher, Président du Sénat, M. Michel Bouvard

Groupe socialiste et républicain (110)

Pour : 110

Groupe UDI-UC (42)

Contre : 42

Groupe communiste républicain et citoyen (19)

Contre : 19

Groupe du RDSE (17)

Pour : 17

Groupe écologiste (10)

Pour : 10

Sénateurs non-inscrits (6)

Contre : 3

N'ont pas pris part au vote : 3 - MM. Robert Navarro, David Rachline, Stéphane Ravier

Scrutin n° 257 sur l'amendement n° 5 rectifié *quater*, présenté par Mme Françoise Laborde et plusieurs de ses collègues, sur l'amendement n° 468, présenté par Mme Catherine Génisson et les membres du groupe socialiste et républicain, sur l'amendement n° 640 présenté par le Gouvernement, sur l'amendement n° 731, présenté par Mme Françoise Cohen et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, sur l'amendement n° 860 rectifié *ter*, présenté par M. Jacques Mézard et plusieurs de ses collègues et sur l'amendement n° 1113, présenté par Mme Aline Archimbaud et les membres du groupe écologiste, tendant au rétablissement de l'article 17 *bis* du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé

Résultat du scrutin

Nombre de votants :	328
Suffrages exprimés :	328
Pour :	177
Contre :	151

Le Sénat a adopté

Analyse par groupes politiques

Groupe Les Républicains (144)

Contre : 143

N'a pas pris part au vote : 1 - M. Gérard Larcher, Président du Sénat

Groupe socialiste et républicain (110)

Pour : 110

Groupe UDI-UC (42)

Pour : 22

Contre : 4 – Mme Élisabeth Doineau, MM. Hervé Maurey, Henri Tandonnet, François Zocchetto

N'ont pas pris part au vote : 16 - M. Hervé Marseille, Président de séance, MM. Jean-Marie Bockel, Vincent Capo-Canellas, Olivier Cigolotti, Bernard Delcros, Mmes Nathalie Goulet, Jacqueline Gourault, Sylvie Goy-Chavent, Sophie Joissains, MM. Nuihau Laurey, Jean-François Longeot, Jean-Claude Luche, Michel Mercier, Yves Pozzo di Borgo, Gérard Roche, Mme Lana Tetuanui

Groupe communiste républicain et citoyen (19)

Pour : 19

Groupe du RDSE (17)

Pour : 16

Contre : 1 - M. Gilbert Barbier

Groupe écologiste (10)

Pour : 10

Sénateurs non-inscrits (6)

Contre : 3

N'ont pas pris part au vote : 3 - MM. Robert Navarro, David Rachline, Stéphane Ravier

Scrutin n° 258 sur l'amendement n° 1199, présenté par le Gouvernement, tendant à rétablir l'article 18 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé

Résultat du scrutin

Nombre de votants :	342
Suffrages exprimés :	334
Pour :	145
Contre :	189

Le Sénat n'a pas adopté

Analyse par groupes politiques

Groupe Les Républicains (144)

Contre : 142

N'ont pas pris part au vote : 2 - M. Gérard Larcher, Président du Sénat, M. Michel Bouvard

Groupe socialiste et républicain (110)

Pour : 110

Groupe UDI-UC (42)

Contre : 41

N'a pas pris part au vote : 1 - M. Hervé Marseille, Président de séance

Groupe communiste républicain et citoyen (19)

Pour : 19

Groupe du RDSE (17)

Pour : 6 - MM. Alain Bertrand, Pierre-Yves Collombat, Robert Hue, Mmes Mireille Jouve, Hermeline Malherbe, M. Raymond Vall

Contre : 3 - MM. Michel Amiel, Gilbert Barbier, Jean-Noël Guérini

Abstentions : 8

Groupe écologiste (10)

Pour : 10

Sénateurs non-inscrits (6)

Contre : 3

N'ont pas pris part au vote : 3 - MM. Robert Navarro, David Rachline, Stéphane Ravier

Scrutin n° 259 sur l'amendement n° 642, présenté par le Gouvernement, à l'article 26 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé

Résultat du scrutin

Nombre de votants :	342
Suffrages exprimés :	323
Pour :	135
Contre :	188

Le Sénat n'a pas adopté

Analyse par groupes politiques

Groupe Les Républicains (144)

Contre : 142

N'ont pas pris part au vote : 2 - M. Gérard Larcher, Président du Sénat, M. Michel Bouvard

Groupe socialiste et républicain (110)

Pour : 109

N'a pas pris part au vote : 1 - M. Jean-Pierre Caffet, Président de séance

Groupe UDI-UC (42)

Contre : 42

Groupe communiste républicain et citoyen (19)

Abstentions : 19

Groupe du RDSE (17)

Pour : 16

Contre : 1 - M. Gilbert Barbier

Groupe écologiste (10)

Pour : 10

Sénateurs non-inscrits (6)

Contre : 3

N'ont pas pris part au vote : 3 - MM. Robert Navarro, David Rachline, Stéphane Ravier

Scrutin n° 260 sur l'amendement n°472, présenté par Mme Catherine Génisson et les membres du groupe socialiste et républicain, à l'article 26 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé

Résultat du scrutin

Nombre de votants :	342
Suffrages exprimés :	342
Pour :	154
Contre :	188

Le Sénat n'a pas adopté

Analyse par groupes politiques

Groupe Les Républicains (144)

Contre : 142

N'ont pas pris part au vote : 2 - M. Gérard Larcher, Président du Sénat, M. Michel Bouvard

Groupe socialiste et républicain (110)

Pour : 109

N'a pas pris part au vote : 1 - M. Jean-Pierre Caffet, Président de séance

Groupe UDI-UC (42)

Contre : 42

Groupe communiste républicain et citoyen (19)

Pour : 19

Groupe du RDSE (17)

Pour : 16

Contre : 1 - M. Gilbert Barbier

Groupe écologiste (10)

Pour : 10

Sénateurs non-inscrits (6)

Contre : 3

N'ont pas pris part au vote : 3 - MM. Robert Navarro, David Rachline, Stéphane Ravier

Scrutin n° 261 sur l'amendement n° 753, présenté par Mme Laurence Cohen les membres du groupe communiste républicain et citoyen, à l'article 26 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé

Résultat du scrutin

Nombre de votants :	342
Suffrages exprimés :	342
Pour :	154
Contre :	188

Le Sénat n'a pas adopté

Analyse par groupes politiques

Groupe Les Républicains (144)

Contre : 142

N'ont pas pris part au vote : 2 - M. Gérard Larcher, Président du Sénat, M. Michel Bouvard

Groupe socialiste et républicain (110)

Pour : 109

N'a pas pris part au vote : 1 - M. Jean-Pierre Caffet

Groupe UDI-UC (42)

Contre : 42

Groupe communiste républicain et citoyen (19)

Pour : 19

Groupe du RDSE (17)

Pour : 16

Contre : 1 - M. Gilbert Barbier

Groupe écologiste (10)

Pour : 10

Sénateurs non-inscrits (6)

Contre : 3

N'ont pas pris part au vote : 3 - MM. Robert Navarro, David Rachline, Stéphane Ravier

Scrutin n° 262 sur l'article 26 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de modernisation de notre système de santé

Résultat du scrutin

Nombre de votants :	342
Suffrages exprimés :	342
Pour :	187
Contre :	155

Le Sénat a adopté

Analyse par groupes politiques

Groupe Les Républicains (144)

Pour : 142

N'ont pas pris part au vote : 2 - M. Gérard Larcher, Président du Sénat, M. Michel Bouvard

Groupe socialiste et républicain (110)

Contre : 109

N'a pas pris part au vote : 1 - M. Jean-Pierre Caffet, Président de séance

Groupe UDI-UC (42)

Pour : 42

Groupe communiste républicain et citoyen (19)

Contre : 19

Groupe du RDSE (17)

Contre : 17

Groupe écologiste (10)

Contre : 10

Sénateurs non-inscrits (6)

Pour : 3

N'ont pas pris part au vote : 3 - MM. Robert Navarro, David Rachline, Stéphane Ravier