

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X I V ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

- Suite de l'examen des articles du projet de loi relatif à la santé (n° 2302) (*M. Olivier Véran, Mme Bernadette Laclais, M. Jean-Louis Touraine, Mme Hélène Geoffroy, M. Richard Ferrand, rapporteurs*) 2
- Présences en réunion..... 68

Mercredi

18 mars 2015

Séance de 21 heures 30

Compte rendu n° 38

SESSION ORDINAIRE DE 2014-2015

**Présidence de
M. Jean-Patrick Gille,
Vice-président,
puis de
Mme Catherine
Lemorton,
*Présidente***



COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Mercredi 18 mars 2015

La séance est ouverte à vingt et une heures trente.

*(Présidence de M. Jean-Patrick Gille, vice-président de la Commission,
puis de Mme Catherine Lemorton, présidente)*

La Commission des affaires sociales poursuit l'examen, sur le rapport de M. Olivier Véran, de Mme Bernadette Laclais, de M. Jean-Louis Touraine, de Mme Hélène Geoffroy et de M. Richard Ferrand, du projet de loi relatif à la santé (n° 2302).

M. Jean-Patrick Gille, président. Nous reprenons nos travaux. Sur 1 778 amendements déposés, nous en avons examiné 394 ; il en reste donc 1 384. Notre moyenne horaire passe ainsi à 39 amendements. À ce rythme, il nous faudrait encore 36 heures de réunion pour examiner les amendements restants...

Chapitre IV

Informier et protéger les populations face aux risques sanitaires liés à l'environnement

Article 10 (art. L. 221-6 du code de l'environnement) : *Information du public sur les risques sanitaires liés à la pollution de l'air*

La Commission est saisie de deux amendements identiques : les amendements AS1718 du rapporteur et AS1237 de Mme Dominique Orliac.

Mme Dominique Orliac. L'amendement AS1237 vise à renforcer l'article L.221-1 du code de l'environnement, qui organise les modalités de la surveillance par l'État et les collectivités territoriales de la qualité de l'air et de ses effets sur la santé et sur l'environnement. Pour gagner en efficacité, il convient d'ajouter à cette surveillance la définition d'un objectif pluriannuel de diminution des concentrations journalières des particules atmosphériques.

M. Olivier Véran, rapporteur pour le titre I. L'amendement AS1718 est identique. Plutôt que d'attendre, pour agir, d'avoir atteint des valeurs limites en matière de pollution atmosphérique, il faudrait réduire la moyenne annuelle de présence des particules atmosphériques dans l'air. En effet, le gain sanitaire est plus élevé lorsque l'amélioration de la qualité de l'air est continue. La seule question qui pouvait se poser était la faisabilité technique.

*La Commission **adopte** les amendements identiques.*

*Elle **adopte** ensuite l'amendement rédactionnel AS1574 du rapporteur.*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle **rejette** l'amendement AS528 de M. Fernand Siré.*

*Puis elle **adopte** l'amendement rédactionnel AS1528 du rapporteur.*

Elle aborde ensuite l'amendement AS1238 de Mme Dominique Orliac.

Mme Dominique Orliac. L'article L. 221-6 du code de l'environnement, en son chapitre premier, « Surveillance de la qualité de l'air et information du public », section II, « Information du public », dispose que « les résultats d'études épidémiologiques liées à la pollution atmosphérique, les résultats d'études sur l'environnement liées à la pollution atmosphérique ainsi que les informations et prévisions relatives à la surveillance de la qualité de l'air, aux émissions dans l'atmosphère et aux consommations d'énergie font l'objet d'une publication périodique ».

Dès lors, il faudrait cartographier au niveau national les concentrations d'émission des substances polluantes, ce qui permettra d'informer la population et de lutter contre les inégalités de santé, bien souvent liées, dans les faits, à la proximité des axes denses de trafic.

Il s'agit plus précisément d'établir, après avis de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), les zones de surexposition aux particules de diamètre aérodynamique de moins de dix microns, dites « PM10 ».

M. Olivier Véran, rapporteur. J'approuve entièrement l'objectif poursuivi, mais l'État publie déjà chaque année un rapport sur la qualité de l'air, son évolution possible et ses effets sur la santé et l'environnement, lequel inclut des données nationales relatives à la concentration en particules. C'est d'ailleurs l'objet de l'une des actions du troisième plan national santé environnement, qui mentionne également les zones sensibles à la qualité de l'air pour certains polluants spécifiques, sous forme de cartes stratégiques air (CSA) qui fournissent des outils de pilotage aux collectivités. Ce type de cartes est en train de se développer sur le territoire. Il n'est pas nécessaire de recourir à la loi pour le spécifier davantage.

Votre amendement étant ainsi satisfait par la pratique, je vous suggère de le retirer, ma chère collègue.

L'amendement est retiré.

La Commission examine deux amendements identiques, les amendements AS1716 du rapporteur et AS1573 de Mme Dominique Orliac.

M. Olivier Véran, rapporteur. L'amendement AS1716 est de conséquence.

Mme Dominique Orliac. Nous proposons par l'amendement AS1573 de renforcer l'article L. 221-1 du code de l'environnement, en ajoutant à la surveillance de la qualité de l'air la définition d'un objectif pluriannuel de diminution des concentrations journalières des particules atmosphériques.

La Commission adopte les amendements identiques.

Puis elle adopte l'article 10 modifié.

Après l'article 10

La Commission est saisie de l'amendement AS192 de M. Jean-Louis Roumegas.

M. Jean-Louis Roumegas. La qualité de l'air intérieur est liée à deux facteurs au moins : d'abord, la présence d'émetteurs dans les matériaux de construction, le sol, les meubles, les produits d'entretien, etc. ; ensuite, le renouvellement de l'air.

C'est sur ce dernier déterminant qu'il est proposé ici d'agir afin de mieux traiter ce problème sanitaire, en imposant des normes d'aération à double flux dans les nouvelles constructions.

M. Élie Aboud. Comment cet amendement a-t-il pu franchir l'obstacle de l'article 40 ? À qui incomberait cette charge ? Au constructeur ? L'amendement parle de bâtiments publics : c'est donc bien de l'argent public qu'il s'agit. Je ne connais pas beaucoup de bâtiments privés « dans lequel s'exerce une activité de service public ».

M. Jean-Patrick Gille, président. Le champ de l'amendement est plus large que les seuls bâtiments publics et, de toute façon, il a passé l'article 40.

M. Olivier Véran, rapporteur. Avis défavorable. D'abord, la mesure ne figure pas dans le très important plan d'action sur la qualité de l'air intérieur. Ensuite, la ventilation motorisée contrôlée à double flux n'est pas connue pour ses effets sanitaires, mais plutôt pour les économies d'énergie qu'elle permet de réaliser, lesquelles ne compensent d'ailleurs pas toujours le coût de l'investissement.

La Commission rejette l'amendement.

Elle aborde ensuite l'amendement AS190 de M. Jean-Louis Roumegas.

M. Jean-Louis Roumegas. Il s'agit de tenir compte des émissions de composés organiques volatils (COV) dans les diagnostics de performance environnementale des logements.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement.

Puis, suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette l'amendement AS191 de M. Jean-Louis Roumegas.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS363 de M. François-Michel Lambert.

M. Jean-Louis Roumegas. Nous proposons d'intégrer le diagnostic de qualité de l'air extérieur au carnet de santé du logement dont la création est prévue par le projet de loi sur la transition énergétique.

M. Olivier Véran, rapporteur. Le dispositif serait techniquement difficile à mettre en œuvre. Les réseaux de mesure de la qualité de l'air extérieur ne donnent pas d'information à l'échelle du logement. Surtout, cela représenterait une charge importante pour les propriétaires. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle aborde l'amendement AS538 de M. Fernand Siré.

M. Fernand Siré. Cet amendement tend à protéger les populations résidentes des produits toxiques déjà interdits aux professionnels, en en proscrivant la vente au-delà d'une concentration définie par décret.

M. Olivier Véran, rapporteur. Avis défavorable : l'ANSES a entrepris de hiérarchiser les substances afin de déterminer celles qu'il serait le plus pertinent de mesurer et de contrôler s'agissant de la population générale.

La Commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS259 de M. Jean-Louis Roumegas.

M. Jean-Louis Roumegas. En matière d'émission de composés organiques volatils, il existe un étiquetage de type « *scoring* », obligatoire pour les matériaux de construction et de décoration et qu'il est prévu, à terme, d'étendre aux meubles. Nous proposons d'anticiper sur cette étape en l'appliquant dès à présent aux meubles pour enfants. Sans doute avez-vous entendu parler de ce scandale sanitaire : on a relevé chez certains particuliers, à cause d'un seul meuble émetteur de composés organiques volatiles (COV), des niveaux bien supérieurs à ceux préconisés dans les crèches. C'est absolument inacceptable. Un simple étiquetage permettrait au consommateur de faire son choix.

M. Olivier Véran, rapporteur. Un étiquetage intermédiaire, en attendant la mise en œuvre de l'étiquetage obligatoire du mobilier tel qu'il est prévu par la loi, paraît compliqué. L'ANSES travaille à définir les substances qu'il convient d'analyser et celles pour lesquelles une signalétique d'information serait appropriée.

Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS260 de M. Jean-Louis Roumegas.

M. Jean-Louis Roumegas. Il s'agit d'appliquer un taux réduit de TVA aux produits les moins émetteurs de COV, afin d'encourager la recherche de produits plus sains.

M. Élie Aboud. L'amendement a-t-il passé l'article 40 ?

M. Jean-Patrick Gille, président. Il est gagé.

M. Olivier Véran, rapporteur. Je comprends votre démarche, mon cher collègue, mais le seuil de 1 000 microgrammes par mètre cube n'a pas la même signification selon les substances considérées. Il me semble peu réaliste d'adopter un même seuil pour toutes les substances et toutes les classes d'émissions.

Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS263 de M. Jean-Louis Roumegas.

M. Jean-Louis Roumegas. Il s'agit d'un sujet dont nous avons déjà beaucoup parlé, mais qui, malheureusement, n'a toujours pas donné lieu à une modification de la réglementation.

On sait que les particules fines, émises notamment par les véhicules diesel, sont un cancérigène certain. Ce n'est pas moi qui le dis, mais le Centre international de recherche sur le cancer : il s'agit de données officielles. Il paraîtrait donc normal que l'on tînt compte des émissions de particules fines dans le calcul du malus automobile, aujourd'hui fondé sur les seules émissions de CO₂.

M. Bernard Accoyer. Nos collègues du groupe écologiste ont réussi l'exploit de dénoncer le diesel comme une technologie polluante. Or, s'il est exact que les anciens moteurs ont pu se caractériser par d'importants taux de rejet, les nouveaux diesels, en particulier ceux issus des technologies développées par l'industrie française, sont remarquables et la qualité de l'air qu'ils rejettent en tout point comparable à celle qui résulte des moteurs à essence. En somme, selon une habitude bien française, on s'en prend à l'industrie de notre pays, à ce qu'elle a fait de mieux, à ce qu'elle a apporté de plus performant en matière de rejet de CO₂, dans la mesure où le rendement de ces moteurs diesels est meilleur que celui des autres moteurs thermiques.

J'aimerais que l'on cesse de faire une fixation sur le diesel. Certes, les vieux diesels doivent être remplacés. Mais la manière dont le Gouvernement et la mairie socialiste de Paris, en particulier, laissent penser que les moteurs diesel sont encore plus polluants que les autres, outre que c'est archifaux, met en péril tout un pan de l'industrie française et des centaines de milliers d'emplois.

M. Jean-Louis Roumegas. Je suis prêt à prendre M. Accoyer au mot. S'il pense réellement que les véhicules diesel, français ou non, sont très propres, c'est une raison supplémentaire d'accepter de lier le malus au taux d'émission de particules fines, puisqu'ils devraient logiquement bénéficier d'un bonus... Je considère donc votre démonstration comme l'expression de votre soutien à notre amendement, mon cher collègue.

M. Olivier Véran, rapporteur. Je suis pour ma part un peu perplexe. Nous examinons un projet de loi sur la santé et je ne dispose pas de tous les éléments pour me prononcer sur l'intégration au système de bonus-malus de l'émission d'oxydes d'azote et de particules fines. Je sais que des mesures ont été prises concernant les véhicules neufs avec la nouvelle norme Euro 6. Mais le lien entre ces questions et la politique de la santé devient si ténu que je vous demanderais volontiers de retirer votre amendement, sans quoi mon avis sera défavorable.

M. Jean-Louis Roumegas. Le lien avec les problèmes de santé est évident ! Le système de bonus-malus sert à prévenir les émissions de CO₂. Les particules fines sont aujourd'hui dénoncées pour leurs effets directs sur la santé, puisqu'il s'agit, je le répète, d'un cancérigène certain. Un dispositif de bonus-malus qui tienne compte des effets sanitaires a toute sa place dans une loi sur la santé. Je maintiens mon amendement.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle aborde l'amendement AS1239 de Mme Dominique Orliac.

Mme Dominique Orliac. L'article L. 111-6 du code de la recherche définit les axes de la stratégie nationale de recherche, révisée tous les cinq ans. L'amendement AS1239 tend à la compléter par un volet relatif à la recherche en santé environnementale.

M. Olivier Véran, rapporteur. Avis défavorable. Ce n'est pas au Gouvernement de fixer des thèmes de recherche prioritaires. La recherche est orientée par les initiatives des chercheurs et par les progrès de la science.

La Commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS178 de M. Jean-Louis Roumegas.

M. Jean-Louis Roumegas. Voilà encore un amendement auquel M. Accoyer devrait apporter son soutien : nous proposons que les fiches techniques qui présentent les automobiles chez les concessionnaires, et qui ne mentionnent aujourd'hui que leur taux d'émission de CO₂, indiquent également leur taux d'émission de particules fines. Puisque M. Accoyer est convaincu que les véhicules diesel, notamment français, sont peu polluants, il se félicitera certainement que l'on affiche ainsi cette excellence.

Cet amendement correspond à une demande des consommateurs et de nombreuses ONG. Le consommateur a le droit de savoir. L'indication du taux d'émission de particules fines aura par ailleurs une vertu pédagogique.

M. Bernard Accoyer. Je confirme que les moteurs issus des dernières technologies, dotés de filtres à particules installés sur l'échappement, sont tout aussi performants que les dernières générations de moteurs à essence.

M. Olivier Véran, rapporteur. Comme précédemment, le lien me paraît ténu entre l'objet de l'amendement et le texte en discussion... Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle aborde l'amendement AS177 de Mme Laurence Abeille.

M. Jean-Louis Roumegas. Pour calculer l'état chimique de l'eau, on ne prend actuellement en considération qu'une quarantaine de substances, en appliquant des seuils qui méritent sans doute d'être révisés. Nous proposons que l'on tienne compte d'un plus grand nombre de substances, notamment, après l'adoption de la stratégie nationale, les perturbateurs endocriniens, mais aussi les résidus de médicaments, de plus en plus présents dans les eaux que nous consommons.

M. Olivier Véran, rapporteur. Vous voudriez que les propriétaires soient chargés de mesurer toutes les substances présentes dans l'eau distribuée chez eux. Cela paraît très lourd et compliqué à mettre en œuvre. Les nitrates, les pesticides, certains métaux perturbateurs endocriniens font déjà l'objet d'analyses systématiques dans le cadre du contrôle sanitaire par les ARS des eaux destinées à la consommation humaine. Avis défavorable.

M. Élie Aboud. Il est dommage que cet amendement évoque pêle-mêle pesticides, nitrates, perturbateurs et médicaments. Nous aurions pu nous retrouver sur l'indice PBT (persistance, bio-accumulation et toxicité) adopté en Suède, et qui fonctionne très bien.

M. Jean-Patrick Gille, président. Peut-être pourra-t-on y revenir en séance publique.

M. Jean-Louis Roumegas. Je n'en maintiens pas moins mon amendement.

J'aimerais dissiper un malentendu, monsieur le rapporteur. L'obligation n'incomberait pas aux propriétaires : elle concerne les analyses d'eau potable auxquelles doivent procéder les collectivités responsables de la distribution et les distributeurs. Cet aspect relève du ministère de la santé ; il a donc toute sa place ici.

M. Olivier Véran, rapporteur. Je vous ai bien compris. Je voulais parler des propriétaires des pompes d'eau, non des particuliers dans leur logement. Alors qu'actuellement les ARS effectuent déjà des contrôles obligatoires sous l'autorité du ministère, on irait demander à chaque propriétaire de pompe d'eau de procéder à des analyses supplémentaires portant sur d'autres produits. D'où mon avis défavorable.

M. Jean-Patrick Gille, président. J'ai bien noté que l'amendement reviendra en séance s'il n'est pas adopté.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS176 de Mme Brigitte Allain.

M. Jean-Louis Roumegas. Toujours à propos des analyses de l'eau, nous proposons d'apporter une précision pour tenir compte des effets des mélanges de molécules.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement.

Elle en vient ensuite à l'amendement AS743 de M. Gérard Bapt.

M. Gérard Bapt. L'amendement AS743 vise à alourdir les sanctions pénales pesant sur les fabricants qui ne respectent pas les mesures préventives et curatives prescrites par les pouvoirs publics, notamment en cas d'urgence sanitaire. Le montant de l'amende actuellement encourue est ridicule : 3 700 ou 3 750 euros. Je propose de le fixer à 300 000 euros, en précisant qu'il peut être porté, de manière proportionnée aux avantages tirés du manquement, à 10 % du chiffre d'affaires moyen annuel, calculé sur les trois dernières années.

M. Jean-Pierre Door. De quels fabricants parle-t-on, de quels matériaux ? D'où viennent ces substances et quel est l'objectif ? Votre rédaction reste bien vague.

M. Gérard Bapt. Nous avons à l'heure actuelle un certain nombre de normes, de nature réglementaire, adoptées sur un fondement législatif ou par décret, qui imposent des mesures préventives et curatives aux fabricants, aux importateurs et aux utilisateurs finaux de ces substances. Il ne s'agit ici que d'appliquer la législation ou la réglementation en vigueur, mais en alourdissant les pénalités, car, outre que les contrôles sont peu fréquents, les montants sont dérisoires.

M. Olivier Véran, rapporteur. Avis défavorable. Les sanctions étaient effectivement faibles, mais le projet de loi les porte déjà à trois mois d'emprisonnement et 20 000 euros d'amende.

M. Gérard Bapt. Si vous pensez que mon amendement est superfétatoire, je veux bien le retirer.

L'amendement est retiré.

La Commission examine enfin l'amendement AS262 de M. Jean-Louis Roumeegas.

M. Jean-Louis Roumeegas. Encore un amendement qui va faire plaisir à nos collègues de l'UMP ! Nous proposons que le Gouvernement remette au Parlement un rapport sur la mise en place d'une expertise technique indépendante relative à la mesure des émissions de polluants par les véhicules automobiles. Peut-être cette expertise viendra-t-elle corroborer les assertions de nos collègues partisans du diesel ; nous verrons bien. À l'heure actuelle, en tout cas, les seules normes sur lesquelles ils fondent leur discours sont celles de l'Union technique de l'automobile et du cycle (UTAC), qui émanent donc d'industriels ayant pour clients les constructeurs automobiles : on pourrait rêver d'une expertise plus indépendante en matière de santé publique... C'est précisément le projet que nous proposons au Gouvernement d'étudier. Cette demande de transparence devrait être soutenue dans tous nos rangs.

M. Olivier Véran, rapporteur. Il ne semble pas nécessaire de demander au Gouvernement de remettre au Parlement un rapport faisant l'analyse d'une méthode de mise en place d'une expertise technique indépendante. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Article 11 (art. L. 1334-14, L. 1334-15, L. 1334-16-1 [nouveau], L. 1334-16-2 [nouveau], L. 1334-17 du code de la santé publique) : *Renforcement de la protection contre l'exposition à l'amiante*

La Commission est saisie de deux amendements identiques, l'amendement AS103 de Mme Martine Pinville et l'amendement AS1240 de Mme Dominique Orliac.

Mme Martine Pinville. Les enfants en bas âge sont une cible particulière du saturnisme, car ils ingèrent du plomb plus facilement que les adultes en portant leur main à la bouche. Mais cette maladie touche également les femmes enceintes, comme le rappelle un rapport de 2003 intitulé *Intoxication par le plomb de l'enfant et de la femme enceinte*, dont les auteurs recommandent que la future mère soit, préalablement à toute mesure de suivi et de prise en charge, soustraite au risque d'exposition au plomb dès que celui-ci est connu.

Or il n'est pas précisé dans le code de la santé publique que les femmes enceintes doivent bénéficier d'une information particulière lorsque ce risque est mis en évidence. Tel est l'objet de l'amendement AS103.

Mme Dominique Orliac. Les femmes enceintes doivent être particulièrement protégées de l'exposition au plomb, car les conséquences d'une imprégnation importante sur le développement intra-utérin sont établies. Elles doivent donc être la cible d'une information spécifique.

Voilà pourquoi l'amendement AS1240 prévoit de compléter au bénéfice des femmes enceintes l'article du code de la santé publique intitulé « Lutte contre la présence de plomb ou d'amiante », aux termes duquel, en cas de dépistage du saturnisme chez l'enfant, le directeur général de l'ARS prend toute mesure nécessaire à l'information du médecin et de la famille. En effet, à l'heure actuelle, aucune mesure d'information spécifique n'est prévue à l'intention de la femme enceinte dans le cas où l'enquête sur l'environnement de l'enfant met au jour une exposition au plomb.

*Suivant l'avis favorable du rapporteur, la Commission **adopte** les amendements.*

*Puis elle **adopte** l'amendement de conséquence AS1529 du rapporteur.*

Elle aborde ensuite trois amendements identiques, les amendements AS179 de M. Jean-Louis Roumegas, AS961 de Mme Jacqueline Fraysse et AS1241 de Mme Dominique Orliac.

M. Jean-Louis Roumegas. Le projet de loi donne aux préfets la faculté de prendre des mesures de contrainte lorsque des actes de prévention des risques liés à la présence de plomb ou d'amiante ne sont pas réalisés. Après toutes ces années, cette simple faculté devrait devenir une obligation.

Tel est le sens de l'amendement AS179.

Mme Jacqueline Fraysse. La loi prévoit que les propriétaires d'immeubles recherchent la présence d'amiante et réalisent des travaux lorsque celle-ci est confirmée ; s'ils ne le font pas, le préfet peut le leur imposer.

Le problème est ce « peut », que nous proposons, dans l'amendement AS961, de remplacer partout par le verbe concerné, à l'indicatif. Le préfet doit prendre des dispositions d'autorité face à ces dangers. En outre, en transformant la faculté en obligation, il s'agit aussi de le protéger des pressions dont il pourrait faire l'objet.

Mme Dominique Orliac. Mon amendement AS1241 est identique. On sait que le plomb, en particulier, peut être présent dans les canalisations et dans les vieilles peintures que les enfants risquent de gratter et d'ingérer. L'intervention de l'autorité préfectorale ne devrait plus relever de la simple faculté, mais de l'obligation.

M. Olivier Véran, rapporteur. Sur le fondement des informations reçues par les autorités publiques, le préfet dispose aujourd'hui du pouvoir de prescrire aux propriétaires de rechercher la présence d'amiante et de prendre les mesures nécessaires. L'article 11 prévoit qu'à l'expiration du délai fixé dans la mise en demeure, si le propriétaire n'a pas mis en œuvre les mesures prescrites ou fait réaliser l'expertise, le représentant de l'État peut suspendre l'accès aux locaux concernés et y faire cesser l'exercice de toute activité.

Vous proposez de remplacer ce « peut » par un « doit ». Or il s'agit bien d'une faculté et non d'une obligation pour le préfet qui en apprécie pleinement l'opportunité. La sanction envisagée est d'abord un outil de persuasion, une incitation pour les propriétaires. Elle n'a vocation à être mise en œuvre que de manière exceptionnelle. En outre, le fait que les amendements ne définissent pas les moyens de vérifier que l'obligation du préfet serait respectée en affaiblirait singulièrement la portée.

Avis défavorable.

La Commission rejette les amendements.

Puis elle examine, en discussion commune, les amendements AS1242 de Mme Dominique Orliac et AS1534 du rapporteur.

Mme Dominique Orliac. L'amiante est un polluant cancérigène pour l'être humain. S'il est interdit depuis 1997 en France, il reste présent dans de nombreux édifices.

L'article 11 renforce les mesures de protection contre l'amiante dans le code de la santé publique, mais, en l'état actuel du texte, l'intervention du préfet est subordonnée à la production par le propriétaire d'un diagnostic de l'état de conservation de l'amiante attestant de l'existence d'un danger grave pour la santé. Cette restriction ouvre la porte à des manœuvres dilatoires. Nous proposons donc de la supprimer.

M. Olivier Véran, rapporteur. Mon amendement AS1534 est presque identique, puisqu'il tend à supprimer le critère d'urgence, mais non celui du danger grave pour la santé, qui seul justifie que le préfet puisse porter atteinte aux droits du propriétaire.

L'amendement AS1242 est retiré.

La Commission adopte l'amendement AS1534.

Elle adopte ensuite l'amendement rédactionnel AS1717 du rapporteur.

Puis elle examine l'amendement AS181 de M. Jean-Louis Roume gas.

M. Jean-Louis Roume gas. Il s'agit d'indiquer sur les sites officiels, ceux des ministères concernés, les centres de valorisation et d'apport des encombrants (CVAE) habilités à recevoir des déchets amiantés. Trop souvent, faute d'informations, on dépose des déchets amiantés issus de déconstructions ou de rénovations dans des CVAE non spécialisés. C'est très grave, car les personnels qui y travaillent ne sont pas prévenus alors même qu'une seule fibre d'amiante suffit pour développer une maladie.

M. Olivier Véran, rapporteur. Je comprends l'objectif. Les particuliers devraient effectivement être mieux informés sur l'élimination des déchets amiantés. Le problème est que votre amendement reste muet sur les modalités de mise en œuvre de la mesure, lesquelles doivent tenir compte des compétences des conseils départementaux en matière de planification et de gestion des déchets. Avis défavorable.

M. Gérard Sebaoun. Attention : dans certains appartements, surtout ceux qui ont été construits dans les années 1960 et 1970, il y a beaucoup d'amiante caché, par exemple sous des dalles de carrelage. On en trouve partout ! Or des entreprises peuvent y réaliser des travaux sans être contraintes d'effectuer un diagnostic et ne sont même pas toujours conscientes du fait que les déchets issus de la déconstruction contiennent de l'amiante.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 11 modifié.

Après l'article 11

La Commission est saisie de l'amendement AS193 de M. Jean-Louis Roumegas.

M. Jean-Louis Roumegas. Nous proposons de créer une taxe supplémentaire sur les cigarettes, la « taxe mégots », pour tenir compte de la pollution qu'engendre le tabagisme et de la charge que représente le nettoyage pour les collectivités locales, auxquelles son produit sera affecté.

M. Élie Aboud. Acceptez-vous d'ajouter au tabac les substances dangereuses comme le cannabis ?

M. Jean-Louis Roumegas. Oui, quand le cannabis sera dépénalisé : on pourra alors le taxer !

M. Jean-Patrick Gille, président. Notez que ce n'est pas le tabac qui serait taxé, mais les filtres. Et il peut y en avoir dans les joints...

Mme Michèle Delaunay. Un mégot suffit à polluer cinq cents litres d'eau et met des années à disparaître totalement.

M. Jean-Louis Touraine. Douze ans !

Mme Michèle Delaunay. Je ne sais pas s'il est envisageable d'introduire une taxe au détour d'un amendement, mais c'est un authentique problème, qui mérite toute notre attention.

M. Olivier Véran, rapporteur. Quand on jette un mégot sur la voie publique, on est passible d'une amende.

Je comprends que l'on dissocie cet amendement des dispositions relatives au tabac, mais comme la taxe proposée repose directement sur le produit, il revient à créer une accise additionnelle au droit de consommation du tabac, ce qui nous renvoie au débat sur la fiscalité du tabac. Or, en cette matière, je ne peux vous faire d'autre réponse que celle qui résulte de l'arbitrage gouvernemental : dans le cadre de la loi santé et du plan tabac, on ne touche pas à la fiscalité du tabac.

Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle en vient à l'amendement AS211 de M. Jean-Louis Roumegas.

M. Jean-Louis Roumegas. Cet amendement tend à inscrire le droit à l'eau et à l'assainissement de l'eau parmi les droits fondamentaux garantis à tous.

M. Olivier Véran, rapporteur. Il est satisfait par l'article L. 210-1 du code de l'environnement, aux termes duquel « l'usage de l'eau appartient à tous et chaque personne physique, pour son alimentation et son hygiène, a le droit d'accéder à l'eau potable dans des conditions économiquement acceptables par tous. »

L'amendement est retiré.

La Commission aborde ensuite l'amendement AS847 de Mme Cécile Untermaier.

Mme Marie-Françoise Clergeau. Cet amendement vise à protéger du bruit les personnes présentes dans les établissements recevant du public et diffusant habituellement de la musique amplifiée, qu'il s'agisse du public lui-même ou des salariés, en limitant le niveau sonore de la musique amplifiée par le moyen d'un limiteur. Un tel appareil permet une réaction immédiate lorsque le seuil fixé par décret est dépassé, qui peut être un arrêt complet du système, de manière progressive ou non.

Aujourd'hui, sont seuls soumis à cette obligation les établissements ou locaux contigus de bâtiments comportant des locaux à usage d'habitation ou destinés à un usage impliquant la présence prolongée de personnes et qui ne sont pas en mesure de respecter les valeurs maximales d'émergence définies par décret, du fait d'un isolement insuffisant. Pour les exploitants d'établissements diffusant de la musique amplifiée, cet équipement est simplement recommandé.

Face au risque que représentent les activités bruyantes et le bruit en général, la loi doit pouvoir garantir une limitation effective de l'exposition à des niveaux sonores élevés, notamment dans les salles fermées où l'on diffuse de la musique amplifiée.

L'amendement AS847 rend donc obligatoire l'installation d'un limiteur de niveau sonore pour tout propriétaire d'établissement, sans distinction. En cela, il s'inscrit pleinement dans la dynamique de renforcement de la prévention inhérente au projet de loi et tend à enrayer ce phénomène préoccupant qui frappe les générations actuelles, mais risque surtout de toucher les générations futures s'il n'est pas traité rapidement.

M. Olivier Véran, rapporteur. Le bruit, sujet important, fait l'objet d'un amendement du Gouvernement qui va nous être présenté dans quelques instants. Je vous suggère donc de retirer le vôtre, ma chère collègue.

L'amendement est retiré.

La Commission en vient à l'amendement AS183 de M. Jean-Louis Roumegas.

M. Jean-Louis Roumegas. L'amendement AS183 vise à mettre en cohérence la stratégie nationale de recherche et la stratégie nationale de santé. Cela peut sembler aller de soi, mais cela va mieux en le disant. Il convient d'insister particulièrement sur la nécessité de la recherche en santé environnementale, établie lors de la conférence environnementale mais sans engagement très clair quant aux moyens.

M. Olivier Véran, rapporteur. Avis défavorable. La cohérence entre les deux stratégies est en effet fondamentale, mais on ne saurait la réduire aux seuls enjeux environnementaux, si importants soient-ils.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle est saisie de l'amendement AS182 de M. Jean-Louis Roumegas.

M. Jean-Louis Roumegas. Nous proposons d'indiquer que la santé-environnement fait partie des priorités de la stratégie nationale de recherche.

M. Olivier Véran, rapporteur. Vous visez ici la recherche relative aux risques pour la santé liés à des facteurs environnementaux, sur le fondement du concept d'exposome que nous avons introduit dans la loi. Elle doit faire partie des orientations de la stratégie nationale de recherche, sous la responsabilité du ministère de la recherche, et dont devront tenir compte les contrats pluriannuels conclus avec les organismes de recherche et les établissements d'enseignement supérieur, la programmation de l'Agence nationale de la recherche ainsi que les autres financements publics de la recherche. Compte tenu de ces explications, avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Elle en vient ensuite à l'amendement AS721 de Mme Martine Lignières-Cassou.

Mme Martine Lignières-Cassou. En France, les accidents de la vie courante, sur lesquels j'ai travaillé avec plusieurs d'entre vous pendant près d'un an, causent chaque année entre 18 000 et 19 000 morts et 500 000 hospitalisations. Le problème est d'abord leur absence de visibilité, ensuite le fait que cette cause n'est pas suffisamment défendue au niveau interministériel et dans les territoires.

C'est la raison pour laquelle mon amendement AS721 définit les accidents de la vie courante, et précise que le comité national de santé publique veille à la mise en œuvre et au suivi des orientations adoptées en matière de prévention.

J'ai conscience du fait que le comité national de santé publique n'est peut-être pas l'organe adéquat. J'espère donc retravailler mon amendement d'ici à la séance publique avec les membres de votre commission, les administrateurs et le ministère afin de définir l'échelon opportun au niveau interministériel.

En tout état de cause, la politique de prévention est cruciale. Les accidents domestiques représentent la première cause de mortalité des enfants et des personnes âgées dans notre pays.

M. Olivier Véran, rapporteur. Madame Lignières-Cassou, nous savons tous combien vous vous impliquez sur ce dossier, depuis de nombreuses années. Au-delà du fait que la prévention des accidents domestiques engage à la fois les particuliers, les industries et les transports, le problème, vous l'avez dit vous-même, est que le comité national de santé publique n'est pas le bon organe pour y veiller.

Je vous suggère donc de retirer votre amendement en vue de formuler une autre proposition en séance.

Mme Martine Lignières-Cassou. Je le redéposerai en séance, mais pas nécessairement sous une autre forme.

L'amendement est retiré.

La Commission est saisie de l'amendement AS537 de M. Fernand Siré.

M. Fernand Siré. Cet amendement vise à définir les perturbateurs endocriniens et à évaluer leur activité et leur nocivité afin de pouvoir les classer et prévenir leurs effets.

M. Olivier Véran, rapporteur. La France a demandé l'adoption au niveau européen d'une définition harmonisée des perturbateurs endocriniens. La définition que vous proposez reprend partiellement celle que l'Organisation mondiale de la santé a établie en 2002. Elle risque donc de ne pas être cohérente avec celle qui sera bientôt adoptée.

Je vous suggère donc de retirer votre amendement.

L'amendement est retiré.

Puis la Commission examine l'amendement AS740 de M. Gérard Bapt.

M. Gérard Bapt. Je propose de compléter l'article du code de la santé publique qui a donné naissance au plan national santé environnement (PNSE) afin d'indiquer que celui-ci privilégie désormais les agents physiques et chimiques en tant que facteurs de risque, dont les effets et la nature sont aujourd'hui mieux connus qu'à l'époque des premiers plans. Le plan présentera tous les cinq ans des mesures destinées à réduire l'effet des facteurs environnementaux sur la santé humaine, fondées sur des indicateurs aussi précis que possible.

M. Olivier Véran, rapporteur. Votre amendement comporte des éléments déjà mentionnés à l'article L. 1311-6 du code de la santé publique et qu'il ne semble pas utile d'ajouter ici, d'autant que le concept d'exposition a été étendu par l'introduction de la notion d'exposome. Quant à la mention du renvoi à d'autres plans ou législations, elle n'apparaît pas nécessaire dans la mesure où le dernier plan, le PNSE3, a mis en exergue l'approche que vous défendez. Avis défavorable.

L'amendement est retiré.

La Commission en vient alors à l'amendement AS741 de M. Gérard Bapt.

M. Gérard Bapt. Il s'agit de mettre en avant la déclinaison régionale des plans nationaux santé environnement. Prévus par le code de la santé publique, ces plans régionaux prévoient divers schémas stratégiques, dont un schéma régional de prévention auquel ils sont généralement intégrés. Des programmes territoriaux peuvent en découler, mis en œuvre par l'intermédiaire de contrats locaux de santé, ce qui assure l'articulation avec l'organisation territoriale de la prise en charge de la santé. L'amendement AS741 vise à renforcer la gouvernance régionale de la mise en œuvre des plans régionaux santé environnement, en mobilisant les services déconcentrés de l'État et des conseils régionaux pour élaborer et suivre ces derniers. Il est important d'associer les collectivités locales à cette mise en œuvre.

Suivant l'avis favorable du rapporteur, la Commission adopte l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS198 de M. Jean-Louis Roumegas.

M. Jean-Louis Roumegas. Nous proposons ici une démarche originale, favorable aux entreprises, que nous ne souhaitons pas sanctionner, mais responsabiliser et accompagner. Ainsi, aux termes de l'amendement, l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) assiste les entreprises qui souhaitent s'engager volontairement et par anticipation dans des plans de substitution aux perturbateurs endocriniens, sur le modèle de ce qu'elle a déjà fait pour les substitutions aux agents CMR (cancérogènes, mutagènes ou reprotoxiques). Cela correspond à une demande de certains professionnels, qui aimeraient œuvrer en ce sens mais manquent d'informations. La question se pose aujourd'hui pour le bisphénol A, mais va très rapidement s'étendre à d'autres substances.

M. Olivier Véran, rapporteur. À la lumière de la pratique actuelle et du droit en vigueur, il ne paraît pas nécessaire de prendre de nouvelles dispositions à cet égard. Avis défavorable.

M. Jean-Louis Roumegas. Les mesures nécessaires que je propose sont prévues par la stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens. Aujourd'hui, les CMR sont pris en considération dans la réglementation et les actions menées, mais ce n'est pas le cas des perturbateurs endocriniens en tant que tels. Or ils obéissent à des règles de toxicologie entièrement différentes, d'où la nécessité d'une stratégie nationale spécifique. Vous ne pouvez donc pas me répondre ainsi, monsieur le rapporteur, à moins de nier tout le travail accompli et la stratégie adoptée – sous l'égide du ministère de l'écologie, certes, mais je ne doute pas que le ministère de la santé s'en sente également responsable.

M. Olivier Véran, rapporteur. La démarche européenne permet déjà de garantir que la substance sera retirée du marché, au niveau tant national qu'europpéen. Une substance qui serait classée parmi les perturbateurs endocriniens ferait *ipso facto* partie des substances dites reprotoxiques. Or une substance reprotoxique avérée doit être en tout état de cause remplacée par une autre substance moins dangereuse. C'est déjà prévu par le code du travail.

La Commission rejette l'amendement.

Elle aborde ensuite l'amendement AS184 de M. Jean-Louis Roumegas.

M. Jean-Louis Roumegas. Nous souhaitons que les campagnes d'information visant à lutter contre les perturbateurs endocriniens insistent sur les risques spécifiques auxquels ces derniers exposent le développement fœtal et la petite enfance. Nous nous inscrivons dans le cadre de mesures prévues par la stratégie nationale, que nous proposons simplement de concrétiser dès à présent, à l'occasion de cette loi santé dont on nous annonce depuis longtemps qu'elle pourra intégrer toutes les questions de santé environnementale que nous soulevons. Un engagement a été pris en ce sens lors de la conférence environnementale.

M. Olivier Véran, rapporteur. Ici, mon objection ne porte pas sur le fond mais sur la forme : le texte a-t-il vraiment sa place dans le chapitre du code de la santé publique définissant les missions, les moyens et la gouvernance de l'ANSES ? Je vous suggère de le retirer.

M. Jean-Louis Roumegas. Je le maintiens.

La Commission rejette l'amendement.

Elle est alors saisie de l'amendement AS188 de M. Jean-Louis Roumegas.

M. Jean-Louis Roumegas. Il s'agit cette fois d'un amendement d'appel, car le problème qu'il pose pourrait être résolu par la voie réglementaire. La concentration maximale de pesticides dans les eaux destinées à la consommation humaine, fixée à 20 % de la valeur sanitaire maximale par un avis du conseil supérieur d'hygiène, a été portée de manière incompréhensible à 100 % de cette valeur, ce qui revient à multiplier par cinq les taux de pesticides admis. Ce point a été lui aussi soulevé lors de la conférence environnementale. Je suis prêt à retirer cet amendement si le ministère s'engage à revenir au taux précédemment appliqué et qui l'a été pendant des années.

M. Olivier Véran, rapporteur. Le dispositif existant paraît satisfaisant. Il subordonne la distribution d'eau à l'absence de risque sanitaire. En cas de non-conformité, des dérogations pour trois ans peuvent être accordées par le préfet sur le fondement du rapport de l'ARS, à condition que les concentrations en pesticides soient inférieures à la valeur sanitaire maximale et qu'un plan d'actions soit mis en œuvre.

Les seuils sont établis par l'ANSES pour chaque molécule de pesticide de manière indépendante, à partir d'évaluations réalisées par l'OMS. Il serait quelque peu arbitraire d'établir un seuil supplémentaire fixé à 20 % de la valeur sanitaire maximale.

Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Elle en vient ensuite à l'amendement AS1656 du Gouvernement.

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Nous revenons à la lutte contre le bruit. L'amendement présenté tout à l'heure par Mme Clergeau proposait un dispositif spécifique qui ne nous paraît pas approprié. Nous proposons plutôt de créer dans le code de la santé publique un chapitre consacré à la prévention des risques liés au bruit, afin d'encadrer les activités impliquant la diffusion de sons à un niveau élevé dans les lieux publics ou recevant du public. Le texte renvoie à un décret qui définira les niveaux sonores maximaux et prévoira des avertissements destinés aux personnes sensibles et des messages de prévention.

Je ne reviens pas sur les motivations de la mesure, très bien présentées par Mme Clergeau. Le bruit devient problématique pour la santé de nombre de nos concitoyens, qui lui sont confrontés à des niveaux trop élevés ou de manière trop régulière ou trop durable.

Suivant l'avis favorable du rapporteur, la Commission adopte l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS185 de M. Jean-Louis Roumegas.

M. Jean-Louis Roumegas. Il s'agit d'inclure dans le carnet de santé, à l'intention des parents, une information sur le risque que présentent les perturbateurs endocriniens, auxquels les jeunes enfants sont particulièrement sensibles.

M. le rapporteur. Cette disposition est déjà prévue dans le cadre de la refonte globale du carnet de santé de l'enfant, au titre de la stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens qui sera mise en œuvre dès 2016. L'amendement est donc satisfait. De plus, la mesure proposée n'est pas d'ordre législatif : elle relèverait d'un arrêté. Je vous invite donc à retirer votre amendement.

M. Jean-Louis Roumegas. Je le maintiens, dans l'attente d'un engagement du Gouvernement sur ce point.

La Commission rejette l'amendement.

Elle aborde ensuite l'amendement AS187 de M. Jean-Louis Roumegas.

M. Jean-Louis Roumegas. Cet amendement propose d'étendre aux jouets l'interdiction du bisphénol A, qui concerne actuellement les biberons et les contenants

alimentaires en contact direct avec les aliments. Les jouets étant fréquemment portés à la bouche, le risque est analogue à celui que présentent les contenants alimentaires.

M. Bernard Accoyer. Dans ce domaine, la France est allée plus vite que la musique : à ce jour, aucune publication scientifique reconnue au niveau international n'a confirmé la campagne conduite par notre collègue Bapt, qui a abouti au résultat que l'on connaît. Ce que l'on sait, en revanche, c'est que les produits de substitution au bisphénol A utilisés dans certains emballages alimentaires sont porteurs de réels dangers. Nous appelons donc à la plus grande prudence vis-à-vis d'éventuels changements limités à notre pays, qui, une fois de plus, voudrait donner des leçons au monde entier.

Mme la ministre. Pour ma part, je trouve cet amendement intéressant, et j'émettraï donc un avis favorable. Certes, des dispositions existent déjà au niveau européen, mais rien n'interdit d'aller plus loin au niveau national – surtout s'agissant des jouets, par cohérence avec les mesures qui concernent déjà les biberons et les tétines. On peut entendre ceux qui estiment que les règles en vigueur sont suffisantes, mais cette démarche me paraît aller dans le bon sens et le Gouvernement la soutient.

M. le rapporteur. Même avis, comme député et comme père de jeunes enfants. Je m'interroge seulement sur l'emploi du mot « amulette »...

M. Jean-Louis Roumegas. Je vous remercie. Cet avis favorable est une bonne nouvelle qui réjouira notamment WECF (Women in Europe for a Common Future), une association de femmes qui œuvre pour la protection sanitaire des enfants et le développement durable et qui mène campagne en ce sens depuis longtemps. Il montre que la France continue d'être pionnière sur ces questions. On ne peut que s'en féliciter pour la santé de nos jeunes enfants, malgré le déni de certains.

La Commission adopte l'amendement.

Elle en vient alors à l'amendement AS199 de M. Jean-Louis Roumegas.

M. Jean-Louis Roumegas. Étonnamment, les textiles destinés aux enfants peuvent contenir des phtalates, pourtant reconnus comme extrêmement dangereux pour la santé car cancérigènes ou perturbateurs endocriniens. On le sait, les enfants portent aussi leurs vêtements à la bouche, notamment leur pyjama. Pourtant, à cet égard, les textiles pour enfants sont considérés comme n'importe quel textile. L'interdiction proposée est une mesure de bon sens, destinée à protéger un public particulièrement vulnérable.

M. Bernard Accoyer. Le précédent amendement a été adopté, suivant l'avis favorable de Mme la ministre. Si nous suivions l'orientation qui nous est ici proposée s'agissant des phtalates, nous ferions disparaître des pans entiers de notre industrie, qui représentent des centaines de milliers d'emplois directs. Il serait souhaitable que les amendements de ce genre soient assortis d'un minimum d'études d'impact afin d'en mesurer les vraies conséquences scientifiques, celles qui sont prouvées, les conséquences économiques et sociales, et de les comparer au droit en vigueur en Europe et dans le monde. Malheureusement, nous ne vivons pas dans une bulle ; les résultats de notre commerce extérieur et notre taux de chômage le démontrent chaque jour.

M. Gérard Bapt. Ce sont des produits importés de Chine...

M. le rapporteur. Les industriels n'ont jamais demandé que les phtalates soient autorisés dans les vêtements et les bijoux pour enfants. En pratique, il n'y en a pas dans ces objets. Les six phtalates cités sont déjà interdits dans les jouets et articles de puériculture et cette interdiction va bientôt être généralisée. Avis défavorable.

M. Jean-Louis Roumegas. Vous mettez le doigt sur une contradiction : ces substances sont interdites dans les jouets et articles de puériculture, mais pas dans les tissus. Elles y sont présentes, je vous l'assure, notamment dans les textiles importés de Chine ; c'est d'ailleurs l'objet d'une campagne de WECF depuis plusieurs années. C'est donc une question de cohérence.

M. le rapporteur. Renseignements pris auprès d'experts, je le répète, il n'y a eu aucune demande d'autorisation des phtalates dans les vêtements ni les bijoux pour enfants, que ces derniers ne portent d'ailleurs pas autant à la bouche que les objets sur lesquels portait le précédent amendement. Peut-être pourrions-nous en rediscuter en séance à la lumière d'informations nouvelles.

La Commission rejette l'amendement.

La Commission en vient à l'amendement AS1658 du Gouvernement.

Mme la ministre. Cet amendement poursuit les mêmes objectifs que le précédent, la lutte contre une exposition excessive au bruit, en particulier pour les jeunes qui, de plus en plus souvent, écoutent de la musique à travers des écouteurs, casques ou oreillettes sur des baladeurs musicaux à des volumes élevés. Cette pratique, lorsqu'elle est prolongée, peut causer des atteintes sérieuses.

M. Élie Aboud. Nous voterons cet amendement, qui va dans le bon sens.

M. Bernard Accoyer. La mesure n'est-elle pas d'ordre réglementaire ? Notre législation est déjà lourde...

Mme la ministre. Il s'agit en réalité de transposer des dispositions européennes dans notre droit. C'est donc bien du domaine législatif.

Suivant l'avis favorable du rapporteur, la Commission adopte l'amendement à l'unanimité.

Elle passe à l'amendement AS189 de M. Jean-Louis Roumegas.

M. Jean-Louis Roumegas. Mon amendement AS189 tend à appeler l'attention de l'agence en charge de la cosmétovigilance sur les risques afférents aux perturbateurs endocriniens dans les produits destinés aux enfants de moins de trois ans. Le scandale des lingettes pour nourrissons, chacun s'en souvient sans doute, avait défrayé la chronique en ce domaine.

M. Olivier Véran, rapporteur. Votre amendement est satisfait par l'alinéa 15.

M. Jean-Louis Roumegas. Je vous crois sur parole, mais comptez sur moi pour revenir sur le sujet en séance s'il y a lieu...

L'amendement est retiré.

La Commission se saisit de l'amendement AS744 de M. Gérard Bapt.

M. Gérard Bapt. La création de postes de conseillers en environnement intérieur, déjà envisagée dans le cadre des deux premiers plans nationaux santé environnement (PNSE), figure encore dans le troisième. Or seulement trente-cinq postes sont pour l'heure budgétés : je propose que les ARS, si elles le souhaitent, en fassent état sur leurs portails d'information publics. L'amendement obéit donc à un motif de santé publique au regard de l'explosion du nombre d'allergies, laquelle ne tient pas seulement à la pollution mais aussi à certains allergènes présents dans l'air intérieur.

M. Olivier Véran, rapporteur. D'après les retours que nous avons, les conseillers en environnement intérieur sont très utiles ; cependant une évaluation est en cours sur le rapport coût-bénéfice de tels postes. L'amendement me semble donc prématuré, d'autant que les ARS sont déjà chargées de favoriser l'intervention de ces acteurs dans le cadre des plans régionaux santé-environnement, les PRSE. Avis défavorable.

M. Gérard Bapt. Si les ARS doivent déjà assurer la promotion en ce domaine, qu'est-ce que cela leur coûtera d'afficher sur leurs portails publics les informations que je préconise ?

M. Olivier Véran, rapporteur. Votre amendement consacrerait dans la loi l'existence des conseillers en environnement intérieur alors qu'ils font actuellement l'objet d'expérimentations financées par les ARS. Une mission est en train de réfléchir à l'opportunité de généraliser le dispositif.

M. Gérard Bapt. Certes, mais des conseillers en environnement intérieur s'installent aujourd'hui en libéral, en créant des entreprises unipersonnelles. Cela dit, je retire mon amendement à ce stade.

L'amendement est retiré.

La Commission en vient à l'amendement AS264 de Mme Brigitte Allain.

Mme Véronique Massonneau. L'amendement AS264 vise à étendre le bénéfice de la loi Labbé, relative à l'encadrement des produits phytosanitaires, aux personnes vulnérables en interdisant, à l'horizon 2017, l'utilisation de ces produits par les collectivités dans le traitement des bords de route, des terrains de sport et des cimetières.

M. Bernard Accoyer. Cette proposition purement incantatoire méconnaît les réalités des élus locaux, quotidiennement interpellés par nos concitoyens sur l'état des trottoirs et bordures de routes.

M. Olivier Véran, rapporteur. La question est étudiée dans le cadre du projet de loi sur la transition énergétique. Je vous invite donc au retrait, faute de quoi mon avis serait défavorable.

Mme Véronique Massonneau. Je maintiens l'amendement.

La Commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS197 de Mme Brigitte Allain.

Mme Véronique Massonneau. L'amendement complète la même loi Labbé du 6 février 2014 par l'interdiction, pour les personnes publiques, d'utiliser les produits phytosanitaires dans l'entretien des voiries, exception faite des cas mentionnés par cette loi. Une telle extension du champ de l'interdiction est un impératif environnemental et sanitaire ; les sols artificialisés et, *a fortiori*, les voiries étant imperméables, les produits épandus se dispersent rapidement dans l'environnement ou compliquent l'épuration des eaux usées.

M. Olivier Véran, rapporteur. Même remarque que précédemment : ce sujet est discuté dans le cadre du projet de loi de transition énergétique. Je vous invite donc, ici encore, à retirer votre amendement faute de quoi j'y serai défavorable.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement.

Elle passe à l'amendement AS180 de Mme Laurence Abeille.

M. Jean-Louis Roumegas. L'amendement AS180 concerne l'électrohypersensibilité, pathologie longtemps niée et désormais reconnue. Il s'agit de donner la possibilité à l'État d'instaurer des « zones blanches » dans des collectivités volontaires – certaines ont essayé de le faire. Cette proposition correspond à une demande des malades et de certaines organisations non gouvernementales (ONG) ; le principe en a également été défendu, au moins dans un cadre expérimental, lors de la Conférence environnementale.

M. Bernard Accoyer. Aucun travail scientifique dans le monde n'a démontré que l'exposition aux champs, notamment de radiotéléphonie mobile, pouvait avoir des conséquences organiques. Certaines personnes ressentent une souffrance à la vue d'antennes, mais cette souffrance demeure même si les antennes ne sont pas en service. Les conséquences d'un tel amendement, par exemple sur le fonctionnement de systèmes de sécurité et de téléphonie mobile, seraient considérables. En plus d'être sans fondement, la mesure proposée serait dangereuse.

M. Gérard Bapt. L'amendement ne me semble pas adapté, s'agissant notamment du décret envisagé. L'instauration d'une zone à basse intensité électromagnétique est en effet négociée avec les services du ministère dans le cadre du PNSE. Le retrait me semble donc s'imposer. J'ajoute que cette affaire est suivie par Michèle Rivasi, députée au Parlement européen.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS536 de M. Fernand Siré.

M. Fernand Siré. Cet amendement est dans la continuité de celui qui concernait les perturbateurs endocriniens ; me fiant à l'explication qui m'avait été donnée, je le retire également.

L'amendement est retiré.

La Commission est ensuite saisie de l'amendement AS726 de Mme Michèle Bonneton.

M. Jean-Louis Roumegas. Il devient indispensable de se pencher sur le hiatus entre le code de l'environnement et le code de la santé. Nous proposons donc que le Gouvernement nous remette un rapport sur leur mise en cohérence.

M. Olivier Véran, rapporteur. En novembre 2014, une table ronde présidée par la ministre de la santé a conduit le Gouvernement à élaborer une feuille de route sur le sujet, pilotée par les ministères concernés. L'amendement étant satisfait, je vous invite à le retirer, comme ne manquerait pas de le faire Mme Bonneton à votre place. (*Sourires.*)

M. Jean-Louis Roumegas. Il s'agissait, vous l'avez compris, d'un amendement d'appel ; nous y reviendrons en séance publique.

L'amendement est retiré.

TITRE II FACILITER AU QUOTIDIEN LES PARCOURS DE SANTÉ

Chapitre premier Créer un service territorial de santé au public

Avant l'article 12

La Commission examine l'amendement AS972 du Gouvernement.

Mme la ministre. Je demande que l'article 38, ainsi que les amendements portant articles additionnels après l'article 38, soient appelés après les amendements déposés après l'article 12.

Comme je vous l'ai précisé hier, le Gouvernement vous propose des modifications au texte initial. Je remercie la rapporteure sur le titre II, Mme Laclais, qui a accompagné ce travail au cours des derniers jours, dans des conditions que je tiens à saluer.

Des articles du titre II, notamment celui relatif au service territorial de santé au public (STSP), ont été perçus par les professionnels de santé libéraux comme des signes d'une volonté d'étatisation des soins ambulatoires, avec une emprise accrue des ARS. Comme je l'ai dit à plusieurs reprises, cela n'a jamais été mon intention. Les amendements que je vous propose aujourd'hui, issus de la concertation que j'ai conduite ces dernières semaines, traduisent trois orientations claires : réaffirmer le rôle des médecins généralistes et des équipes de soins primaires dans la structuration des parcours de santé ; donner aux acteurs la possibilité d'engager le « virage ambulatoire » ; mettre en place une nouvelle démocratie sanitaire dans les territoires.

Le travail mené a permis de renforcer les outils à la disposition des professionnels de santé. Ces outils s'intègrent désormais dans un nouveau chapitre, qui traduit clairement l'objectif de « promouvoir les soins primaires et favoriser la structuration des parcours de santé ». Ce chapitre intègre les articles 12 à 17 du projet de loi. De nouveaux outils visent à soutenir l'initiative des acteurs en leur offrant la possibilité de constituer des équipes de soins primaires – c'est l'objet de l'article 12 – autour des médecins généralistes de premier recours et de « communautés professionnelles territoriales de santé » – appellation qui se substitue à

celle de « service territorial de santé au public » –, définies à l'article 12 *bis*, lesquelles peuvent s'associer aux professionnels de santé du premier et du second recours, ainsi qu'aux acteurs médico-sociaux et sociaux. Ces coordinations, résultant de l'initiative et de la volonté des professionnels d'organiser entre eux leur prise en charge, contribueront fortement à structurer le parcours de santé, notamment pour les patients atteints de maladies chroniques, les personnes en situation de précarité sociale, de handicap ou de perte d'autonomie.

Par ailleurs, des fonctions d'appui, complémentaires à l'exercice clinique des professionnels de santé, peuvent être nécessaires dans la prise en charge des patients complexes : c'est l'objet de l'article 14, un amendement précisant la définition et le recours à ces fonctions d'appui. Il incombera au médecin traitant, ou à un médecin en lien avec lui, de décider du déclenchement de l'appui à la coordination, en fonction de l'état du patient.

Enfin, le nouveau chapitre intègre les articles 15, 16 et 17 du projet de loi, dont les dispositions visent à mieux valoriser les missions des acteurs des soins de proximité et les fonctions du médecin traitant : création d'un numéro national de permanence des soins ambulatoires (PDSA), désignation du médecin traitant de l'enfant et financement des centres de santé.

Ces modifications apportées à l'article 12 ont conduit à revoir l'article 38, lequel ancre les initiatives professionnelles et l'animation territoriale conduite par les ARS dans un fonctionnement rénové de la démocratie sanitaire à l'échelle du territoire. De fait, il y a un risque de voir les initiatives professionnelles valorisées par l'article 12 se développer sans connexion avec la démocratie sanitaire dans les territoires, démocratie dont le fonctionnement doit par ailleurs être amélioré : alors que les conférences régionales de la santé et de l'autonomie l'animent avec dynamisme, au niveau plus local, les conférences de territoire souffrent d'un défaut de visibilité et d'efficacité.

Afin de donner à la démocratie sanitaire locale un nouvel élan, le choix a été fait de mobiliser les conseils territoriaux de santé, créés par l'article 38 en remplacement des actuelles conférences de territoire. Ces instances seront notamment composées d'élus et de représentants de l'ensemble des acteurs de santé du territoire, professionnels comme usagers ; un décret en Conseil d'État déterminera leur composition, leurs modalités de fonctionnement et de désignation de leurs membres. Elles seront le point de convergence et de synthèse, au niveau du territoire de démocratie sanitaire, des besoins des professionnels de santé, des attentes des usagers et des projets des collectivités.

Le conseil territorial de santé contribuera à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet régional de santé ; il participera à la réalisation du diagnostic territorial partagé en s'appuyant notamment, suivant une logique ascendante, sur les projets des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriales de santé, et il organisera l'expression des usagers à l'échelle locale. Un sous-amendement de la rapporteure, auquel je suis favorable, tend d'ailleurs à organiser cette expression au sein d'une commission dédiée.

Plusieurs amendements visent aussi à consolider la défense des droits des usagers au niveau local. Les conseils territoriaux en santé auront en la matière un rôle majeur, y compris pour améliorer le circuit des plaintes et réclamations – nous y reviendrons avec plusieurs de vos amendements.

L'article 12 apparaît comme l'article central d'un nouveau chapitre, dans une architecture qui, issue de la concertation, entend mieux marquer la place du médecin généraliste et des équipes de soins primaires dans la structuration des parcours.

M. Jean-Pierre Door. Madame la ministre, votre amendement va dans le bon sens, les événements de ce week-end vous ayant contrainte à changer votre fusil d'épaule. Cela étant, vous allez nous proposer une réécriture complète de l'article 12 qui n'est pas sans soulever certaines questions, notamment au regard des amendements de suppression que nous avons déposés. La méthode est quelque peu surréaliste : tout cela étant tombé du ciel en quelques heures, seule la rapporteure a été en mesure de déposer des sous-amendements.

L'affirmation du rôle du médecin généraliste et l'instauration des communautés professionnelles territoriales de santé constituent des avancées dont il serait logique que nous puissions débattre. Même si vous arguez de la concertation pour dire que tout va bien, des questions restent posées. D'après une dépêche de l'AFP tombée dans l'après-midi, les professionnels de santé, y compris les internes, seront reçus demain par le Premier ministre, alors que vous les aviez reçus rue de Ségur : comment interpréter cette réunion à Matignon ?

Le syndicat MG France, représentant les médecins généralistes, vient de nous adresser un communiqué pour nous informer que, n'ayant pas obtenu de réponse sur la généralisation du tiers payant, il ne participera pas à la réunion organisée demain au ministère. Un autre communiqué, cette fois des associations des internes, annonce des manifestations à Lyon et dans tous les internats de France. Bref, en dépit de vos nouvelles propositions, tout ne va pas aussi bien que vous le laissez entendre.

Nous devons également en savoir plus sur le déroulement de nos travaux, puisque votre amendement AS1323 fera tomber tous ceux qui le suivent. Nous marchons un peu la tête à l'envers... En d'autres temps, vous n'auriez pas manqué de protester, et avec autrement plus de véhémence que moi, contre de telles conditions de travail.

Mme Martine Pinville. Même formulés sur un ton posé, monsieur Door, vos propos sont très critiques à l'égard de la ministre.

Pour ma part, je salue la méthode : les attentes, fortes, des professionnels ont été entendues, notamment à travers la création de groupes de travail dont les préconisations, les modifications proposées en témoignent, ont été prises en compte.

Mme la ministre. J'ai annoncé l'amendement de réécriture dès le lundi 9 mars, monsieur Door, notamment pour en informer l'opposition. Cet amendement a été transmis lundi soir, il y a deux jours, aux services de l'Assemblée.

Les modifications que je propose sont significatives, je ne le conteste pas ; mais, au terme d'une concertation fructueuse engagée il y a plusieurs semaines, elles ont justement permis le consensus que reflète l'article 12. Contrairement à ce que vous suggérez, ce ne sont pas les objectifs poursuivis dans cet article qui étaient contestés mais son écriture, laquelle ne marquait pas suffisamment le rôle des médecins traitants et restait ambiguë sur celui des ARS, au regard des initiatives des professionnels de terrain. Il n'a jamais été question, dans mon esprit, d'imposer quoi que ce soit par le haut, mais tout au contraire de partir des initiatives locales : la réécriture que je vous sou mets vise seulement à clarifier ces objectifs.

Vous mélangez un peu les sujets, ce qui est au demeurant de bonne guerre. La réunion à Matignon demain porte sur la conférence nationale de santé prévue à la fin de l'année : les professionnels pourront évoquer à cette occasion les questions relatives à leurs métiers, même si d'autres points pourront utilement être abordés.

Quant aux internes, ils ont pris connaissance « avec intérêt », selon leurs propres termes, du consensus qui se dégage ; leurs interrogations ne concernent d'ailleurs pas l'article 12, mais la généralisation du tiers payant. Nos contacts avec eux sont positifs et fructueux, comme ils le sont avec les autres professionnels de santé.

La question est donc de nous positionner, les uns et les autres, sur le virage ambulatoire organisé autour des médecins traitants et des équipes de soins primaires : une telle évolution permettrait à notre système de santé, aujourd'hui « hospitalo-centré », de mieux prendre en compte les maladies chroniques et les personnes vieillissantes. Ce sont là les enjeux politiques, au sens le plus fort de ce terme, dont nous avons à débattre.

M. Jean-Patrick Gille, président. Avant de passer à l'examen des autres amendements, je propose que chaque groupe s'exprime.

M. Arnaud Robinet. Notre système de santé doit évoluer en fonction des besoins de nos concitoyens et des attentes des professionnels, nous en convenons tous. Cela étant, vos arguments sont assez laborieux, tant sur la méthode que sur votre interprétation du ressenti des acteurs.

L'amendement de réécriture, en effet annoncé le lundi 9 mars, n'a été déposé qu'avant-hier, de sorte que nous n'avons pas eu le temps de le sous-amender.

D'autre part, nous n'avons pas la même définition de ce qu'est une avancée, puisque l'ensemble des représentants des professionnels comme des étudiants, que Jean-Pierre Door, le président Christian Jacob et moi-même avons encore rencontrés pas plus tard que ce midi, restent vent debout contre votre réforme, refusant de participer à des réunions, à commencer par celle qui se tiendra demain à Matignon. Le Premier ministre entend préparer une conférence nationale de la santé, j'entends bien ; mais si les choses évoluent aussi favorablement que vous le dites, pourquoi cette réunion n'a-t-elle pas été programmée bien après l'examen du présent texte ? Les débats y auraient gagné en sérénité. Au reste, nous aurions aimé, pour notre part, que cette réunion ait lieu avant.

M. Gérard Bapt. Les amendements dont nous parlons, monsieur Door, ne tombent pas du ciel : rédigés au ministère de la santé, ils découlent tout naturellement de l'exposé des motifs du texte, qui, lui, n'a pas changé.

Une réforme de l'offre de soins est nécessaire, notamment pour faire face à la prise en charge des maladies chroniques. D'autre part, lors du congrès de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), qui s'est tenu à Lille en septembre et auquel, ce me semble, assistait M. Robinet, la ministre a clairement indiqué que l'organisation du « service territorial de santé au public », aujourd'hui remplacé par les « communautés professionnelles de territoire », devait partir du terrain, moyennant bien entendu un arbitrage *a posteriori* de l'État au niveau régional.

Les réformes structurelles, qu'elles visent les professions réglementées ou le secteur de la santé, sont difficiles à mettre en œuvre dans notre pays. Je me souviens, à cet égard, de

la façon dont le président de la CSMF parlait de la ministre en charge de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) : un peu plus de modestie serait donc bienvenu de votre part.

Enfin, les groupes de travail ont rendu des rapports d'étape dont nous avons connaissance et auxquels les amendements dont nous parlons font écho : je pense au groupe de travail présidé par le docteur Jean-François Thébaut – que vous connaissez bien, monsieur Door –, président de la Fédération des spécialités médicales, ancien syndicaliste et membre de la Haute autorité de santé (HAS). Le groupe SRC soutient donc la démarche du Gouvernement, en dépit des difficultés procédurales que la ministre n'a pas niées.

Mme Dominique Orliac. L'amendement AS1323 a effectivement été déposé il y a quarante-huit heures. Le Gouvernement modifie la structuration du projet de loi, tenant ainsi compte des conclusions du groupe de travail sur l'organisation des soins de proximité. Le médecin généraliste est replacé au cœur du système : nous pouvons nous féliciter de cette mesure car elle est dans l'intérêt des patients.

M. Jean-Louis Roumegas. L'essentiel est préservé, c'est-à-dire la coordination des actions de santé au service des patients. La méthode avait fait polémique et des craintes s'étaient exprimées s'agissant de l'étatisation du dispositif et de la mise à l'écart des médecins libéraux. Si ces obstacles de forme sont levés, il y a tout lieu de nous réjouir.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure pour le titre II. Je veux dissiper tout malentendu sur le calendrier. Les amendements du Gouvernement, monsieur Door, ont été déposés vendredi à dix-sept heures, dans les délais impartis, puis diffusés lundi dans la soirée après que les services de l'Assemblée eurent, comme c'est normal, traité d'abord les amendements sur le titre premier ; c'est ainsi que j'ai pu déposer moi-même un certain nombre de sous-amendements.

L'amendement AS972 prend en compte une concertation qui a donc porté ses fruits, ainsi que les propositions dont nous débattons aux articles 12, 13 et 14. Aussi émets-je un avis favorable.

La Commission adopte l'amendement AS972.

Elle en vient à l'amendement AS1256 de Mme Dominique Orliac.

Mme Dominique Orliac. Les pharmacies d'officine, grâce aux compétences de leurs personnels et à leur maillage territorial, permettent l'accès de tous aux soins de premier recours. Dans un contexte de vieillissement de la population, et alors que le projet de loi de santé prévoit de faciliter au quotidien le parcours de santé des Français, il semble nécessaire d'intégrer le conseil pharmaceutique au parcours de soins des patients.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Votre amendement est satisfait par l'amendement AS1323 que le Gouvernement présentera à l'article 12, puisque les pharmaciens ont bien entendu vocation à participer aux communautés professionnelles territoriales de santé. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Elle se saisit ensuite de l'amendement AS212 de M. Jean-Louis Roumegas.

M. Jean-Louis Roumegas. Il convient de consacrer le rôle des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et des services de protection maternelle et infantile (PMI), qui, en concourant aux soins de premier recours, participent aussi à la lutte contre les inégalités territoriales.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Cet amendement, auquel nous sommes sensibles sur le fond, est satisfait par le droit en vigueur puisque l'article L. 1411-1 du code de la santé publique dispose que les professionnels de santé – dont font bien entendu partie les acteurs paramédicaux et les infirmiers et infirmières – concourent à l'offre de soins de premier recours.

De plus, l'article 26 du projet de loi intègre les PASS dans le projet médical de santé, et les services de PMI ont vocation à participer à la concertation sur le diagnostic partagé : j'ai d'ailleurs déposé un amendement en ce sens à l'article 38.

L'amendement est retiré.

La Commission passe à l'amendement AS550 de Mme Bérengère Poletti.

M. Élie Aboud. Il s'agit de consacrer le rôle des sages-femmes comme praticiennes, dans l'optique d'une politique coordonnée pour la santé des femmes, à travers des actions de dépistage ou des diagnostics.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Vous imaginez la sensibilité que nous pouvons avoir sur cette question. Les sages-femmes ont bien entendu vocation à participer aux communautés professionnelles territoriales de santé, qui assureront la coordination des soins sur le territoire. L'amendement étant satisfait, j'émet un avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS639 de M. Élie Aboud.

M. Élie Aboud. Les infirmières et infirmiers ont un rôle essentiel à l'hôpital – notamment pour assurer les entrées et les sorties – comme dans un cadre libéral ou dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), et ce vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept. La loi devrait donc reconnaître qu'ils contribuent aux soins de premier recours.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Votre amendement est satisfait par l'article L. 1411-1 du code de la santé publique, dont j'ai précisé le contenu. J'ajoute que les infirmières et infirmiers ont toute légitimité pour intégrer les communautés professionnelles territoriales de santé. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Article 12 (art. L. 1431-2, L. 1434-11, L. 1434-12, L. 1434-13, L. 1434-14, L. 1434-15 du code de la santé publique et L. 313-4 du code de l'action sociale et des familles) : *Création du service territorial de santé au public*

La Commission examine deux amendements identiques, AS445 de M. Jean-Pierre Door et AS827 de M. Bernard Accoyer, tendant à la suppression de l'article.

M. Jean-Pierre Door. Nous aurions préféré que le Gouvernement nous présente d'abord la version réécrite de cet article qui, en son état actuel, n'a pas plus d'intérêt que les amendements tendant à le supprimer.

Si j'ai bien compris, personne – pas même les collègues de la majorité – n'a eu communication des amendements du Gouvernement avant vendredi à dix-sept heures, délai de rigueur pour le dépôt de nos propres amendements qui, de ce fait, sont tous devenus inutiles : cela pose quand même un problème de méthode. Au moins aurait-on pu décaler nos travaux de façon à nous permettre d'examiner la nouvelle version de l'article. Pourquoi Mme la ministre ne nous présente-t-elle pas d'abord son amendement AS1323 ?

M. Bernard Accoyer. En proposant la suppression de l'article 12, nous avons anticipé les demandes des professionnels devant lesquelles Mme la ministre a été contrainte de reculer. Dans sa version actuelle, cet article prévoit en effet une étatisation du dispositif à travers des contraintes qui, selon ses termes mêmes, font l'objet d'un « contrat » ; il était donc indispensable d'en exiger la suppression.

La nouvelle rédaction, que nous venons de découvrir, montre qu'il ne reste plus qu'à renoncer à la généralisation du tiers payant pour avancer sereinement dans nos travaux. D'une manière ou d'une autre, madame la ministre, vous serez amenée, en dépit de votre acharnement, à reculer sur cette posture politique qui se heurte à l'opposition de tous les acteurs, que vous aurez réussi à mettre en grève, vous exposant ainsi à des conséquences fâcheuses pour l'avenir.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Avis défavorable. La procédure, je le rappelle, exige l'examen préalable des amendements de suppression.

La Commission rejette ces amendements.

Elle en vient à l'amendement AS1323 du Gouvernement, faisant l'objet d'un sous-amendement AS1763 de M. Jean-Pierre Door.

Mme la ministre. Je ne doute pas que l'opposition, au-delà des débats de pure forme, se positionnera sur le fond de cet amendement assez simple dans son contenu. Il définit l'équipe de soins primaires comme « un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premiers recours » et pouvant « prendre la forme d'une structure d'exercice coordonnée ». Sont mises en avant, parmi ses objectifs, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

M. Jean-Pierre Door. L'équipe de soins de proximité doit être composée non seulement d'équipes de soins primaires, mais aussi de professionnels de santé de soins de premier et deuxième recours, en d'autres termes de spécialistes. C'est là un point essentiel pour donner toute sa place à la médecine libérale de proximité dans les communautés professionnelles territoriales de santé. D'où mon sous-amendement AS1763.

M. Bernard Accoyer. Je propose un autre sous-amendement consistant à faire suivre le quatrième paragraphe de l'amendement AS1323 par les mots : « L'équipe de soins primaires s'inscrit dans le respect de la liberté d'installation de l'ensemble des professions de santé. »

Mme la ministre. Le principe de la liberté d'installation est rappelé à l'article 38 ; votre sous-amendement, par ailleurs satisfait, y serait plus à sa place. Avis défavorable.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Avis défavorable également au sous-amendement de M. Accoyer. L'article 38 précise en effet que le schéma régional de santé « indique, dans le respect de la liberté d'installation, les besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier recours ».

Mme la ministre. Avis défavorable aussi au sous-amendement AS1763 : les professionnels de santé du deuxième recours ne font pas partie des équipes de soins primaires, mais des communautés professionnelles territoriales de santé.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Avis défavorable également à ce sous-amendement : l'amendement du Gouvernement apporte une réponse à l'argumentation développée dans son exposé sommaire.

Avis favorable à l'amendement AS1323, fruit du travail de concertation. Le rôle des médecins libéraux est reconnu à travers l'équipe de soins primaires et les communautés professionnelles territoriales de santé. Cela répond aux préoccupations exprimées par les médecins généralistes au cours des auditions.

La Commission rejette le sous-amendement de M. Bernard Accoyer et le sous-amendement AS1763.

Elle adopte l'amendement AS1323.

L'article est ainsi rédigé.

En conséquence, tous les autres amendements déposés sur l'article 12 tombent.

Après l'article 12

La Commission en vient à l'amendement AS719 de M. Joël Aviragnet.

Mme Michèle Delaunay. L'amendement AS719 vise à introduire dans la loi les dispositifs qui conjuguent, en tant que de besoin, l'accueil de jour, celui de nuit et l'accompagnement ambulatoire en lien avec les secteurs sanitaire et social et l'éducation nationale. Il est inacceptable que les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ne puissent notifier des orientations qu'à l'adresse des établissements de service et non aux instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP).

M. Joël Aviragnet. Afin de lutter contre les ruptures d'accompagnement, cet amendement a pour objet de permettre aux CDAPH de préconiser un dispositif qui inclut les ITEP. On pourra ainsi mieux suivre le parcours des jeunes.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Si cet amendement est opportun sur le fond, les termes employés manquent de précision. Il est nécessaire d'approfondir la réflexion

et de retravailler cette proposition pour favoriser la mise en œuvre du parcours de santé du jeune présentant des difficultés et des troubles de comportement. Avis défavorable à ce stade.

L'amendement est retiré.

La Commission est saisie de l'amendement AS1324 du Gouvernement avec le sous-amendement AS1764 de M. Jean-Pierre Door.

Mme la ministre. Il s'agit de mettre en place les communautés professionnelles territoriales de santé. Deux dispositifs reconnaissent le rôle des médecins libéraux de premier recours dans la structuration locale des parcours de santé : la constitution des équipes de soins primaires autour du médecin traitant, que nous venons d'évoquer à l'article 12 du projet de loi, et l'instauration des communautés professionnelles territoriales de santé. Ces dernières résultent des coopérations lancées entre professionnels de santé pour répondre aux besoins ; aux équipes de soins primaires viendront ainsi s'ajouter des praticiens de second recours, des acteurs médico-sociaux et sociaux. Si aucune initiative de coopération n'est déployée dans une zone ou que les actions de coordination s'avèrent trop réduites pour permettre la constitution d'une communauté professionnelle territoriale de santé, les agences régionales de santé (ARS), en lien avec les unions régionales des professionnels de santé (URPS), agiront pour qu'une communauté émerge. La conjugaison de ces deux dispositifs permettra de bien identifier la place et le rôle des professionnels de santé et des acteurs médico-sociaux et sociaux.

M. Arnaud Robinet. Il conviendrait d'élaborer un troisième dispositif, constitué d'équipes de soins de proximité, d'équipes de soins primaires et de professionnels de santé de premier et de deuxième recours. La mise en œuvre de ce système est indispensable si l'on veut donner toute sa place à la médecine libérale de proximité. C'est ce que nous proposons par le sous-amendement AS1764.

M. Christian Paul. Le Gouvernement a rédigé cet amendement sur le fondement d'un compromis tout à fait pertinent. Aujourd'hui, deux situations prévalent : soit des réseaux de santé et des groupements interprofessionnels existent déjà et l'ARS doit les soutenir, soit il n'y a pas d'organisation constituée et l'ARS doit alors impulser la coopération. L'association des deux dispositifs et la seule façon d'aboutir, à moyen et long termes, à une couverture complète du territoire par les communautés professionnelles territoriales de santé, indispensables pour traduire concrètement les parcours de santé.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. J'émet un avis défavorable à l'adoption du sous-amendement AS1764 pour les mêmes raisons qui m'avaient conduite à ne pas approuver le sous-amendement de M. Jean-Pierre Door au précédent amendement du Gouvernement. En revanche, je suis favorable à l'adoption de l'amendement présenté par le Gouvernement, car il vient compléter le dispositif en tenant compte des résultats de la concertation et en répondant aux interrogations soulevées lors des auditions que nous avons menées.

La Commission rejette le sous-amendement.

Puis elle adopte l'amendement.

La Commission aborde l'amendement AS1743 rectifié du Gouvernement.

Mme la ministre. La présence de professionnels de santé est un sujet de préoccupation dans de nombreux territoires. Dès la fin de l'année 2012, j'ai proposé le pacte

territoire santé pour lutter contre les inégalités territoriales en la matière. Les dispositifs de ce pacte s'enrichissent au fil des années. Nous souhaitons que la loi reconnaisse la nécessité de l'action contre les inégalités territoriales et les déserts médicaux. Le texte, en l'état, évoque un pacte national de lutte contre les déserts médicaux, mais nous reprendrons en séance le terme de pacte territoire santé utilisé depuis deux ans, pour éviter toute ambiguïté.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Avis favorable. Cet article additionnel viendra utilement compléter le texte en répondant, là encore, aux préoccupations de nombreux acteurs.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS453 de Mme Chaynesse Khirouni.

Mme Chaynesse Khirouni. Cet amendement prolonge l'examen de la proposition de loi relative à la maladie de Lyme. Le Gouvernement avait affirmé que le projet de loi relatif à la santé proposerait plusieurs pistes visant à mieux prendre en compte la maladie. Or le texte ne comporte aucune disposition sur la borréliose de Lyme, ce qui m'a amenée à déposer un amendement demandant à l'ARS de rédiger un rapport annuel portant sur les actions de sensibilisation et de formation des professionnels, ainsi que sur les mesures de prévention mise en œuvre. Je connais les limites de cet amendement et sais que le projet de loi ne peut prévoir de plan pour chaque maladie. Je suis donc prête à retirer mon amendement et à le réécrire pour intégrer des dispositions concernant la prévention des maladies vectorielles à tiques et pour le rendre cohérent avec le plan d'action proposé lors de l'examen de la proposition de loi.

M. Élie Aboud. Je suis déçu que vous retiriez votre amendement, chère collègue, car, lors de l'examen de la proposition de loi, le Gouvernement avait pris l'engagement d'agir contre cette maladie. Si cet amendement était retiré, nous le reprendrions.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Madame la députée, je vous remercie d'avoir proposé de retirer votre amendement. En effet, le champ de votre mesure relève du dispositif de l'article 38 du projet de loi, puisque la maladie de Lyme se contracte surtout dans quelques zones de notre territoire. C'est un projet régional de santé qui devrait prévoir les actions contre cette maladie, et nous pourrions réfléchir à une rédaction qui satisfasse votre attente.

Mme la ministre. À l'issue du débat sur la proposition de loi, nous avons saisi à nouveau le Haut Conseil de la santé publique (HCSP), qui doit nous dire s'il s'agit d'une maladie à déclaration obligatoire et nous préciser la nature des tests diagnostiques qui pourraient être effectués. Je demande donc le retrait de cet amendement ; outre le fait qu'il n'est effectivement pas à la bonne place, nous sommes déjà engagés dans une démarche de santé publique avec le HCSP qui, comme pour tous ces sujets, doit se prononcer avant toute décision des pouvoirs publics.

Mme Chaynesse Khirouni. Je souhaiterais m'assurer que la loi comportera bien des dispositions relatives à cette maladie ; en attendant, je maintiens mon amendement.

M. Gilles Lurton. Mme Khirouni a raison de ne pas retirer son amendement, car le prochain texte relatif à la santé sera peut-être déposé dans plusieurs années, et il importe de traiter ce sujet. Lors de l'examen de la proposition de loi, tout le monde s'accordait à

reconnaître l'existence d'un problème de fond, et le projet de loi sur la santé représente l'occasion de trouver une solution pour les personnes atteintes de cette maladie.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Madame la députée, la prévalence de cette maladie diffère fortement d'un territoire à l'autre ; elle est ainsi moins répandue dans l'Est et le Sud-Est que dans l'Ouest de la France. Demander à toutes les ARS de rédiger un rapport n'est donc pas judicieux, d'autant plus qu'elles n'auront pas toutes les capacités de le produire. Je vous propose d'intégrer votre préoccupation dans l'article traitant des projets régionaux de santé. J'émet donc un avis défavorable à l'adoption de votre amendement.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle étudie l'amendement AS820 de Mme Monique Orphé.

Mme Monique Orphé. Cet amendement vise à favoriser la négociation et la conclusion de protocoles de coopération entre professionnels de santé outre-mer, que ceux-ci soient nouveaux ou qu'ils constituent une extension ou une adaptation de protocoles métropolitains. L'objectif est de faciliter le parcours de soins.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Ce sujet est important, mais il ne relève pas du domaine de la loi ; la coopération professionnelle repose sur une démarche volontaire, et le Gouvernement ne peut la soutenir qu'une fois celle-ci engagée. J'émet un avis défavorable à l'adoption de cet amendement.

La Commission rejette l'amendement.

(La séance, suspendue à minuit vingt, reprend à minuit vingt-cinq sous la présidence de Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission.)

Mme la présidente Catherine Lemorton. Ainsi que le Gouvernement l'a souhaité, nous allons maintenant examiner l'article 38 ainsi que les amendements portant articles additionnels après l'article 38.

TITRE IV : RENFORCER L'EFFICACITÉ DES POLITIQUES PUBLIQUES ET LA DÉMOCRATIE SANITAIRE

Chapitre I^{er}

Renforcer l'animation territoriale conduite par les ARS

Article 38 (art. L. 1434-1 à L. 1434-10, L. 1431-2, L. 1432-1, L. 1432-3, L. 1432-4, L. 1433-2, L. 1435-4-2, L. 1435-5-1, à L. 1435-5-4, L. 3131-7, L. 3131-8, L. 3131-11 du code de la santé publique ; art. 151 *ter* – du code général des impôts ; art. L. 362-6 du code de l'éducation) : *Simplification et assouplissement des programmes régionaux de santé*

La Commission examine l'amendement AS978 rectifié du Gouvernement avec le sous-amendement AS1703 de Mme Hélène Geoffroy, rapporteure, les sous-amendements identiques AS1736 de M. Jean-Pierre Door, AS1750 de M. Arnaud Robinet, AS1755 de Mme Valérie Boyer et AS1756 de M. Bernard Accoyer, et les sous-amendements AS1704 de la rapporteure, AS1720 de Mme Bernadette Laclais, AS1705 de la rapporteure, AS1719, AS1721 et AS1722 de Mme Bernadette Laclais, et AS1737 de la rapporteure.

Mme la ministre. L'amendement AS978 rectifié du Gouvernement vise à définir l'organisation du système de santé dans les territoires en mettant en adéquation la structure des soins et celle de la démocratie sanitaire. Cet amendement consacre le principe du respect de la liberté d'installation des professionnels de santé, définit les schémas régionaux de santé, détermine les zones dans lesquelles des offres particulières doivent intervenir en raison du manque de professionnels ou d'une situation spécifique.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure pour le titre IV. J'émet un avis favorable à l'adoption de cet amendement qui clarifie la composition des conseils territoriaux de santé et garantit ainsi la participation de l'ensemble des acteurs de santé du territoire. Il prévoit des dispositions qui renforceront les conseils territoriaux de santé (CTS) et inclut la santé mentale dans les déclinaisons spécifiques des projets régionaux de santé, ce qui répond à des demandes exprimées lors des réunions des groupes de travail et des auditions. Enfin, il renforce la participation des professionnels à la définition du zonage territorial. J'émet donc un avis favorable à son adoption.

Mon sous-amendement AS1703 vise à compléter les dispositions de l'article 38 relatives au zonage dessiné par les directeurs généraux des ARS. Ceux-ci doivent identifier les zones pâtissant d'une insuffisance de l'offre de soins ou de difficultés d'accès aux soins. Une attention particulière est accordée à ces zones qui bénéficieront de mesures d'incitation au renforcement de l'offre. Je vous propose de veiller à ce que ces mesures réduisent effectivement les inégalités en matière de santé.

Mme la ministre. Je suis très favorable à l'adoption de ce sous-amendement qui apporte une précision bienvenue.

M. Bernard Accoyer. Madame la présidente, nous nous retrouvons avec un amendement de huit pages que nous n'avons pas eu le temps d'examiner ; nous légiférons dans des conditions inacceptables. Le Gouvernement se targue de donner des leçons de démocratie à la terre entière et voilà qu'il réécrit totalement le code de la santé... Il aurait pu le faire par ordonnance, le débat démocratique n'en aurait pas été plus abîmé. Dans ces conditions, je ne peux soutenir l'adoption de cet amendement, faute d'avoir eu le temps de m'assurer des garanties qu'il est supposé apporter.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Monsieur Accoyer, cet amendement a été déposé vendredi 13 mars à dix-sept heures et a publié lundi dernier sur le site de l'Assemblée nationale. Vous avez eu quarante-huit heures pour l'étudier.

M. Jean-Pierre Door. Je critique les méthodes de travail du Gouvernement et d'examen de ce texte. Madame la présidente, vous venez de rappeler que cet amendement avait été déposé vendredi dernier à dix-sept heures, heure à laquelle il n'était plus possible pour les parlementaires de proposer un amendement. Comment sous-amender des amendements aussi lourds ? On lit par exemple que des mesures limiteraient le conventionnement et introduiraient donc le conventionnement sélectif. Ce sujet est d'importance !

Nous avons rédigé un sous-amendement qui s'avère finalement sans objet, puisqu'il prévoit d'insérer dans le texte des mots qui s'y trouvent déjà. Nous ne nous prononcerons pas sur l'amendement du Gouvernement et attendrons son examen en séance publique.

Mme la présidente Catherine Lemorton. D'où l'intérêt de la procédure de l'article 88 qui permet de représenter des amendements avant la séance publique.

Mme la ministre. Monsieur Door, cet amendement, comme d'autres, a été communiqué de manière informelle aux groupes UMP et UDI vendredi dernier entre seize heures et seize heures trente. Nous avons d'ailleurs reçu des accusés de réception des conseillers de vos groupes...

M. Bernard Accoyer. Si nous vous avons fait le dixième lorsque vous étiez dans l'opposition, que n'aurions-nous entendu !

Mme la ministre. Le débat reprendra dans l'hémicycle, puisque nous avons prolongé la concertation avec les professionnels, mais l'on ne peut pas à la fois demander une concertation approfondie avec les acteurs de santé, regretter que les amendements la closent et se plaindre de ne pas disposer rapidement de ceux-ci. Comme je l'avais indiqué en conférence de presse, j'ai souhaité que l'opposition disposât du plus grand nombre d'éléments possible afin de pouvoir s'exprimer ; voilà pourquoi, je vous ai fait adresser cet amendement. Ce dernier ne modifie d'ailleurs pas le droit existant en matière de zonage, dont l'élaboration date de la période où l'UMP était majoritaire, monsieur le député.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Monsieur Accoyer, lors de la précédente législature, jamais l'opposition n'a reçu d'amendements de manière informelle.

M. Jean-Pierre Door. Madame la ministre, je maintiens ma critique portant sur la méthode employée. Ce n'est pas entre seize heures trente et dix-sept heures vendredi dernier que nous aurions pu étudier l'ensemble de ces dispositifs.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Il n'y a pas d'échéance pour le dépôt de sous-amendements, monsieur Door !

M. Jean-Pierre Door. J'ai tout de même le droit de critiquer la méthode du Gouvernement dans ce dossier, madame la présidente ! Dimanche, un de mes collègues socialistes m'a demandé si je pouvais lui communiquer ces amendements, car il ne les avait pas non plus... Autrement dit, les députés de votre majorité ne sont pas mieux lotis que nous, mais ils se taisent, et je me mets à leur place. Je ne me prononce pas sur le fond des mesures que propose cet amendement, probablement intéressantes ; nous en débattons début avril

dans l'hémicycle et nous ne participerons donc pas au vote grotesque qui va avoir lieu dans quelques instants.

Mme Jacqueline Fraysse. Loin de moi l'idée d'en rajouter, mais il est peu contestable que nous travaillons dans des conditions difficiles et anormales. Qui plus est, j'apprends à l'instant que l'opposition a eu droit à la communication informelle de l'amendement gouvernemental ! N'ayant pas l'honneur d'être dans l'opposition, ce dont je me félicite, du coup, je n'ai pas eu connaissance de cet amendement et, d'après ce que j'entends, mes collègues du groupe majoritaire pas davantage ! Je n'apprécie pas du tout cette différence de traitement. Il faut déjà faire montre de beaucoup de patience pour travailler dans ces conditions, pour accepter que nos amendements tombent d'un seul coup et pour digérer que seules trois secondes soient consacrées à l'examen de la question de la médecine du travail après avoir passé des heures à discuter du tour de taille des mannequins... Cette fois-ci, la coupe déborde ! Il conviendrait de se respecter, de cesser de se faire des coups en biais et de se témoigner un minimum de confiance, à plus forte raison entre ceux qui soutiennent le Gouvernement dans cette affaire.

Mme Dominique Orliac. Le groupe RRDP fait partie de la majorité et, en son nom, je regrette moi aussi cette façon de travailler particulièrement désagréable.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Je me dois, au nom de la commission, de demander des comptes au Gouvernement. Je ne peux pas cautionner que l'on ait transmis des amendements à certains groupes et pas à d'autres. Que s'est-il passé vendredi dernier, madame la ministre ?

Mme la ministre. Madame la présidente, je ne peux pas vous répondre maintenant et vais vérifier quels ont été les destinataires de ces amendements. Si certains groupes ne les avaient pas reçus, je le regretterais profondément.

M. Arnaud Robinet. Nous vivons aujourd'hui une situation grotesque qui montre l'impréparation de ce projet de loi. Au nom du groupe UMP, je tiens à remercier le Gouvernement de nous avoir fait parvenir cet amendement à seize heures trente, mais nous regrettons de ne pas l'avoir reçu à quinze heures, ce qui nous aurait permis de travailler de manière approfondie.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Le groupe UMP défend-il ses quatre sous-amendements identiques ?

M. Jean-Pierre Door. Je retire mon sous-amendement AS1736 puisque le texte du Gouvernement l'intègre déjà.

M. Arnaud Robinet. Je retire mon sous-amendement AS1750.

Mme Valérie Boyer. Mon sous-amendement AS1755 est défendu.

M. Bernard Accoyer. L'amendement fleuve du Gouvernement prévoit la limitation d'accès au conventionnement. Voilà qui devrait conduire les internes à se mettre en grève ! Je maintiens donc mon sous-amendement AS1756 qui me paraît particulièrement pertinent.

Mme la ministre. J'émet un avis défavorable à l'adoption de ces sous-amendements maintenus ; mon amendement AS978 rectifié n'induit aucun changement du

droit existant. Ne trompons pas les jeunes internes en leur faisant peur ! L'article précédent a réaffirmé la liberté d'installation des professionnels de santé.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. J'émet également un avis défavorable, puisque la liberté d'installation n'est pas remise en cause et se trouve même réaffirmée à l'article évoquant les schémas régionaux de santé.

Les sous-amendements AS1736 et AS1750 sont retirés.

La Commission rejette les sous-amendements AS1755 et AS1756

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. L'article 38, tel que propose de le réécrire l'amendement du Gouvernement, instaure les conseils territoriaux de santé et le sous-amendement AS1704 vise à garantir la prise en compte de la voix des usagers. Je propose que ces conseils comportent une enceinte spécifiquement dédiée à l'expression des préoccupations des usagers.

Mme la ministre. Avis favorable.

La Commission adopte le sous-amendement.

Mme Bernadette Laclais. Mon sous-amendement AS1720 précise que les CTS sont composés des élus des collectivités territoriales et souligne l'importance du rôle des services de la protection maternelle et infantile (PMI).

Mme la ministre. Avis favorable. Il est utile de spécifier le rôle de la PMI.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Avis favorable.

La Commission adopte le sous-amendement.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Le sous-amendement AS1705 étend l'application de la logique des CTS en proposant un dispositif comprenant un échelon de médiation sanitaire local, qui manque dans l'ambulatoire alors qu'il est bien représenté dans les établissements hospitaliers. Je propose une expérimentation de deux ans, période à l'issue de laquelle le législateur statuera sur l'opportunité de la généraliser.

Mme la ministre. Avis favorable.

La Commission adopte le sous-amendement.

Mme Bernadette Laclais. Mon sous-amendement AS1719 est de coordination.

Mme la ministre. Avis favorable.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Même avis.

La Commission adopte le sous-amendement.

Mme Bernadette Laclais. La rédaction actuelle de l'article 38 ne prévoit pas qu'une attention particulière soit portée aux soins palliatifs dans l'élaboration du diagnostic territorial et le sous-amendement AS1721 vient combler ce manque.

Mme la ministre. Avis favorable.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Même avis.

La Commission adopte le sous-amendement.

Mme Bernadette Laclais. Le sous-amendement AS1722 propose de compléter la troisième phrase de l'alinéa 48 en insérant les mots « en favorisant les modes de prise en charge sans hébergement ».

Mme la ministre. Avis favorable.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Même avis.

La Commission adopte le sous-amendement.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Le sous-amendement AS1737 suggère de conférer, à titre expérimental, une compétence en matière de médiation sanitaire aux conférences régionales de la santé et de l'autonomie. Il s'agit de dupliquer à l'échelon régional les dispositions proposées pour les CTS.

Mme la ministre. Avis favorable.

La Commission adopte le sous-amendement.

La Commission adopte l'amendement AS978 rectifié sous-amendé.

En conséquence, l'article 38 est ainsi rédigé et tous les autres amendements à l'article 38 tombent.

Après l'article 38

La Commission en vient à l'amendement AS981 de Mme Valérie Boyer.

Mme Valérie Boyer. Parmi les missions des ARS figurent la régulation et l'organisation de l'offre de services de santé et de services médico-sociaux. Cette régulation s'effectue en concertation avec les professionnels de santé ayant un exercice libéral, mais n'associe pas tous les acteurs concernés par cette régulation. Mon amendement AS981 a pour objectif de combler cette lacune.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. J'émet un avis favorable à l'adoption de cet amendement, car il explicite la possibilité qu'ont déjà les ARS de convier l'ensemble des acteurs à cette concertation.

Mme Valérie Boyer. Merci beaucoup, madame la rapporteure !

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle étudie les amendements identiques AS57 de M. Jean-Pierre Door, AS583 de M. Fernand Siré et AS654 de M. Bernard Accoyer.

M. Arnaud Robinet. L'amendement AS57 a pour objet d'inclure les représentants des professionnels de santé dans les conseils de surveillance des ARS.

M. Fernand Siré. L'amendement AS583 est défendu.

M. Bernard Accoyer. L'amendement AS654 également.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. J'émet un avis défavorable à l'adoption de votre proposition qui ne correspond pas à la composition des conseils de surveillance ; ces derniers rassemblent les représentants des pouvoirs publics et sont chargés d'approuver le budget et le compte financier de l'ARS. En outre, les représentants des professionnels de santé siègent déjà dans plusieurs instances.

La Commission rejette les amendements.

Puis elle est saisie de l'amendement AS361 de M. Pierre Morange.

M. Pierre Morange. Je défends cet amendement au nom de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) et de sa coprésidente, Mme Gisèle Biémouret. J'ai rédigé pour la MECCS un rapport portant sur les transports sanitaires. Nous souhaitons inclure dans les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS), définis par les ARS, un volet portant sur les transports. Cela permettrait d'assurer une meilleure cohérence entre l'offre et la demande, de mieux appréhender les coûts financiers liés aux déplacements et d'intégrer la création des plateaux techniques pour répondre aux besoins des patients.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. La nouvelle rédaction de l'article 38 consacre la disparition des SROS au profit des schémas régionaux de santé. Des dispositions réglementaires pourront traiter les enjeux de transport, ce qui m'amène à émettre un avis défavorable à l'adoption de cet amendement.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle aborde l'amendement AS228 de M. Jean-Louis Roumegas.

M. Jean-Louis Roumegas. Parallèlement à la création du parcours de santé, il nous paraît utile de créer un comité territorial de relation avec les usagers, afin que ceux-ci puissent faire valoir leurs droits.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Avis défavorable. J'approuve la proposition portée par cet amendement, mais elle se trouve satisfaite par les sous-amendements que nous venons d'adopter.

L'amendement est retiré.

La Commission en vient à l'amendement AS442 de M. Jean-Pierre Door.

M. Élie Aboud. Cet amendement vise à permettre aux directeurs des ARS, en lien avec les conférences de territoire, de proposer au ministre chargé de la santé d'intégrer dans les programmes nationaux de santé les actions locales ayant concouru à l'amélioration de l'état de santé de la population ou à la réduction des inégalités en matière de santé. Le but est de faire confiance aux acteurs de terrain, de valoriser les projets locaux qui réussissent et d'assurer une articulation efficace entre le national et le local.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Je comprends votre intention de faire remonter les bonnes pratiques, monsieur Aboud, mais les ARS doivent déjà procéder à ces remontées. De plus, votre proposition relève du domaine réglementaire. Si cet amendement n'était pas retiré, j'émettrais un avis défavorable à son adoption.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle examine les amendements identiques AS497 de M. Dominique Tian, AS657 de M. Bernard Accoyer et AS1136 de M. Fernand Siré.

M. Élie Aboud. Nous souhaitons supprimer le deuxième collège des unions régionales des professionnels de santé (URPS), afin que ne subsistent que ceux des médecins généralistes et de leurs confrères spécialistes. Il convient de ne pas diviser inutilement la profession.

M. Bernard Accoyer. L'amendement AS657 est défendu.

M. Fernand Siré. L'amendement AS1136 également.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Cette mesure présentée comme une simplification est d'un apport réel très limité, puisque le deuxième collège n'engendre aucun coût de fonctionnement. En revanche, son existence permet de garantir la représentation des chirurgiens anesthésistes et obstétriques. Avis défavorable.

La Commission rejette les amendements.

Puis elle étudie l'amendement AS733 de Mme Michèle Bonneton.

M. Jean-Louis Roumegas. Amendement défendu.

Mme Hélène Geoffroy, rapporteure. Avis défavorable. Il s'agit d'une nouvelle demande de rapport adressée au Gouvernement, alors que les députés sont libres d'en élaborer un s'ils le jugent nécessaire.

La Commission rejette l'amendement.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Nous revenons au titre II et à l'article 13 du projet de loi.

TITRE II (suite)

FACILITER AU QUOTIDIEN LES PARCOURS DE SANTÉ

Article 13 (art. L. 3211-1, L. 3211-2-3, L. 3221-1, L. 3221-2, L. 3221-3, L. 3221-4, L. 3221-4-1, L. 3222-1, L. 3222-1-1 A, L. 3311-1, L. 6143-2 du code de l'action sociale et des familles) : *Organisation territoriale de la santé mentale et de la psychiatrie*

M. Arnaud Robinet. Avec l'examen de l'article 13 du projet de loi, nous abordons la partie concernant la psychiatrie. L'Assemblée nationale a créé il y a plusieurs mois une mission d'information sur la psychiatrie, présidée par M. Denys Robiliard, mais nous n'avons jamais eu connaissance du rapport définitif des travaux de cette mission.

M. Denys Robiliard. Monsieur Robinet, la mission a bien adopté un rapport complet ; la Commission des affaires sociales l'a examiné et a décidé de le publier à l'unanimité.

La Commission est saisie de l'amendement AS1254 de Mme Dominique Orliac.

Mme Dominique Orliac. Amendement défendu.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure pour le titre II. Avis défavorable. La prise en charge des patients faisant l'objet de soins psychiatriques s'effectue dans le cadre des communautés professionnelles de territoire et des outils définis à l'article 38 du projet de loi, que nous venons d'adopter.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS669 de la rapporteure.

La Commission aborde l'amendement AS1615 de Mme Dominique Orliac.

Mme Dominique Orliac. Amendement défendu.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS670 de la rapporteure.

La Commission en vient à l'amendement AS1617 de Mme Dominique Orliac.

Mme Dominique Orliac. Amendement défendu.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle examine les amendements identiques AS204 de M. Éric Alauzet et AS1618 de Mme Dominique Orliac.

M. Jean-Louis Roumegas. La santé mentale et la psychiatrie recouvrent deux réalités différentes. Il importe donc de mentionner au sixième alinéa la politique psychiatrique aux côtés de celle de la santé mentale.

Mme Dominique Orliac. L'amendement AS1618 est défendu.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. J'émet un avis défavorable à l'adoption de ces amendements qui créeraient une confusion ; la rédaction du projet de loi consiste en premier lieu à définir la politique de santé mentale à laquelle concourt la psychiatrie.

La Commission rejette les amendements.

Puis elle étudie l'amendement AS1315 de Mme Valérie Boyer.

Mme Valérie Boyer. Le plan français de psychiatrie et de santé mentale pour les années 2011 à 2015 s'est inscrit dans le cadre du pacte européen qui reconnaît notamment que la santé mentale est un droit de l'Homme. Il vise à améliorer les réponses apportées par le système de santé aux troubles mentaux, dont l'Organisation mondiale de la santé (OMS) rappelle qu'ils contribuent fortement à la morbidité et à la mortalité prématurée. La santé mentale doit devenir une priorité des politiques de santé ; le plan de psychiatrie et de santé mentale poursuit l'objectif de donner à tous les Français une juste compréhension des enjeux d'une politique ambitieuse de santé mentale et d'offrir un cadre commun d'action pour l'ensemble des acteurs engagés dans la lutte contre les troubles psychiques.

Au terme de la mise en œuvre de ce plan, la Nation devra compter sur toutes ses ressources publiques et privées pour pouvoir satisfaire les besoins de la population. Dans cette optique, il y a lieu que la loi relative à la santé confère une portée législative aux textes qui encadrent les activités de psychiatrie ; cela permettra aux structures hospitalières publiques et privées de répondre aux attentes de la population. Tel est l'objet de mon amendement AS1315.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Avis défavorable. L'organisation de la psychiatrie et de la santé mentale s'inscrit dans le cadre territorial qui mettra en œuvre des parcours dédiés.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle est saisie de l'amendement AS560 de Mme Bérengère Poletti.

M. Jean-Pierre Door. Dans le cadre du nouveau service territorial de santé au public et dans le respect des objectifs du plan régional de santé et du projet territorial de santé, le directeur général de l'ARS, après concertation avec les élus des collectivités territoriales et des intercommunalités, et avec les acteurs concernés, met en œuvre une organisation territoriale des parcours en santé mentale incluant la prévention, les soins et la réadaptation. Ce système s'appuie sur les conseils locaux de santé mentale qui rassemblent les élus, des psychiatres de secteur, des usagers ainsi que tous les professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux, mais aussi les autres acteurs locaux. Ces derniers s'avèrent indispensables pour assurer la qualité et la sécurité des parcours de soins et de vie des personnes souffrant de troubles psychiques, ainsi que leur pleine intégration dans la cité. J'insiste sur l'importance de cet amendement.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Monsieur Door, je vous demande de retirer votre amendement ; si vous le mainteniez, j'émettrais un avis défavorable à son adoption car la rédaction proposée n'est plus cohérente avec le texte depuis que nous avons voté l'amendement instaurant les communautés professionnelles de territoire. Cependant, je partage votre volonté de préserver le dispositif existant qui repose sur le rôle essentiel des conseils locaux de santé mentale. J'ai déposé un amendement allant dans ce sens et sur lequel nous pourrions peut-être nous retrouver.

L'amendement est retiré.

La Commission aborde l'amendement AS1619 de Mme Dominique Orliac.

Mme Dominique Orliac. Amendement défendu.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Avis défavorable. Je m'interroge sur le terme d'« accessibilité » lorsqu'il est appliqué aux parcours de soins et de vie.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS206 de M. Éric Alauzet.

M. Jean-Louis Roumegas. Amendement défendu.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

La Commission examine ensuite les amendements identiques AS773 de Mme Jacqueline Fraysse et AS1039 de M. Denys Robiliard.

Mme Jacqueline Fraysse. Les conseils locaux de santé mentale sont des lieux de concertation et de coordination entre les services publics de psychiatrie, les élus locaux d'un territoire, les usagers et les aidants. Il apparaît donc tout à fait opportun de les consulter à propos des contrats territoriaux de santé. Tel est l'objet de l'amendement AS773.

M. Denys Robiliard. L'amendement AS1039 est identique. La consultation permettrait aussi aux acteurs de s'approprier les futurs contrats territoriaux de santé. Je crains simplement que ces amendements ne soient pas cohérents avec le nouvel article 38.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Effectivement, il semblerait plus judicieux de les retirer pour les retravailler en vue de la séance publique.

Mme Jacqueline Fraysse. Soit. Je note tout de même que l'article 38 généralise les conseils locaux de santé mentale.

Les amendements sont retirés.

La Commission en vient à l'amendement AS1042 de la rapporteure.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Les personnes que nous avons auditionnées ont formulé le souhait que l'organisation actuelle de santé mentale soit préservée, et en particulier que soient maintenus les conseils locaux de santé mentale, instances de concertation et de suivi des actions de prévention, de soins et d'insertion en santé mentale et en psychiatrie qui ont prouvé leur efficacité.

Je propose donc de conserver ces instances et d'installer une commission spécialisée de santé mentale au sein des conseils territoriaux de santé.

La Commission adopte l'amendement.

Elle aborde ensuite l'amendement AS1620 de Mme Dominique Orliac.

Mme Dominique Orliac. L'amendement est défendu.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Je vous suggère de le retirer afin de parvenir à une rédaction plus appropriée, faute de quoi j'émettrai un avis défavorable.

Mme Dominique Orliac. Je le maintiens.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle est saisie de l'amendement AS1046 de la rapporteure.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. La coordination entre les établissements de santé et la médecine de ville par l'intermédiaire du médecin traitant est nécessaire à une bonne prise en charge en santé mentale et en psychiatrie. En effet, elle associe des équipes pluriprofessionnelles de secteur, seules à même de garantir l'approche multidimensionnelle de la prise en charge des parcours des personnes souffrant de troubles mentaux, et un médecin traitant qui occupe une place centrale dans cette prise en charge.

Tel est l'objet de cet amendement.

La Commission adopte l'amendement.

Elle aborde ensuite l'amendement AS1621 de Mme Dominique Orliac.

Mme Dominique Orliac. Défendu.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Avis défavorable, car les termes « sectorielles, intersectorielles ou spécifiques » ne font pas partie du vocabulaire usité.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS1045 de la rapporteure.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Cet amendement précise le dispositif relatif à l'organisation et au fonctionnement de la psychiatrie de secteur. Il tend à reconnaître les particularités de la mission de la psychiatrie de secteur dédiée à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, dont la déclinaison dans les projets d'établissement requiert une prise en considération spécifique.

La Commission adopte l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS1622 de Mme Dominique Orliac.

Mme Dominique Orliac. Défendu.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Cet amendement est satisfait.

L'amendement est retiré.

La Commission en vient à l'amendement AS506 de M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Défendu.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Avis défavorable.

L'amendement s'insère mal dans le dispositif puisqu'il parle d'associer les professionnels de santé à la conclusion des contrats alors que l'alinéa 13 vise la désignation

par l'ARS de l'établissement responsable de la psychiatrie de secteur, ainsi que sa zone d'intervention.

En outre, dans l'organisation actuelle du système de santé, ce sont les professionnels de santé qui contractent avec les autres acteurs, non les ordres professionnels.

La Commission rejette l'amendement.

Elle est saisie de l'amendement AS1623 de Mme Dominique Orliac.

Mme Dominique Orliac. Défendu.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Les précisions apportées ne me semblent pas toutes relever du champ de la loi, mais du règlement pour certaines, et, pour d'autres, de mesures d'organisation interne ou qui doivent être définies en lien avec les ARS.

Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Elle aborde alors l'amendement AS1044 de la rapporteure.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Cet amendement précise la place qui doit être réservée aux personnes en situation de précarité dont les soins en matière psychiatrique nécessitent une organisation adaptée.

Cet aspect avait fait l'objet d'un développement particulier dans le rapport sur la santé mentale de notre collègue Denys Robiliard, que je tiens à saluer.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle en vient à l'amendement AS1624 de Mme Dominique Orliac.

Mme Dominique Orliac. Défendu.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Cet amendement me paraît satisfait par celui sur la psychiatrie infanto-juvénile que nous avons adopté il y a quelques instants.

L'amendement est retiré.

La Commission est saisie de l'amendement AS926 de Mme Martine Carrillon-Couvreur.

Mme Annie Le Houerou. Pour mieux articuler les interventions sanitaires et sociales et favoriser l'insertion en milieu ordinaire des personnes souffrant de troubles psychiques, il est nécessaire de prévoir une organisation géographique des activités de psychiatrie de secteur et d'accompagnement médicosocial et social, fondée sur des territoires de proximité permettant des coopérations entre les acteurs.

Une commission départementale est intégrée au dispositif afin de garantir le fonctionnement du secteur de santé mentale et des conseils locaux de santé mentale. Cet amendement permet aux acteurs de s'organiser en fonction des contextes locaux.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. L'amendement est intéressant en ce qu'il définit une logique organisationnelle et favorise la coopération, mais il laisse de côté l'offre de psychiatrie non sectorisée et le médecin généraliste.

Je vous prie donc de bien vouloir le retirer, sans quoi j'émettrai un avis défavorable.

L'amendement est retiré.

La Commission en vient aux amendements identiques AS671 de la rapporteure et AS1625 de Mme Dominique Orliac.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. L'amendement AS671 est rédactionnel.

Mme Dominique Orliac. L'amendement AS1625 est identique.

La Commission adopte les amendements.

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS673 de la rapporteure.

Elle aborde ensuite l'amendement AS1626 de Mme Dominique Orliac.

Mme Dominique Orliac. Défendu.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Je ne suis pas certaine que la présence du représentant de l'État soit nécessaire s'agissant de l'organisation des soins.

Je vous suggère donc de retirer votre amendement, à défaut de quoi j'émettrai un avis défavorable.

Mme Dominique Orliac. Je le maintiens.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte successivement les amendements rédactionnels AS674 et AS675 de la rapporteure.

Enfin, elle adopte l'article 13 modifié.

Après l'article 13

La Commission est saisie de l'amendement AS1186 de M. Denys Robiliard.

M. Denys Robiliard. Cet amendement tend à apporter une précision aux articles du code de la santé publique issus de la loi du 5 juillet 2011 modifiée, qui traitent des soins sans consentement. Il convient en effet de faire courir dans tous les cas de figure le délai de six mois imparti au juge des libertés et de la détention pour se prononcer après une décision de justice concernant l'irresponsabilité d'un malade mental.

Suivant l'avis favorable de la rapporteure, la Commission adopte l'amendement.

Elle aborde ensuite deux amendements identiques, les amendements AS1199 de M. Robiliard et AS1662 du Gouvernement.

M. Denys Robiliard. Il arrive que le transfert d'un patient dans un nouvel établissement intervienne alors que le juge des libertés et de la détention a été saisi par le directeur de l'établissement ou par le préfet en vue du contrôle qu'il doit exercer dans les douze jours suivant la décision d'admission en soins. Le juge compétent est-il alors celui dans le ressort duquel se situe l'établissement où le patient se trouvait au moment de la saisine, ou celui dont dépend le nouvel établissement d'accueil ? Compte tenu de la brièveté des délais, je propose que le juge initialement saisi reste compétent, même en cas de transfert.

Mme la ministre. L'amendement AS1662 est identique.

*Suivant l'avis favorable de la rapporteure, la Commission **adopte** les amendements.*

*Puis, suivant l'avis favorable de la rapporteure, elle **adopte** l'amendement AS1255 de Mme Dominique Orliac.*

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS1467 de M. Denys Robiliard.

M. Denys Robiliard. L'isolement et la contention des patients des établissements publics de santé mentale qui font l'objet de soins sous contrainte sont des pratiques difficiles à chiffrer. En effet, même si elles font l'objet d'une entrée dans le RIMP (recueil d'informations médicalisées en psychiatrie), on a du mal à en suivre l'évolution. Lors des travaux de la mission d'information, il nous a toutefois semblé que ces deux pratiques étaient en expansion. M. Delarue, ancien contrôleur général des lieux de privation de liberté, nous a fait observer que l'on y recourait de manière très diverse selon les hôpitaux, voire selon les différents services d'un même hôpital.

En tout état de cause, elles ne devraient être employées qu'en dernier recours. Pour y veiller, il convient d'instituer dans chaque établissement un registre permettant d'en suivre l'utilisation et qui devrait être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au contrôleur général des lieux de privation de liberté, ou à ses délégués, ainsi qu'aux parlementaires, puisque ceux-ci peuvent désormais visiter les hôpitaux psychiatriques.

Enfin, ces pratiques devraient faire l'objet dans chaque établissement d'un rapport annuel transmis à la commission des usagers et au conseil de surveillance.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Cet amendement, qui fait suite aux travaux de la mission d'information que vous avez conduite, monsieur Robiliard, précise bien le cadre du placement en chambre d'isolement et de la contention. Avis favorable.

*La Commission **adopte** l'amendement.*

Article 14 (art. L. 1431-2, L. 6327-1 [nouveau], L. 6327-2 [nouveau] et L. 6327-3 [nouveau] du code de la santé publique) : *Mission d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes*

La Commission est saisie de l'amendement AS1325 du Gouvernement, qui fait l'objet des sous-amendements AS1692, AS1693 et AS1694 de la rapporteure et du sous-amendement AS1765 de M. Jean-Pierre Door.

Mme la ministre. L'amendement AS1325 tend à préciser les fonctions d'appui dont peuvent bénéficier les professionnels de santé lorsque ceux-ci en expriment le besoin. Je rappelle que, selon l'organisation des soins dans les territoires telle que nous la définissons, le médecin traitant est le pivot de la médecine de parcours ; à ce titre, c'est lui qui peut être appelé à déclencher l'appui à la coordination lorsque la situation de son patient le nécessite. Concrètement, il s'agit de structures d'appui permettant de prendre en charge des cas complexes, dont le recours reste à l'initiative du médecin et où travaillent le plus souvent des professionnels.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Avis favorable à cet amendement très important, qui répond bien aux différentes interrogations qu'a suscitées l'article 14. Il indique non seulement que le recours aux fonctions d'appui est déclenché par le médecin traitant, mais aussi que l'organisation des fonctions d'appui est confiée aux ARS, en concertation avec les professionnels et les usagers ; ce sont des points très positifs.

Mon sous-amendement AS1692 tend à préciser que la mission d'appui aux professionnels concerne également les personnes handicapées.

Mme la ministre. Je suis favorable à ce sous-amendement.

La Commission adopte le sous-amendement AS1692.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Mon sous-amendement AS1693 est rédactionnel.

Mme la ministre. Avis favorable.

La Commission adopte le sous-amendement.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Aux termes du sous-amendement AS1694, les établissements d'hospitalisation à domicile (HAD), qui disposent dans certains territoires d'une réelle compétence en matière de coordination médicale, soignante et psychosociale, peuvent participer au fonctionnement d'une plate-forme territoriale d'appui ou de plusieurs.

Mme la ministre. Avis favorable.

La Commission adopte le sous-amendement.

M. Jean-Pierre Door. Il est indispensable que les fonctions d'appui, qui correspondent à l'ensemble des activités ou des prestations à envisager pour soutenir les professionnels de santé, soient réévaluées en concertation non seulement avec les unions régionales des professionnels de santé (URPS), mais aussi avec les commissions conventionnelles régionales.

Tel est le sens du sous-amendement AS1765.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Avis défavorable, pour les raisons exposées tout à l'heure.

Mme la ministre. Même avis.

La Commission rejette le sous-amendement.

Puis elle adopte l'amendement AS1325 sous-amendé.

En conséquence, l'article 14 est ainsi rédigé tous les autres amendements sur l'article tombent.

Après l'article 14

La Commission est saisie de l'amendement AS1050 de la rapporteure.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Malgré une convention signée avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), la majeure partie des actes de podologie ne sont pas reconnus ni pris en charge par l'assurance maladie, ce qui fait obstacle à l'égal accès des patients aux soins et réduit les avantages conventionnels pour les podologues.

Je suggère donc de dresser un état des lieux du dispositif pour les patients âgés de plus de soixante-quinze ans ou atteints d'une affection de longue durée, les plus concernés par une rupture de prise en charge.

Mme la ministre. Je demande le retrait de cet amendement, faute de quoi j'émettrai un avis défavorable. Je comprends l'idée d'un état des lieux, mais il serait préférable de demander à l'assurance maladie de faire un point sur ce sujet dans son rapport annuel sur les charges et produits, plutôt que d'attendre un rapport spécifique du Gouvernement qui ne pourrait que s'appuyer sur les données de l'assurance maladie.

L'amendement est retiré.

Avant l'article 15

La Commission est saisie de l'amendement AS973 du Gouvernement.

Mme la ministre. Il s'agit d'un amendement de cohérence.

La Commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'intitulé du chapitre II du titre II est supprimé.

Article 15 (art. L. 6314-1 du code de la santé publique) : *Régulation médicale de la permanence des soins ambulatoires*

La Commission est saisie des amendements identiques AS26 de M. Jean-Pierre Door, AS567 de M. Fernand Siré et AS646 de M. Bernard Accoyer.

M. Jean-Pierre Door. La permanence des soins est un sujet qui nous passionne, Mme la présidente et moi-même : nous lui avons consacré une mission d'information dont le rapport sera rendu sous peu.

L'amendement AS26 crée un numéro spécial dédié à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) qui coexisterait avec le 15 – l'aide médicale urgente – et avec les numéros d'associations de permanence des soins disposant de plates-formes d'appels interconnectées avec le 15.

Il faut éduquer les patients, par l'information, à une bonne utilisation du système de soins en rendant lisible le fonctionnement de la PDSA, afin qu'ils ne privilégient pas automatiquement l'hôpital aux heures d'ouverture du cabinet, mais aussi aux heures de PDSA, et en leur offrant un numéro dédié unique sur le territoire, en dehors des numéros d'association de permanence des soins lorsque ceux-ci fonctionnent. Un tel numéro unique national a aussi l'avantage d'être clair pour la population quelle que soit sa situation géographique – en territoire rural comme urbain, de plaine comme de montagne.

M. Fernand Siré. L'amendement AS567 est identique.

M. Bernard Accoyer. L'amendement AS646 également.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Ces amendements tendent à revenir sur une organisation retenue dans la majeure partie des départements.

Par ailleurs, si la régulation médicale est pratiquée à partir d'un centre abrité dans un hôpital, il n'en est pas de même de la prise en charge qui peut consister en un conseil médical, l'envoi d'un médecin ou l'orientation vers une maison médicale de garde. Je ne crois pas que l'on puisse dire que l'hôpital est alors privilégié.

L'objectif d'un numéro national unique de PDSA est largement partagé, mais sa mise en œuvre suppose une certaine progressivité. Le dispositif prévoit la coexistence du 15 et du numéro de PDSA, ce qui mettra déjà fin à la coexistence de plusieurs numéros de PDSA distincts au sein des territoires. Toutefois, la garantie d'accéder à la PDSA par le numéro national est acquise en tout point du territoire même si un département choisit le 15. J'ai déposé un amendement de clarification en ce sens.

Avis défavorable.

La Commission rejette les amendements identiques.

L'amendement AS1677 de la rapporteure est retiré.

La Commission examine ensuite, en discussion commune, les amendements identiques AS518 de M. Bernard Accoyer et AS769 de Mme Jacqueline Fraysse et l'amendement AS1676 de la rapporteure.

M. Bernard Accoyer. L'amendement AS518 est défendu.

Mme Jacqueline Fraysse. L'article 15 instaure un nouveau numéro national de permanence des soins. Il nous apparaît essentiel de préciser que le recours à ce numéro est gratuit. Tel est l'objet de l'amendement AS769.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Il me paraît évident que les numéros d'aide médicale urgente et de PDSA doivent être gratuits. C'est d'ailleurs le sens de mon amendement AS1676.

En revanche, je ne suis pas favorable à la gratuité de l'accès à la PDSA par l'intermédiaire de SOS Médecins, qui pourrait entraîner la fermeture d'associations et le défaut de réponse territoriale.

Pour cette raison, je suis défavorable à ces amendements identiques, qui associent les deux éléments.

La Commission rejette les amendements identiques.

Elle adopte ensuite l'amendement AS1676.

Puis elle adopte successivement l'amendement rédactionnel AS709 et l'amendement de précision AS1052 de la rapporteure.

La Commission en vient ensuite à l'amendement AS1051 de la rapporteure.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Je propose ici d'articuler la PDSA et la psychiatrie d'urgence ; cette préoccupation a d'ailleurs été mise en avant par la conférence nationale de santé. À cette fin, la coordination des centres de régulation d'aide médicale urgente et de PDSA doit être articulée avec les dispositifs de psychiatrie d'intervention en urgence.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 15 modifié.

Après l'article 15

La Commission est saisie des amendements identiques AS800 de M. Jean-Pierre Door, AS1189 de M. Jean-Pierre Barbier et AS1517 de M. Gilles Lurton.

M. Jean-Pierre Door. Les amendements AS800 et AS1189 sont défendus.

M. Gilles Lurton. De même que l'amendement AS1517.

Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la Commission rejette ces amendements identiques.

Elle en vient à l'amendement AS707 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Lorsqu'un patient arrive en urgence dans une maison médicale de garde, il est obligé d'avancer les honoraires du médecin de la permanence des soins. Lors des auditions auxquelles nous avons procédé dans le cadre de la mission d'information, beaucoup de médecins praticiens des maisons médicales de garde ont demandé à pouvoir envoyer directement les feuilles de soins électroniques à l'assurance maladie, c'est-à-dire à proposer une forme de tiers payant qui faciliterait l'accès à ces structures, en particulier la nuit, des personnes qui ne bénéficient pas de la couverture maladie universelle (CMU) ni de l'aide médicale de l'État (AME), qui ouvrent déjà droit au tiers payant.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Vous demandez donc un tiers payant total – part régime obligatoire et part de l'organisme complémentaire – s'agissant de la PDSA...

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Il me semble que cet amendement serait plus à sa place à l'article 18, auquel cas il se réduirait à une version *a minima* de la position de notre majorité... Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

La Commission est saisie de l'amendement AS362 de M. Pierre Morange.

M. Pierre Morange. Cet amendement est issu des travaux de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur le transport de patients. Celui-ci bénéficie, rappelons-le, d'une enveloppe budgétaire de près de 4,5 milliards d'euros. Le rapport de la Cour des comptes à ce sujet montre qu'une rationalisation et une meilleure adéquation de l'offre et de la demande permettraient d'économiser un demi-milliard d'euros par an.

Un dispositif de géolocalisation obligatoire et installé aux frais des transporteurs sanitaires et des taxis est apparu comme la mesure la plus pertinente afin de vérifier plus efficacement la régularité de la facturation. Il fait l'objet d'une expérimentation s'agissant des ambulances et des véhicules sanitaires légers (VSL) au titre de l'article 1^{er} de l'avenant n° 5 de la convention entre l'assurance maladie et les transporteurs sanitaires. Quant aux taxis, l'article 1^{er} de la loi du 1^{er} octobre 2014 relative aux taxis et aux voitures de transport avec chauffeur (VTC) instaure une géolocalisation, mais sur la base du volontariat.

Il importe donc de rendre la géolocalisation obligatoire, afin de mettre clairement un terme à ce que je n'hésiterai pas à qualifier de détournement de fonds publics, même si ce n'est évidemment pas la règle générale. Cet objectif est conforme à la politique, voulue par le Gouvernement, de lutte contre la fraude sociale et de rationalisation des moyens mis à la disposition des patients.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Sur le fond, je n'ai rien à redire à cet amendement. Lors de l'examen du PLFSS pour 2015, la commission avait émis un avis favorable à cette proposition, mais le Gouvernement a déclaré en séance publique, que s'il partageait l'objectif poursuivi, il souhaitait privilégier la voie conventionnelle.

C'est sur le fondement de cette réponse apportée il y a quelques mois seulement que je me permettrai de vous demander de retirer votre amendement, mon cher collègue, faute de quoi je devrai émettre un avis défavorable.

Mme la ministre. Je confirme l'accord de principe, même si je préfère effectivement la voie conventionnelle. Peut-être pourriez-vous retravailler l'amendement en ce sens d'ici à l'examen en séance ?

M. Pierre Morange. Je regrette cette réponse, madame la ministre. L'argument de la voie conventionnelle est devenu systématique. Je me permets donc d'insister solennellement : il est urgent de débroussailler ce qui est devenu une véritable jungle, des mécanismes de surfacturation ayant été clairement identifiés par la Cour des comptes. Nous avons tous entendu parler d'histoires inadmissibles de détournements de fonds publics dans ce domaine. L'autorité de l'État ne saurait être suspendue à des conventions ; elle doit imposer une orthodoxie et des moyens de contrôle afin d'assurer le bon usage des cotisations acquittées par nos concitoyens. Cet impératif me semble exclure toute tergiversation de notre part.

J'avais déposé un autre amendement, déclaré irrecevable au titre de l'article 40, sur la création d'une plateforme commune entre les services d'aide médicale urgente (SAMU) et les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), cette arlésienne sur laquelle s'affrontent les « blancs » et les « rouges ». Un dispositif de ce genre a été mis en place dans quinze départements, où il donne toute satisfaction ; mais, pour des raisons dites « culturelles » – pour ne pas dire corporatistes –, l'autorité de l'État est battue en brèche. Il eût été légitime d'étendre le dispositif de numéro d'appel unique aux SAMU et aux SDIS : nous devons progresser sur cette question.

La Commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS1317 de M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. L'amendement est défendu.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Je suis sensible à la question soulevée, mais le Premier ministre a souhaité une évaluation approfondie de la loi montagne, assortie de propositions concrètes à l'occasion du prochain conseil national de la montagne ; la lettre de mission qu'il a adressée à Mme Genevard et à moi-même, évoque explicitement les médecins de montagne. En ce domaine, d'ailleurs, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 comporte des avancées dont je remercie Mme la ministre et ses services. Je vous invite donc à un retrait, non pour des raisons de fond, mais parce qu'une mission parlementaire est en cours.

M. Bernard Accoyer. Mon amendement pourra, le cas échéant, être rediscuté dans le prochain PLFSS. Par le fait, nous sommes confrontés au double risque de la disparition des médecins dans les zones de montagne et dans les stations, où ils apportent des soins irremplaçables qui font faire des économies considérables à la sécurité sociale. Plutôt que de surcharger l'assurance-maladie, il convient d'instaurer un forfait « soins en montagne » pour rétribuer ces actes, remboursé le cas échéant à hauteur de 20 %, le reste étant pris en charge par les assurances complémentaires.

Mme la ministre. Je ne puis que souscrire aux observations de Mme la rapporteure. Les mesures adoptées dans la loi de financement de la sécurité sociale, que vous jugez inappropriées, ont été unanimement saluées par les acteurs comme par les élus concernés, que j'ai reçus, parmi lesquels M. Wauquiez et d'autres membres du parti auquel vous appartenez. Un travail est par ailleurs engagé par Mme Laclais et Mme Genevard : de nouvelles propositions pourront être formulées dans ce cadre.

La Commission rejette l'amendement.

Article 16 (art. L. 162-5, L. 162-5-3, L. 162-26 du code de la sécurité sociale) :
Médecin traitant des patients de moins de seize ans

La Commission examine l'amendement AS1559 de la rapporteure.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Les services de la protection maternelle et infantile et les services de santé scolaire conduisent des actions de prévention particulièrement utiles. Toutefois, il leur est difficile de les coordonner avec les actes de prévention et de soins dispensés en médecine de ville et, surtout, de toucher prioritairement les familles pour lesquelles un tel suivi est lacunaire ou absent.

Cet amendement prévoit donc la prise en compte des missions des médecins traitants dans le cadre de l'organisation, par le président du conseil départemental, des consultations et des actions de prévention médico-sociales en faveur des enfants de moins de six ans, prévues à l'article L. 2112-2 du code de la santé publique.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS1554 de la rapporteure.

Elle passe aux amendements identiques AS27 de M. Jean-Pierre Door, AS568 de M. Fernand Siré et AS647 de M. Bernard Accoyer.

M. Arnaud Robinet. Notre système de santé a l'avantage de permettre à tous les enfants de France de bénéficier librement, et à n'importe quel moment de leur vie, du suivi de leur développement et de la prise en charge de leurs pathologies par un pédiatre, médecin ayant reçu une formation spécifique de quatre ans consacrée à l'enfant, de sa naissance jusqu'à sa majorité, et enrichie d'une expérience professionnelle et de formation continue exclusive qui lui est entièrement dévolue.

Il appartient donc aux partenaires conventionnels de mettre en place un plan de prise en charge de la santé de l'enfant à des âges spécifiques mobilisant une véritable coopération de l'ensemble des spécialistes impliqués dans le suivi de l'enfant, et en premier lieu le médecin généraliste et le pédiatre, dont le rôle doit être reconnu et valorisé.

M. Fernand Siré. L'amendement AS568 est défendu.

M. Bernard Accoyer. L'amendement AS647 également.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Ces amendements sont satisfaits puisque l'article habilite les partenaires conventionnels à définir les missions des médecins traitants des enfants, ainsi que les modalités de la coordination des soins spécifiques qui leur sont destinés. Les partenaires conventionnels ont par conséquent toute liberté de définir un plan de prise en charge spécifique pour les enfants de moins de seize ans en fonction des besoins identifiés au cours des négociations.

Je vous invite donc à retirer ces amendements ; à défaut, l'avis serait défavorable.

La Commission rejette ces amendements.

Puis elle examine l'amendement AS1556 de la rapporteure.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Il vous est tout simplement proposé de supprimer une mention redondante.

La Commission adopte l'amendement.

Elle adopte également trois amendements de la rapporteure : l'amendement rédactionnel AS1155, l'amendement de conséquence AS1557 et l'amendement AS1558 de rectification d'une référence.

Puis elle adopte l'article 16 modifié.

Article 17 (art. L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale) : *Clause d'examen des conventions médicales par les accords applicables aux centres de santé et modalités d'élaboration de ces accords*

La Commission examine un amendement, AS1304 de M. Bernard Accoyer, tendant à la suppression de l'article.

M. Bernard Accoyer. Les centres de santé, créés au début des années 1980, sont devenus des gouffres financiers pour l'assurance-maladie et les organismes complémentaires. Il serait illogique et contre-productif de soumettre aux règles de conventionnement des organismes dont les médecins sont tous des salariés.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. L'exposé sommaire invoque le respect de la compétence des partenaires conventionnels ; or l'article 17 prévoit la transposition des modes de rémunération autres que le paiement à l'acte relevant du champ conventionnel. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS941 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. L'amendement AS941 donne aux organisations représentatives des centres de santé la possibilité de s'opposer à un accord national si au moins la moitié d'entre elles le décident.

Suivant l'avis favorable de la rapporteure, la Commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'amendement de clarification rédactionnelle AS233 de la rapporteure.

Elle adopte ensuite l'article 17 modifié.

Après l'article 17

La Commission est saisie de l'amendement AS1451 de Mme Catherine Coutelle.

Mme Catherine Coutelle. Il y a quarante ans, la loi Veil avait été adoptée moyennant certaines concessions, même s'il n'y a évidemment pas lieu, pour moi, de remettre en cause son caractère admirable.

Le Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, dans un rapport sur l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG), ainsi que de nombreuses associations préconisent la suppression de certaines clauses qui freinent l'accès à l'IVG et en font un droit à part.

L'amendement a trait au délai de réflexion, que la loi de 1975 avait fixé à sept jours avant la seconde consultation. Je propose de le supprimer car, à ce stade, les femmes ont généralement pris leur décision. Cela n'implique évidemment pas de supprimer tout délai de réflexion, puisque deux consultations sont prévues, la première pour l'entretien – au cours duquel est remis un livret –, la seconde pour l'acte proprement dit ; une consultation supplémentaire avait été prévue entre les deux, au cours de laquelle la femme avait à signer un accord écrit. Les associations sont nombreuses à dénoncer cette procédure qu'elles jugent infantilissante et stigmatisante. Je rappelle enfin que la loi pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes a supprimé la notion de « situation de détresse ». Le 17 janvier, jour anniversaire de la promulgation de la loi Veil, vous avez aussi annoncé, madame la ministre, un programme national de grande qualité, visant à améliorer l'accès à l'IVG sur l'ensemble du territoire, et je vous en félicite.

M. Arnaud Robinet. Il y a quelques semaines, nous avons trouvé un équilibre dans le cadre d'une résolution relative à l'IVG, gravant ainsi la loi Veil dans le marbre. Il est dommage de revenir, à deux heures du matin et dans le cadre d'un projet de loi relatif à la santé, sur un sujet de cette ampleur.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Il n'est jamais dommage, ce me semble, d'évoquer l'accès à l'IVG.

Mme la ministre. L'accès concret à l'IVG doit bien entendu être garanti. C'est en tout cas l'objectif du plan que j'ai présenté le 17 janvier dernier : il doit permettre de lever les obstacles, qu'ils soient de nature financière, organisationnelle ou territoriale, que rencontrent certaines femmes pour pratiquer une IVG.

La suppression du délai de réflexion ne fait pas partie des mesures que j'ai proposées, et je ne suis pas sûre qu'elle soit de nature à faciliter l'accès au droit dont nous parlons. Certaines situations particulières, j'en ai conscience, peuvent exiger une accélération de la procédure ; ainsi, lorsque la grossesse est à un stade avancé, le délai est d'ores et déjà raccourci. On peut aussi envisager un raccourcissement du délai dans les cas d'IVG pratiquées par voie médicamenteuse, autorisée pendant les cinq premières semaines de la grossesse.

Dans la plupart des cas, cependant, le délai de réflexion est utile. Doit-il rester fixé à sept jours ? La question peut être posée ; mais, en tout état de cause, je suis défavorable à sa suppression, car la décision qui est en jeu, si elle est un droit absolu, est évidemment tout sauf banale.

Mme Catherine Coutelle. L'IVG est le seul acte médical, avec les interventions de chirurgie esthétique, soumis à un délai de réflexion légal. Que les femmes prennent un temps de réflexion, j'en suis d'accord ; mais la France est l'un des derniers pays européens à imposer un délai de sept jours. Cette mesure, symboliquement forte, peut aussi être un frein à l'IVG ; elle avait été une concession fort compréhensible dans le contexte de la loi de 1975, mais elle n'a plus de justification aujourd'hui. Présenté au nom de la Délégation aux droits des femmes, l'amendement répond, je le répète, à une demande forte des associations.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Le sujet, on l'a dit, n'est évidemment pas banal. Avis de sagesse.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS1452 de Mme Catherine Coutelle.

Mme Catherine Coutelle. La Délégation aux droits des femmes avait initialement déposé trois amendements, dont l'un a subi le couperet de l'article 40 ; il faisait écho à l'un des volets de votre plan en donnant aux centres de santé la possibilité de réaliser des IVG. J'aimerais donc, madame la ministre, vous entendre sur ce point.

L'amendement AS1452 participe du même esprit que le précédent. Simone Veil, dont la loi avait notamment été adoptée grâce aux voix de la gauche, avait accepté, pour gagner des suffrages au sein de sa propre majorité, l'introduction d'une clause de conscience spécifique dans son texte, alors que l'article R. 4127-47 du code de la santé publique dispose déjà qu'« un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient [...] ». »

Nous proposons de supprimer, non la clause de conscience en tant que telle, mais celle qui est spécifique à la loi Veil.

M. Arnaud Robinet. Début janvier, je le répète, nous avons adopté une résolution de façon relativement consensuelle. Revenir, à deux heures dix du matin, sur l'équilibre de la loi Veil ne me semble pas sérieux.

Mme la ministre. Je suis favorable à toute disposition donnant la possibilité aux centres de santé de pratiquer des IVG, qu'elles soient médicamenteuses ou instrumentales, dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-10 du code de la santé publique, selon un cahier des charges établi par la Haute autorité de santé et dans le cadre conventionnel applicable aux établissements de santé. Si vous déposez en séance l'amendement dont vous venez de parler, je lèverai donc le gage.

Mme Catherine Coutelle. Merci, madame la ministre.

Mme la ministre. Vous venez de faire adopter la suppression du délai de réflexion dont, pour ma part, je suggérais plutôt le raccourcissement. En tout état de cause, le Gouvernement émet un avis résolument défavorable à la suppression de la clause de conscience pour les IVG. Il ne nous paraît pas utile, en effet, de rouvrir le débat sur des sujets dont, par ailleurs, je mesure pleinement la portée symbolique – et c'est une ministre tout aussi résolument engagée en faveur de l'IVG qui vous le dit. Dès ma prise de fonction, j'ai adopté des mesures permettant d'améliorer la prise en charge des IVG, avant d'annoncer, il y a quelques semaines, un plan destiné à favoriser l'accès concret à ce droit pour les femmes qui rencontrent des difficultés ; mais, dans le contexte de tensions que nous connaissons, sur des sujets de société et avec certains professionnels de santé, la mesure que vous proposez ne me paraît pas opportune, d'autant qu'elle ne changera rien dans la pratique. Les médecins qui opposent une clause de conscience en ce domaine sont rares et, même si je ne méconnais pas le poids des symboles, votre amendement ne changera rien à l'effectivité du droit dont nous parlons. Ma responsabilité est aussi de vous faire part, sans détours, des réalités du contexte politique.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Chacun se positionnera sur le sujet, même si le message que vient de nous délivrer Mme la ministre mérite à tout le moins réflexion. À titre personnel, je le suivrai.

M. Gérard Sebaoun. Je comprends d'autant mieux les arguments de Mme la ministre que, dans le texte relatif à la fin de vie, j'avais moi-même défendu l'idée d'une clause de conscience spécifique pour l'exception d'euthanasie.

La clause de conscience fut introduite, en 1975, parce que l'IVG pouvait, aux yeux de certains médecins, signifier mettre fin à une vie naissante, donc être contraire à leur déontologie.

J'ai conscience du contexte politique que vous avez évoqué, madame la ministre ; mais de deux choses l'une : ou bien l'IVG s'apparente à un soin ou à un traitement, et elle relève du droit général, ou bien elle relève de l'exception – ce que je ne crois pas. Dans le premier cas, la clause de conscience doit s'appliquer, et pas dans le second. Cela ne signifie pas que je voterai l'amendement de Mme Coutelle, mais j'en comprends la portée historique et symbolique : peut-être faudra-t-il, un jour, en venir à ce qu'il propose.

M. Gérard Bapt. Je souscris aux propos de M. Sebaoun et à ceux de Mme la ministre s'agissant du contexte. La sédation profonde et l'IVG heurtent toutes deux la culture médicale traditionnelle, historiquement fondée sur le curatif plutôt que sur le soin. Personnellement, je ne voterai pas cet amendement.

Mme Jacqueline Fraysse. Je partage l'analyse de M. Sebaoun. L'IVG fait partie des soins dus au patient : dès lors que celui-ci les demande, le médecin doit être tenu de les administrer dès lors que les procédures sont respectées et qu'aucun risque particulier ne s'y oppose.

La clause de conscience, introduite dans le contexte que l'on a rappelé, n'a plus lieu d'être, même si je conçois que sa suppression rouvrirait de nombreux débats. Je voterai en tout cas l'amendement, car il correspond à mes convictions.

M. Gilles Lurton. Lors du récent examen de la proposition de loi relative à la fin de vie, la question de l'introduction d'une clause de conscience s'est posée. Les rapporteurs du texte ont auditionné le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), qui a écarté cette clause en arguant que le rôle des praticiens était de soigner. Avant de présenter un tel amendement, qui plus est à deux heures vingt du matin, on devrait *a minima* consulter le CNOM.

Mme Catherine Coutelle. Madame la ministre, j'apprécie votre réponse sur les centres de santé, qui constituent une avancée réelle.

Je comprends votre propos sur le contexte politique, mais je suis dans mon rôle de présidente de la Délégation aux droits des femmes en présentant cet amendement. Un rapport du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a également proposé cette amélioration de l'accès au droit à l'avortement.

Lorsque nous avons supprimé la notion d'état de détresse dans la loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, nous avons rencontré des oppositions comme on n'imaginait plus devoir en supporter.

Eu égard au contexte politique, je retire mon amendement, mais il faudra un jour le voter car il n'y a pas de raison de maintenir des barrières à l'effectivité du droit fondamental des femmes à choisir le moment de leur grossesse. À l'occasion du quarantième anniversaire de la loi Veil, nous avons voté à l'unanimité, le 25 novembre dernier, une résolution en séance publique reconnaissant ce caractère fondamental du droit à l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Or le maintien des deux premiers alinéas de l'article L. 2218-8 du code de la santé publique fait de l'IVG un droit à part. Cela montre en tout cas à quel point il est difficile d'évoluer en France...

Mme la présidente Catherine Lemorton. Il manquait sept voix pour que le vote de cette résolution se soit fait à l'unanimité.

Mme la ministre. Je tiens à vous remercier, madame la députée, d'avoir retiré cet amendement. Nous sommes en accord sur le contenu de votre proposition, mais le moment n'est pas propice à son adoption. Merci de l'avoir compris.

L'amendement est retiré.

Chapitre III Garantir l'accès aux soins

Article 18 (art. L. 162-5, L. 162-9, L. 162-14-1, L. 162-16-1, L. 162-32-1, L. 322-1 et L. 871-1 du code de la sécurité sociale) : *Généralisation du tiers payant pour les consultations de ville*

La Commission examine les amendements de suppression de l'article AS28 et AS446 de M. Jean-Pierre Door, AS569 de M. Fernand Siré, AS832 de M. Bernard Accoyer et AS1096 de M. Arnaud Richard.

M. Arnaud Robinet. L'article 18 prévoit la généralisation du tiers payant, mesure phare de ce projet de loi. Le Gouvernement a déposé un amendement mardi dernier en fin d'après-midi ; il n'a été possible de le consulter sur la base Éloi que ce matin et, qui plus est, le Gouvernement l'a depuis modifié. Comme nous siégeons en commission, nous n'avons pas pu étudier les modifications apportées au texte. Une fois de plus, nos conditions de travail sont inacceptables !

Le groupe UMP a déposé des amendements identiques visant à supprimer cet article généralisant le tiers payant. Cela étant, soyons clairs : l'opposition n'adopte pas une position dogmatique sur cette question, contrairement au Gouvernement. Si sa mise en œuvre technique était bien conçue, le tiers payant généralisé pourrait simplifier la vie administrative des médecins. Or le projet gouvernemental soulève plusieurs inquiétudes.

Inquiétude sur le paiement des médecins tout d'abord : madame la ministre, vous avez annoncé il y a une semaine que la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) piloterait le dispositif du tiers payant généralisé et prendrait en charge les pénalités découlant d'un non-paiement rapide des médecins. Vous faites reposer l'intégralité de ce système sur la CNAM, alors que les assurances et les mutuelles devraient pouvoir intervenir. Qui plus est, la CNAM va « s'asseoir », passez-moi l'expression, sur un milliard d'euros puisque les franchises n'existeront plus.

Le tiers payant généralisé conduira à une bureaucratisation de la médecine libérale. Sa gestion entraînera un coût de 3,50 euros par acte pour les médecins libéraux, dont le

Gouvernement ne propose pas la prise en charge. Cette réforme revient donc à imposer une baisse tarifaire inacceptable, alors que d'autres solutions beaucoup plus souples et modernes comme la carte de paiement santé à débit différé pourraient être déployées.

Affirmer que la généralisation du tiers payant permettra l'accès aux soins de l'ensemble de nos concitoyens est un argument totalement irrecevable, puisque le tiers payant existe déjà pour nos concitoyens les plus modestes, qui bénéficient de la couverture maladie universelle (CMU), de l'aide pour une complémentaire santé (ACS) et de l'aide médicale de l'État (AME).

Vous avez voulu faire de cette mesure le symbole du projet de loi relatif à la santé, mais elle nourrit la contestation de l'ensemble des professionnels libéraux de santé, qui demandent le retrait pur et simple de l'article 18.

M. Jean-Pierre Door. La mesure de généralisation du tiers payant pour l'ensemble des assurés en 2017 est une mesure démagogique et idéologique, et beaucoup moins sociale qu'il n'y paraît, car il ne s'agit pas de médecine gratuite.

Cette mesure pose de nombreuses questions techniques qui font douter de la possibilité de l'appliquer dès 2017. D'ailleurs, le président de la République a averti que les contours de ce dispositif devraient être suffisamment simples pour que l'on puisse le mettre en œuvre. Qui plus est, le tiers payant s'avérera chronophage pour les médecins qui devront vérifier les remboursements et les droits des patients pour éviter de se faire « rouler dans la farine ». Ses difficultés techniques coûteront aux contribuables, aux professionnels de santé, à l'assurance maladie et aux mutuelles. Ainsi, l'assurance maladie devra couvrir les inévitables retards de paiement. Enfin, le coût d'envoi de feuilles de remboursement devrait, à en croire les évaluations réalisées par certains cabinets, être compris entre 3 et 4 euros par acte, ce qui constitue un montant élevé.

Le tiers payant intégral doit rester réservé aux patients qui en ont besoin – c'est déjà le cas pour les patients bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS, voire des patients en affection de longue durée (ALD). Si vous maintenez votre article, madame la ministre, veillez au moins à ce que la généralisation du tiers payant s'applique aux soins urgents dans les maisons médicales de garde. Mais surtout, n'imposez pas de décision qui ne recueille ni l'assentiment des Français ni celui des professionnels de santé et continuez la concertation !

M. Fernand Siré. La généralisation du tiers payant modifiera le rapport entre le médecin et le patient. Ce dernier choisit son praticien et doit acquitter un paiement ; le paiement de l'acte par une caisse d'assurance maladie faussera cette relation. Comme le disent les paysans, qui paie, commande !

M. Bernard Accoyer. Nous étudions ces amendements à deux heures trente-quatre dans des conditions choquantes, car il s'agit d'un article très important qui pourrait très rapidement paralyser le système de soins. Madame la ministre, cette mesure n'est rien d'autre qu'une décision politique et un marqueur ; le Gouvernement échouant dans tous les domaines, il cherche à faire passer cette disposition en force. C'est de la folie !

La non-généralisation de l'accès aux soins ne constitue pas un frein à l'accès aux soins puisque la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), l'AME, l'ACS et l'ALD fonctionnent déjà sous le régime du tiers payant intégral. Les barrières existent aujourd'hui pour la lunetterie, les prothèses dentaires et l'audioprothèse. Dans le corps

médical, 90 % des praticiens sont opposés à cette mesure. Comment pourriez-vous continuer à être en charge d'un secteur en suscitant l'opposition frontale de 90 % de ceux qui le font fonctionner ? Cette mesure est insupportable pour les médecins, car elle dévorera leur temps – pensez qu'il leur faudra harceler 500 complémentaires ! – et représentera un coût financier du fait des impayés. En effet, lorsque le tiers payant fut appliqué en pharmacie, on a constaté une explosion de la dépense de médicaments et un impayé moyen de 3 000 euros par mois et par officine. Les médecins devront faire face aux mêmes difficultés, alors qu'ils se trouvent aujourd'hui au bord du *burn-out*. L'entêtement du Gouvernement est proprement irresponsable : les médecins ne veulent pas de cette mesure qui engendrera une inflation des dépenses, une suppression des mécanismes de modération – franchises et ticket modérateur –, une déresponsabilisation des patients, et des conséquences financières négatives pour les professionnels et pour l'assurance maladie. La sécurité sociale devant déjà faire face à un déficit cumulé de 147 milliards d'euros, vous n'avez pas le premier euro pour financer ce caprice politique, madame la ministre !

M. Arnaud Richard. Il faut reconnaître, que l'on soit d'accord ou pas, au Gouvernement que cette mesure met en œuvre un engagement de campagne, ce qui est très rare. La généralisation du tiers payant semble d'ailleurs être l'assurance-vie de Mme la ministre au sein de ce Gouvernement – n'y voyez aucune attaque personnelle, madame la ministre !

L'article 18, dont notre amendement propose la suppression, organise la généralisation du tiers payant pour les consultations en ville. Je ne reviens pas sur la méthode, le dépôt d'amendements de dernière minute, etc. : après tout, certains de vos collègues au Gouvernement font beaucoup mieux que vous, madame la ministre : n'avons-nous pas vu arriver en toute fin de débat sur la loi NOTRe un amendement de quarante-deux pages ?

Mme la ministre. J'ai encore de la marge !

M. Arnaud Richard. Le tiers payant existe déjà pour les personnes précaires couvertes par la CMU, l'ACS ou l'AME ; du reste, les médecins libéraux le pratiquent spontanément en fonction de la situation et pour les actes les plus coûteux. Le projet de loi ne traite de l'accès aux soins que sous cet angle du tiers payant, et aucune réponse n'est accordée pour diminuer le reste à charge, qui atteint parfois des montants insoutenables et qui représente le vrai problème d'accès aux soins.

Qui plus est, la généralisation du tiers payant risque de transformer la carte Vitale en carte de paiement, de déresponsabiliser les patients au regard du coût de leur santé et de déprécier les actes médicaux devenus virtuellement gratuits. Elle générera également une bureaucratisation de la médecine libérale, puisque la gestion et le contrôle des paiements devraient coûter 3,50 euros par acte aux médecins libéraux ; or la prise en charge de ce montant n'est pas assurée. Elle revient donc à imposer une baisse tarifaire inacceptable, alors que le Gouvernement aurait pu développer des solutions souples et modernes comme la carte de paiement santé à débit différé. L'intégration de l'ensemble des complémentaires dans la carte Vitale permettrait de lutter contre les impayés et de simplifier massivement le système d'assurance santé de notre pays.

M. Jean-Louis Roume gas. Nous sommes pour notre part très favorables à l'instauration d'un tiers payant généralisé et souhaiterions l'accélération de son déploiement, même si l'on comprend que cela puisse poser des difficultés techniques.

Le tiers payant ne revient pas à instaurer la gratuité des soins, il assure simplement l'avance du paiement ; cette mesure ne fera pas disparaître les restes à charge et ne modifiera pas les taux de remboursement.

Pour les gens qui ont les moyens de faire l'avance, le fait de payer n'est en rien un facteur de responsabilisation. En revanche, ceux qui n'ont les moyens de faire l'avance des frais renoncent aux soins. Une responsabilisation fondée uniquement sur la capacité à engager une dépense avant son remboursement n'est pas de bonne méthode. Je préfère que l'on insiste sur la prévention afin que l'on ait moins recours à la médecine, et que l'on se penche sur la surconsommation médicamenteuse. On ne doit se contenter d'un système où ceux qui ne peuvent consentir à l'avance des frais renoncent aux soins.

Du reste, les études menées sur les populations bénéficiant déjà du tiers payant montrent que les dépenses de santé finissent par diminuer, parce que le meilleur accès aux soins permet de traiter les maladies lorsqu'elles sont moins avancées. Cela s'avère beaucoup moins coûteux pour la situation sanitaire et pour la protection sociale. Autrement dit, les arguments avancés contre la généralisation du tiers payant sont faux et totalement idéologiques ; en soutenant le Gouvernement, nous défendons un meilleur accès aux soins pour tous qui se traduira, *in fine*, par une diminution des dépenses de santé.

M. Gérard Sebaoun. Les médecins sont responsables d'une incongruité qui dure depuis longtemps dans notre pays : une loi oblige les médecins à télétransmettre ; or une partie des feuilles de maladie restent expédiées sous forme de papier, ce qui coûte douze fois plus cher à la sécurité sociale. Un rapport évalue les économies potentielles à un montant compris entre 70 et 250 millions d'euros en trois ans si tout était télétransmis. Que les médecins appliquent la loi et cessent de refuser de s'équiper – ce phénomène existe même dans les grandes villes, 20 % des médecins parisiens et 9 % de leurs confrères niçois n'étant pas informatisés malgré les aides versées, et se trouve surtout répandu chez les spécialistes qui sont 40 % à enfreindre la loi contre 14 % des généralistes. Cette situation est tout à fait anormale car les médecins ne sont jamais sanctionnés : comme la sanction doit intervenir par voie conventionnelle, il ne se passe rien.

Un fort corporatisme nourrit l'hostilité à cette réforme. De nombreux médecins, les radiologues, les laboratoires acceptent le tiers payant pour des patients ne bénéficiant pas de la CMU, de l'ACS ou de l'AME, des pays étrangers qui nous sont comparables l'ont également mis en œuvre. Je loue le courage de Mme la ministre d'emprunter le chemin de la généralisation du tiers payant et de le déployer en trois ans. Ce n'est pas simple, et de vrais problèmes techniques se posent, ce qui explique que l'on soit amené à prévoir plusieurs étapes d'ici à 2017.

La fédération des radiologues libéraux a souhaité nous rencontrer pour nous dire que lorsqu'ils utilisaient le tiers payant ils rencontraient des difficultés avec les mutuelles pour récupérer 6 % de leurs honoraires.

Le tiers payant n'engendre pas d'augmentation des dépenses. Le directeur du Fonds CMU nous a expliqué que les gens privés de soins rattrapent un retard lorsqu'ils bénéficiaient de la couverture puis se comportaient comme les autres assurés. Les ayants droit étant des assurés sociaux, il n'est pas normal qu'ils fassent une avance de frais.

Enfin, certains médecins sont arc-boutés contre le tiers payant car ils refusent l'idée que puissent apparaître les dépassements d'honoraires.

Mme Michèle Delaunay. Nous nous trouvons dans une situation particulièrement tendue vis-à-vis du personnel médical et soignant. Ne serait-il pas possible d'agir dans le cadre d'un deuxième acte législatif pour mettre en œuvre la seconde phase de la généralisation du tiers payant ? Cela permettrait de montrer que l'on a pris en considération l'inquiétude des médecins et constituerait une mesure d'apaisement. Madame la ministre, si vous décidiez néanmoins d'en rester à une seule loi pour appliquer cette réforme, je me rallierais à votre position. Je vous demande simplement de réfléchir à ma proposition d'agir en deux temps.

Mme Jacqueline Fraysse. Notre rôle est de nous préoccuper de la santé de l'ensemble de nos concitoyens et de veiller à ce que les moins fortunés puissent avoir accès à des soins de qualité. La droite soutient que les médecins sont opposés au tiers payant, ce qui n'est pas vrai. Parler ainsi du corps médical s'avère très péjoratif ; si certains praticiens ne soutiennent pas cette mesure, la très grande majorité, et c'est heureux, c'est conforme à leur déontologie, souhaitent soigner tout le monde dans les meilleures conditions. Au demeurant, la sécurité sociale rend les patients solvables et les médecins en profitent car bon nombre de leurs patients, dans ce contexte difficile, seraient incapables de les payer s'ils n'avaient pas la sécurité sociale.

Je ne suis pas étonnée que la droite ne soit pas préoccupée de l'accès aux soins de l'ensemble de nos concitoyens, puisqu'elle a instauré avec la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), les forfaits, les franchises et les remboursements. Je me félicite que le Gouvernement propose la généralisation du tiers payant. Le président du CNOM n'est pas opposé à cette mesure, mais il exprime des préoccupations légitimes que nous devons prendre en compte : les médecins doivent naturellement être payés dans des délais corrects et les problèmes techniques doivent être résolus. Nous devons saluer le principe de la réforme et les efforts consentis par le Gouvernement pour la mettre en œuvre, et je regrette que cette mesure ne recueille pas l'approbation unanime des députés.

Mme Fanélie Carrey-Conte. Notre souhait de généraliser le tiers payant ne répond pas à une position dogmatique, mais au souhait d'améliorer la vie de nos concitoyens. Cette mesure permettra de lutter contre les phénomènes de renoncement aux soins, que l'on observe également chez des gens dont les revenus se situent au-dessus des seuils de la CMU-C et de l'ACS. Pour bénéficier de l'ACS, une personne seule doit justifier de ressources ne dépassant pas 970 € par mois – encore avons-nous relevé le plafond par rapport à celui qu'avait fixé l'ancienne majorité. Il est facile d'imaginer qu'une personne percevant un revenu juste un peu plus élevé puisse être confrontée à des difficultés financières pour bénéficier de soins et le tiers payant leur facilitera l'accès aux professionnels de santé. Cela aura des conséquences bénéfiques pour la santé des individus et celle de l'ensemble de la société.

Personne ne nie l'existence de difficultés techniques, mais elles ne doivent pas servir de prétexte pour renoncer ; il convient de se donner les moyens de les résoudre, et le calendrier proposé, qui prévoit une mise en œuvre progressive de la généralisation du tiers payant, constitue la bonne méthode pour réussir.

Enfin, notre discussion montre que c'est la droite qui fait preuve d'idéologie dans ce débat.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Ainsi que l'a relevé à juste raison M. Roumegas, la généralisation du tiers payant concerne la dispense de l'avance des frais et

n'instaure aucune gratuité. L'argument selon lequel cette mesure enlèverait toute valeur à l'acte médical est totalement vide. Personne n'avance les frais d'une opération à cœur ouvert ou d'une greffe, compte tenu du coût de cette intervention : est-ce à dire que l'acte chirurgical, qui sauve des vies, n'a aucune valeur ?

Contrairement à ce que soutient M. Accoyer, l'application du tiers payant en pharmacie depuis trente-cinq ans n'a pas fait exploser la consommation de médicaments ; le tiers payant ne concerne que les médicaments prescrits par un médecin, et penser que le tiers payant a engendré une augmentation des dépenses de médicaments revient à accuser les médecins de prescrire depuis trente-cinq ans des médicaments inutiles au seul prétexte que leurs patients ne doivent pas acquitter l'avance de frais. C'est un raisonnement absurde ! L'augmentation de la consommation de médicaments – que l'on ne constate plus aujourd'hui, la France rejoignant progressivement ses voisins européens en la matière – a résulté d'un réflexe de prescription qui n'a rien à voir avec le tiers payant !

Mme la ministre. Si le tiers payant est devenu une des mesures de référence de ce projet de loi, le texte ne se limite pas à cela. Reste que c'est un débat important, et j'ai du reste senti quelques nuances dans les positions défendues par les députés de l'opposition : si certains rejettent la généralisation en bloc en criant à l'idéologie, d'autres assurent qu'ils ne sont pas totalement opposés au tiers payant, mais... Tant et si bien qu'il n'est pas toujours facile de comprendre leurs arguments. Peut-être entendent-ils les Français qui, très majoritairement, expriment leur volonté de mettre en place un dispositif qui n'a effectivement rien à voir avec la gratuité – tous les Français cotisent à la Sécurité sociale –, mais qui facilitera leur relation avec leur médecin en leur permettant de ne pas avancer les frais.

Ce n'est pas un caprice de ma part – je ne suis pas femme de caprices –, mais bien un engagement, une volonté de justice et de progrès. Et force est de constater que lorsque l'on défend des mesures de justice et de progrès, on est très vite taxé d'idéologie par l'opposition...

Du reste, si près de 30 % des actes sont d'ores et déjà réalisés en tiers payant, ce ne sont pas forcément ceux qu'a évoqués l'opposition. Ainsi, les ALD n'en font pas partie : si certains professionnels leur appliquent le tiers payant, d'autres se voient opposer des refus de la part de l'assurance maladie. L'ACS non plus n'est pas encore en tiers payant : cette étape supposera d'ailleurs une coordination entre l'assurance maladie et les organismes complémentaires.

Contrairement à ce que certains soutiennent parfois, il ne s'agit pas d'une mesure à but uniquement social : le tiers payant social, c'est la CMU. Mais il n'y a pas que les bénéficiaires de la CMU qui peuvent avoir des difficultés, et je ne crois pas que les médecins aient envie d'évaluer à chaque fois la situation financière de leur patient. Le fait que des gens dont le revenu se situe entre 1 500 et 2 500 euros expriment une attente très forte du tiers payant montre bien que, sans être pauvre, on peut avoir besoin d'être dispensé de l'avance de frais.

Vous avez été très nombreux, sinon unanimes, quelle que soit votre position sur le principe, à souligner la complexité d'un changement d'organisation qui supposera la mise en place d'infrastructures que les médecins ne devront même pas voir : la mise en place du tiers payant sera une affaire de coulisses, de *back-office*, bref, cachée dans le disque dur de l'ordinateur, et l'intervention du praticien devra rester extrêmement simple. J'ai entendu, madame Delaunay, les inquiétudes exprimées par le corps médical ; c'est bien la raison pour laquelle nous avons repris la concertation et c'est ce qui explique que nous vous proposons,

par l'amendement AS1725 rectifié, une rédaction de l'article 18 sensiblement différente de celle du projet de loi initial.

Cet amendement détaille une méthode et un calendrier. Il met en place un tiers payant qui sera progressivement étendu à l'ensemble des patients en suivant des étapes identifiées et qui permettront de tester et de roder le système. Plusieurs rapports d'étape sont prévus, dont les conclusions seront intégrées dans la suite de la démarche.

Il n'est évidemment pas acceptable, et cela ne le sera pas davantage demain, que des professionnels ne soient pas payés pour des actes qu'ils réalisent. Une telle situation ne saurait être considérée comme normale par le Gouvernement. C'est pourquoi nous inscrivons dans la loi le principe d'une garantie de paiement au professionnel qui applique ou appliquera le tiers payant dès lors que l'acte fera l'objet d'une télétransmission – c'est important –, ledit paiement devant intervenir dans un délai fixé par décret. Passé ce délai, qui pourrait être de sept jours, une pénalité sera versée au professionnel.

Je précise que ces garanties ne se limiteront pas aux professionnels qui appliqueront le tiers payant à l'avenir ; elles vaudront aussi, sitôt la loi adoptée, pour les actes d'ores et déjà réalisés en tiers payant.

L'amendement prévoit par ailleurs une série de simplifications et pose le principe d'un dispositif technique identifié qui passe par un partenariat renforcé entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires – et cela vaut dès l'étape de l'ACS. Il sera indispensable, au moment où s'engagera la phase de l'extension du tiers payant à tous, que la coopération entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires conduise à la mise en place d'un dispositif respectant les exigences de simplicité, de fiabilité et d'efficacité, et prévoyant un flux unique de paiement vers le professionnel.

L'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires devront me remettre au plus tard le 31 octobre 2015 un rapport définissant les modalités opérationnelles de ce dispositif.

L'amendement AS1725 rectifié reprend la disposition du projet de loi initial prévoyant que l'obligation du tiers payant s'ajoutera aux obligations qui s'imposent aux organismes complémentaires pour bénéficier des avantages fiscaux et sociaux liés aux contrats responsables.

Par ailleurs, j'ai souhaité évidemment préciser le rôle de l'assurance maladie obligatoire dans la mise en place du tiers payant généralisé. La réussite de cette réforme implique un étroit partenariat entre l'assurance maladie et les organismes complémentaires. Il est normal que l'assurance maladie, compte tenu de sa part prépondérante dans les dépenses de santé, ait une responsabilité de premier rang dans la mise en place de cette réforme. Nous devons évidemment faire en sorte que cette part prépondérante soit bien identifiée : c'est ce qui est indiqué dans le V de l'article 18, tel que l'amendement propose de le rédiger.

Enfin, je tiens à réaffirmer clairement que la mise en place du tiers payant ne se traduira par aucun coût supplémentaire pour les médecins ni par aucune mainmise des complémentaires sur les conditions d'exercice ou les modalités de délivrance des soins par les praticiens. La position du Gouvernement n'a pas changé depuis la loi du 27 janvier 2014 relative aux réseaux de soins, qui avait consacré l'indépendance des médecins par rapport aux financeurs.

Tels sont les points que je souhaitais évoquer pour répondre aux observations des uns et des autres, préciser l'esprit dans lequel cette réforme est proposée, les objectifs de progrès et de justice sociale qu'elle poursuit, et les modalités concrètes de sa mise en œuvre opérationnelle auxquelles nous nous devons d'être particulièrement attentifs, pour répondre aux inquiétudes des professionnels. Le tiers payant n'aura de sens que si sa mise en œuvre est réussie, ce qui exigera beaucoup de précautions et un suivi étroit : d'où le calendrier qui vous est proposé dans l'amendement AS1725.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Personne ne sera surpris que je rende un avis défavorable sur les amendements de suppression. J'ai entendu, ici comme ailleurs, que la mise en place du tiers payant pourrait entraîner une augmentation rapide de certaines dépenses. À supposer qu'une augmentation se produise, cela sera dû au fait que des gens sont pour l'heure effectivement amenés à renoncer à certains soins. N'est-ce pas justice que de leur permettre de se soigner au moment où ils en ont besoin, d'autant que cela se traduira à terme par des dépenses de santé moins élevées pour la collectivité ? Et si certains expliquent cet emballement des frais médicaux serait le fait de gens inconscients du coût que cela représente pour la collectivité et portés à une consommation déraisonnable, je trouve cela particulièrement désobligeants à l'égard de ces publics qui, bien que gagnant à peu près correctement leur vie, hésitent, passé le 20 du mois, à aller en consultation, parce qu'ils ne sont pas pris en charge au titre de la CMU ou de l'ACS. Ce n'est pas justice, et nous devons faire progresser les choses dans ce domaine.

Certes, la mise en place d'une telle réforme n'est pas exempte de difficultés. Je me réjouis des avancées qu'apporte sur ce point l'amendement du Gouvernement en termes de calendrier et de garanties. Je m'autoriserai seulement, madame la ministre, à proposer un sous-amendement qui viendra compléter les éléments que vous venez de détailler.

Les amendements AS28, AS446, AS569, AS 832 et AS1096 sont rejetés.

La Commission en vient à l'amendement AS1725 rectifié du Gouvernement, faisant l'objet de deux sous-amendements, AS1751 de M. Arnaud Robinet et AS1759 de la rapporteure.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. L'amendement AS1725 rectifié vient de nous être présenté par le Gouvernement.

M. Gilles Lurton. Il y a quelques mois, madame la rapporteure, un responsable de la CMU et de la CMU-C, auteur d'un rapport sur ces organismes, nous a indiqué que 27 % des bénéficiaires de la CMU-C renoncent aux soins bien qu'ils n'aient rien à déboursier pour les recevoir. En quoi le tiers payant changera-t-il quoi que ce soit pour eux ?

Le paiement du médecin sera conditionné à la télétransmission de l'acte à la sécurité sociale, avez-vous dit, madame la ministre. Cette télétransmission se fera *via* la carte Vitale ; or l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale prévoit que cette carte doit être régulièrement mise à jour. Comment le médecin sera-t-il payé si elle ne l'est pas ? De fait, certains patients n'effectuent jamais cette mise à jour que, dans certains cas, personne ne leur demande. Où en est-on, par ailleurs, de la généralisation des cartes Vitale avec photo ? J'ajoute que des personnes continuent à utiliser leur carte Vitale bien qu'elles ne cotisent plus, pour une raison ou une autre. Comment le dispositif est-il contrôlé ? De réelles questions, on le voit, se posent sur l'utilisation de cette carte.

Mme la ministre. Le délai de paiement sera effectivement garanti dès lors que l'acte aura été télétransmis, et non envoyé sous forme papier. Mais au bout du compte, le médecin sera de toute façon payé.

Quant aux modalités techniques, la nature de la carte reste bien entendu à définir : le tiers payant n'a pas vocation à s'appliquer du jour au lendemain avec le système actuel ; d'où la montée en charge par étapes, ce qui permettra de mettre au point les dispositifs techniques adéquats. À terme, le médecin n'aura qu'à télétransmettre les actes – *via* une carte qui sera peut-être la carte Vitale du futur – pour être remboursé par les organismes primaires et complémentaires.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Aujourd'hui, le patient fait l'avance ; lorsqu'un médecin lui signale que sa carte Vitale n'est pas à jour, le même patient, souvent, va effectuer cette mise à jour à la pharmacie d'à côté. La quasi-totalité des pharmacies sont équipées. La solution existe donc déjà, monsieur Lurton.

M. Gilles Lurton. Quel intérêt les patients auront-ils à faire ce genre de démarche s'ils n'ont plus rien à payer ?

Mme la présidente Catherine Lemorton. Ils y seront bien obligés : s'ils refusent, le médecin n'acceptera pas le tiers payant...

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Je me souviens de l'audition à laquelle vous avez fait allusion, monsieur Lurton. Les considérations financières n'expliquent pas à elles seules le fait que certains de nos concitoyens renoncent aux soins, nous en sommes bien d'accord. Au demeurant, ce ne sont pas 27 %, mais 4 % de bénéficiaires de la CMU-C qui y renoncent ; mais combien seraient-ils si le dispositif n'existait pas ? Voilà la vraie question à poser. Bref, il faut lever tous les obstacles – pas seulement financiers, donc – qui empêchent l'accès aux soins.

M. Arnaud Richard. Sur les quelque 1 600 amendements dont nous sommes saisis, de 300 à 400 sont d'ores et déjà tombés : ce gain de temps justifierait, ce me semble, d'assouplir la règle dont nous sommes convenus pour l'organisation de nos travaux, afin de nous arrêter plus longuement sur les sujets d'importance.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Ne suis-je pas précisément en train de vous donner satisfaction ?

M. Arnaud Richard. Tout à fait, et je vous en remercie.

La généralisation du tiers payant était un engagement de campagne ; j'imagine donc que vos services y travaillent depuis au moins deux ans. S'est ensuite engagé le travail législatif proprement dit, avec la concertation et l'examen en Conseil d'État. Pourquoi donc nous avoir présenté votre amendement l'avant-veille de l'examen du texte en commission ? Pourquoi ne pas avoir eu l'intelligence de proposer cette version dès le départ ? Faut-il y voir un recul face à la pression des professionnels de santé ? Il n'y aurait rien de honteux à l'assumer... Au cours des auditions que nous avons menées, j'ai rarement senti une telle nervosité parmi les acteurs de santé. On peut toujours avancer que certains d'entre eux sont de mauvaise foi, mais un tel niveau d'incompréhension ne laisse pas d'interroger, même si j'espère, dans l'intérêt de notre pays, que les choses se débloquent.

Mme la ministre. L'introduction de la généralisation du tiers payant dans le présent texte date de la mi-2013. Les acteurs – y compris ceux qui, depuis, ont fait part de leurs inquiétudes – étaient alors très nombreux à la soutenir. Les inquiétudes, grandissantes à l'approche de l'examen du texte, portent sans doute, au demeurant, sur des considérations plus générales, touchant à l'avenir des professions concernées ; reste que la concertation a eu lieu, notamment sur les aspects techniques qui soulevaient de légitimes questions. Je me réjouis qu'elle porte aujourd'hui ses fruits.

M. Arnaud Robinet. Le sous-amendement AS1751 est défendu.

Mme Bernadette Laclais, rapporteure. Le sous-amendement AS1751 tend à supprimer les alinéas 4, 6 et 7 de l'amendement AS1725 rectifié, qui précisément détaillent les étapes de mise en œuvre. Cette proposition peut surprendre, car nous nous sommes tous félicités de cette progressivité. Avis défavorable.

Mon sous-amendement AS1759 précise les garanties qui devront être fournies aux professionnels de santé par les organismes complémentaires. Il n'y a aucune raison que la procédure soit plus lourde ou moins sécurisée, pour le professionnel de santé, selon que la part payée l'est au titre de la couverture de base ou de la couverture complémentaire.

Le rapport qui devra être remis au 31 octobre 2015, devra donc également déterminer les solutions techniques assurant aux professionnels de santé la simplicité d'utilisation, la lisibilité du droit et la garantie de paiement, quelles que soient les parts respectivement couvertes par les régimes obligatoires et complémentaires.

Mme la ministre. Avis favorable au sous-amendement AS1759.

La Commission rejette le sous-amendement AS1751.

Elle adopte le sous-amendement AS1759.

Puis elle adopte l'amendement AS1725 rectifié sous-amendé.

En conséquence, l'article 18 est ainsi rédigé et tous les autres amendements déposés sur l'article tombent.

La séance est levée à trois heures trente.



Présences en réunion

Réunion du mercredi 18 mars 2015 à 21 heures 30

Présents. – M. Élie Aboud, M. Bernard Accoyer, M. Joël Aviragnet, M. Gérard Bapt, Mme Valérie Boyer, Mme Sylviane Bulteau, M. Gérard Cherpion, Mme Marie-Françoise Clergeau, M. Philip Cordery, Mme Michèle Delaunay, M. Jean-Pierre Door, Mme Jacqueline Fraysse, Mme Hélène Geoffroy, M. Jean-Patrick Gille, Mme Chaynesse Khirouni, Mme Bernadette Laclais, Mme Annie Le Houerou, Mme Catherine Lemorton, M. Michel Liebgott, M. Gilles Lurton, Mme Véronique Massonneau, M. Pierre Morange, Mme Dominique Orliac, Mme Monique Orphé, Mme Martine Pinville, M. Arnaud Richard, M. Denys Robiliard, M. Arnaud Robinet, M. Jean-Louis Roumegas, M. Gérard Sebaoun, M. Fernand Siré, M. Jean-Louis Touraine, M. Olivier Véran

Excusés. – Mme Gisèle Biémouret, M. Michel Issindou, Mme Gabrielle Louis-Carabin, M. Laurent Marcangeli, M. Jean-Philippe Nilor, M. Christophe Sirugue, M. Jonas Tahuaitu, M. Jean Jacques Vlody

Assistaient également à la réunion. – Mme Fanélie Carrey-Conte, Mme Catherine Coutelle, Mme Martine Lignières-Cassou, M. Christian Paul, Mme Catherine Quéré