

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X I I I ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires culturelles, familiales et sociales

– Suite de l'examen (articles) du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (n° 1210) (*M. Jean-Marie Rolland, rapporteur*)..... 2

Mercredi

4 février 2009

Séance de 16 heures 15

Compte rendu n° 37

SESSION ORDINAIRE DE 2008-2009

**Présidence de
M. Pierre Morange**
Vice-président,
puis de
M. Pierre Méhaignerie
Président



**COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES,
FAMILIALES ET SOCIALES**

Mercredi 4 février 2009

La séance est ouverte à seize heures vingt.

(Présidence de M. Pierre Morange, vice-président)

La Commission des affaires culturelles, familiales et sociales poursuit l'examen des articles du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (n° 1210).

M. Pierre Morange, vice-président, remplaçant le président Pierre Méhaignerie.
Nous en venons à l'article 7.

Article 7 : Nomination et gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière

*La Commission examine un amendement de M. Pierre Morange visant à améliorer la gestion des praticiens hospitaliers titulaires sur un plan local. L'amendement est **retiré** pour être représenté au titre de l'article 88.*

La Commission examine ensuite un amendement de Mme Jacqueline Fraysse disposant que les hôpitaux publics doivent être dirigés par des fonctionnaires.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur. Avis défavorable. Il est essentiel de faire appel à de nouvelles compétences, qu'il s'agisse de profils ayant une expérience dans le secteur privé ou de médecins ayant développé des capacités de gestion et de management.

M. Patrick Roy. Je suis très inquiet, car il y aura des dérives si des non-fonctionnaires peuvent diriger un hôpital public.

*La Commission **rejette** cet amendement.*

*Elle **adopte** ensuite un amendement rédactionnel du rapporteur.*

La Commission examine un amendement de Mme Jacqueline Fraysse tendant à ce que les directeurs d'établissements, s'ils ne sont pas fonctionnaires, soient au moins diplômés de l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP).

Mme Jacqueline Fraysse. La diversification des compétences, soit, mais à condition qu'elles impliquent un minimum de compétence et donc de formation : on ne dirige pas un hôpital comme une entreprise.

M. le rapporteur. Je suis en mesure de vous rassurer : les directeurs pourront bénéficier de stages ou de modules de formation à l'EHESP. L'obtention d'un diplôme me semblant néanmoins trop restrictive, j'émet un avis défavorable à l'amendement.

Mme Jacqueline Fraysse. Je suis prête à le rectifier.

M. Pierre Morange, président. Je vous propose de revoir cela dans le cadre de l'article 88.

M. le rapporteur. Il me semble qu'on est là dans le domaine du règlement.

La Commission rejette cet amendement.

Elle examine ensuite un amendement du rapporteur visant à déterminer l'autorité compétente pour établir et signer les contrats des directeurs non fonctionnaires en précisant que cette autorité sera le directeur général de l'ARS pour les établissements publics de santé et le représentant de l'État dans le département pour les établissements sociaux et médico-sociaux.

M. le rapporteur. La possibilité de recruter un directeur d'établissement selon une procédure contractuelle pour des non-fonctionnaires implique l'obligation de déterminer l'autorité compétente pour établir et signer ces contrats.

M. Jean-Luc Prél. Que vient faire le représentant de l'État ?

M. le rapporteur. Il interviendra dans le domaine médico-social.

Un débat s'engageant à ce sujet, l'amendement est retiré pour être réexaminé au titre de l'article 88.

La Commission examine un amendement de Mme Jacqueline Fraysse visant à empêcher que des directeurs d'hôpitaux publics puissent ensuite travailler dans un hôpital privé qui serait en concurrence directe avec l'établissement public dans lequel ils exerçaient précédemment.

M. le rapporteur. Avis défavorable : nous ne voulons pas donner une mauvaise image de l'hôpital public qui ne serait capable de retenir ses directeurs que par la contrainte au moment où nous essayons précisément d'améliorer son attractivité.

La Commission rejette cet amendement.

Puis elle examine deux amendements de M. Pierre Morange visant à modifier la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, le premier concernant les emplois à temps partiel en milieu hospitalier, le second le champ de la négociation salariale entre l'employeur et l'agent contractuel.

M. Pierre Morange, président. Ce sont des amendements d'appel, afin que nous réfléchissions en particulier à une meilleure gestion des personnels employés à temps partiel.

M. le rapporteur. En l'absence de toute concertation, il n'est pas possible de modifier les dispositions statutaires de la fonction publique hospitalière. Avis défavorable.

La Commission rejette ces deux amendements.

M. le rapporteur retire un amendement précisant que le directeur général de l'agence régionale de santé ou le représentant de l'État dans le département signe les contrats des directeurs d'établissements détachés sur un contrat de droit public pour une mission d'une durée limitée visant à rétablir le bon fonctionnement d'un établissement.

La Commission examine quatre amendements de M. Pierre Morange visant à modifier la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière dont un abrogeant l'article 44 du titre IV du statut de la fonction publique hospitalière concernant la gratuité des soins pour certains personnels.

M. le rapporteur. Outre que, là encore, il n'y a pas eu de concertation, la gratuité des soins pour les titulaires de la fonction publique hospitalière est liée au risque plus élevé de contracter des maladies. Avis défavorable.

*La Commission **rejette** ces amendements.*

*Elle **adopte** ensuite un amendement rédactionnel du rapporteur.*

La Commission examine un amendement de M. Jean-Luc Prével visant à ce que l'évaluation des directeurs d'établissements et la détermination de la part variable de leur rémunération par le directeur général de l'ARS aient lieu après avis du président du conseil de surveillance.

M. Jean-Luc Prével. Le président du conseil de surveillance doit pouvoir donner son avis sur l'évaluation du directeur, son implication dans la mise en œuvre du projet d'établissement et son souci de répondre aux besoins de la population.

*Après avis favorable du rapporteur, la Commission **adopte** cet amendement.*

Elle examine ensuite un amendement de M. Pierre Morange visant à ce que, chaque année, le directeur de l'ARS ou son représentant délivre, au moment de l'évaluation, une lettre de mission aux directeurs exerçant des fonctions de chef d'établissement.

M. le rapporteur. Avis défavorable, la lettre de mission est délivrée lors du recrutement du directeur, même si elle peut évidemment être réajustée au cours du temps.

*La Commission **rejette** cet amendement.*

Puis elle examine un amendement de M. Pierre Morange tendant à ce qu'en matière de sanctions, l'avis du conseil supérieur de la fonction publique hospitalière soit transmis au directeur, lequel peut choisir de maintenir sa décision initiale ou de la modifier.

*Après avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** cet amendement.*

*Puis M. Pierre Morange **retire** un amendement tendant à modifier la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique en matière de gestion des crédits tendant à financer des actions sociales, culturelles ou sportives.*

La Commission examine ensuite un amendement du rapporteur visant à modifier l'article L. 315-17 du code de l'action sociale et des familles.

M. le rapporteur. Afin de garantir le caractère national et l'unicité de la gestion des corps de direction de la fonction publique hospitalière, il est nécessaire que les directeurs adjoints des établissements publics sociaux et médico-sociaux continuent d'être nommés par le centre national de gestion, à l'instar des directeurs adjoints des établissements publics de santé. Les directeurs des soins étant désormais gérés au niveau national, il est logique que le centre national de gestion les nomme dans leur emploi.

*La Commission **adopte** cet amendement, puis elle **adopte** l'article 7 modifié.*

Article additionnel après l'article 7 : Praticiens hospitaliers à temps partiel

La Commission examine un amendement de M. Jean-Luc Prével visant à réparer quatre injustices concernant les praticiens hospitaliers à temps partiel.

M. Jean-Luc Prével. Les praticiens hospitaliers à temps partiel ne perçoivent que 6/11 du salaire d'un temps plein ; par ailleurs, ils ne perçoivent pas une prime dont bénéficient ceux qui travaillent à temps plein et ils ne cotisent que sur deux tiers de leur salaire pour la retraite complémentaire ; enfin, ils ne peuvent consacrer que six jours par an à la formation médicale continue contre neuf pour leurs collègues.

M. le rapporteur. En effet, il s'agit d'une vraie injustice. Même si un décret en préparation doit remédier à cette situation, je suis favorable à cet amendement car il est du rôle du législateur d'inciter l'exécutif à agir.

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

Article additionnel après l'article 7 : Présence des usagers dans les commissions de l'activité libérale

*Après un avis favorable du rapporteur, la Commission **adopte** un amendement de Mme Catherine Génisson relatif à la présence d'un représentant des usagers du système de santé au sein des commissions de l'activité libérale constituées dans chaque établissement public de santé.*

Article 8 : Organisation interne des établissements publics de santé

La Commission examine un amendement n° 119 de M. Bernard Debré ayant pour objet de préciser que le directeur définit l'organisation de l'établissement des pôles d'activité « ou en service lorsqu'il n'y a pas de cohérence à la création d'un pôle ».

M. Bernard Debré. S'il doit être possible de créer des pôles lorsque leur existence s'impose, il me semble en revanche nécessaire de maintenir les services dans tous les autres cas de figure.

M. le rapporteur. Défavorable. Si la loi supprime toutes les références aux services, il reste loisible à chaque établissement de déterminer l'opportunité de mettre en place des structures internes à l'intérieur des pôles qui se substituent aux services.

M. Bernard Debré. La création de pôles étant parfois incohérente, il me paraît préférable de maintenir les services.

M. le rapporteur. J'appelle votre attention sur le fait que l'alinéa 3 de l'article 8 prévoit que le directeur général de l'ARS peut autoriser un établissement à ne pas créer de pôles d'activités quand l'effectif médical de l'établissement le justifie.

M. Bernard Debré. Dès lors, que faire, sinon des services ?

M. Gérard Bapt. L'amendement de M. Debré vise surtout, me semble-t-il, à remédier à l'artificialité de certains pôles.

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

La Commission examine ensuite un amendement de M. Bernard Debré visant à ce que les directeurs d'hôpital ne puissent nommer les chefs de pôle que sur avis conforme de la CME transmis au directeur par son président.

M. le rapporteur. Cet amendement risque de créer de réels blocages. J'y suis donc défavorable.

Mme Jacqueline Fraysse. Nous avons ce matin déposé un amendement allant dans le sens de celui de notre collègue. On ne doit pas pouvoir faire fi de l'avis de la CME. Quant à l'argument des blocages, il est pour le moins surprenant : on ne peut diriger un hôpital contre l'équipe médicale.

Mme Marisol Touraine. Nous soutenons cet amendement. Le projet médical d'établissement doit primer sur les préoccupations administratives.

M. Jean Bardet. Je ne vois pas quels arguments pourrait faire valoir un directeur d'hôpital pour nommer arbitrairement un chef de pôle contre l'avis du président de la CME, du fait précisément des blocages qui s'ensuivraient inévitablement.

*Contre l'avis défavorable du rapporteur, la Commission **adopte** cet amendement.*

*Un amendement de M. Pierre Morange visant à ce qu'en cas de non-respect du contrat de pôle, le directeur puisse mettre un terme aux fonctions du chef de pôle est **retiré**, de même qu'un amendement de M. Bernard Debré visant à soustraire les centres hospitaliers ayant passé convention avec une université au champ d'application de la présente loi.*

*La Commission **adopte** ensuite un amendement rédactionnel du rapporteur.*

Un amendement de M. Bernard Debré visant à soustraire les centres hospitaliers n'ayant pas passé de conventions avec l'université est retiré.

*Sur avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** un amendement de Mme Catherine Génisson tendant à ce que la signature des contrats de pôle entre le directeur et le chef de pôle se fasse conjointement avec le président de la CME.*

La Commission examine ensuite un amendement de M. Bernard Debré visant à ce que les pôles d'activité, lorsqu'ils sont nécessaires, sont constitués par une association de services, dirigés par des chefs de service.

M. Bernard Debré. Je suis farouchement opposé à la suppression des services et des chefs de service, garants de la proximité avec les malades comme du travail en équipe.

M. le rapporteur. Cet amendement dont le but est de reconstituer des services irait à l'encontre de l'esprit même du texte.

M. Jean-Marie Le Guen. Il ne faut pas confondre les pôles, outils parfaitement légitimes de gouvernance administrative permettant une mutualisation des moyens et des personnels, et les services, qui constituent la cellule de production de soins, et qui ne doivent pas disparaître. Substituer une logique managériale, même si celle-ci a toute sa place à l'hôpital, à la logique médicale constituerait une grave erreur.

M. Jean Bardet. Cet amendement est parfaitement justifié. Dans le cas de pôles constitués sans autre cohérence que géographique par exemple, en quoi le chef de pôle pourrait-il avoir une autorité médicale sur les équipes ? Il faut conserver les services et les chefs de service.

M. Jean-Luc Prével. Les pôles ont toute leur justification lorsque le chef de pôle gère des unités fonctionnelles dont les disciplines sont vraiment complémentaires comme la gastro-entérologie et la chirurgie digestive. Mais chacun sait que des pôles ont pu être constitués de façon arbitraire et que d'autres, comme certains pôles « Tête et cou » qui existent déjà, sont si vastes et regroupent des disciplines si différentes qu'il est bien difficile de coordonner l'ensemble. Il n'est donc pas aberrant de vouloir conserver des services.

M. Jacques Domergue. Les médecins se plaignent d'être tenus à l'écart de la gestion hospitalière. Les pôles visent précisément à leur permettre de s'impliquer à la fois dans l'organisation médicale et administrative.

M. Jean-Marie Le Guen. Toutes ces dispositions relèvent du domaine réglementaire.

M. Pierre Morange, vice-président. Cela est, hélas, vrai, de trop nombreux textes que nous examinons !

*Contre l'avis défavorable du rapporteur, la Commission **adopte** cet amendement.*

*Après avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** l'amendement de M. Jean-Luc Prével, visant à que le praticien chef d'un pôle d'activité veille à atteindre les objectifs fixés au pôle en prenant en compte les besoins de la population.*

*Malgré l'avis défavorable du rapporteur, qui considère que cela relève du domaine réglementaire, la Commission **adopte** un amendement de Mme Bérengère Poletti, présenté par Mme Isabelle Vasseur, et visant à que le chef de pôle soit assisté d'une sage-femme cadre dès lors que le pôle dont il a la responsabilité comporte une unité obstétricale.*

*Après avoir **adopté** un amendement rédactionnel du rapporteur, la Commission examine un amendement de Mme Jacqueline Fraysse visant à s'opposer au recrutement de praticiens hospitaliers exerçant à titre libéral dans les hôpitaux publics.*

Mme Jacqueline Fraysse. Ce projet de loi ne comporte, hélas, aucune mesure incitant les praticiens hospitaliers à rester à l'hôpital public, dont l'avenir est extrêmement préoccupant. Les conditions de travail y sont de plus en plus difficiles, le manque de moyens criant, les salaires extrêmement bas, la centralisation des pouvoirs sans cesse accrue, y compris au détriment de la communauté médicale. La seule solution envisagée est, hélas, d'embaucher ponctuellement des praticiens libéraux sur la base de contrats opaques, prévoyant peut-être des rémunérations très élevées qui coûteront fort cher. Bien entendu, l'hôpital public doit accueillir des médecins libéraux, mais ceux-ci ne doivent pas remplacer les praticiens hospitaliers.

M. Bernard Debré. Les attachés sont indispensables à l'hôpital, d'une part parce qu'ils contribuent à l'ouvrir sur l'extérieur, d'autre part parce que leur exercice hospitalier participe de leur formation. Leur rémunération actuelle, forfaitaire et calculée sur la base des vacations effectuées, est très faible. L'embauche à l'hôpital de praticiens libéraux rémunérés à l'acte ruinerait l'exercice hospitalier à plein-temps et créerait une distorsion fort

dommageable entre catégories de médecins. Néanmoins je ne voterai pas l'amendement, dont la formulation est trop générale.

M. Patrick Roy. La conclusion surprend, après les arguments développés.

M. le rapporteur. Je rappelle que l'article 10 comporte des mesures incitatives au profit des praticiens hospitaliers. Tous les hôpitaux accueillent des praticiens libéraux, les hôpitaux locaux ne fonctionnant même qu'avec eux. Vu les disparités de la démographie médicale sur l'ensemble du territoire, il faut conserver de la souplesse.

M. Jean Bardet. La majorité des praticiens libéraux qui travaillent à l'hôpital sont payés forfaitairement à la vacation. Si tous étaient payés à l'acte – seuls quelques-uns le sont aujourd'hui, sur la base de conventions spécifiques –, cela créerait une distorsion inacceptable avec les praticiens hospitaliers à temps complet.

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

*Un amendement de Mme Catherine Génisson visant à ce que le recrutement à l'hôpital de praticiens sous contrat s'effectue sur proposition du président de la CME est **retiré**, le rapporteur ayant indiqué qu'il serait favorable à un réexamen de cette proposition s'il n'y était fait mention que de l'« avis » du président de la CME.*

Puis la Commission examine deux amendements, l'un de M. Dominique Tian, l'autre de Mme Bérengère Poletti, visant à autoriser des conditions de rémunérations particulières autres que le paiement à l'acte pour les professionnels libéraux intervenant en HAD.

M. le rapporteur. Au nom de la souplesse, je suis favorable à ces amendements qui pourraient être repris sous la forme d'un seul, cosigné des deux auteurs, et rectifié pour préciser que ces conditions particulières s'appliquent aux professionnels libéraux intervenant en HAD.

*La Commission **adopte** l'amendement ainsi rectifié de M. Dominique Tian, cosigné par Mme Bérengère Poletti.*

La Commission examine ensuite un amendement de M. Claude Leteurtre visant à ce que, dans la mesure où les praticiens libéraux seront autorisés à exercer dans les établissements publics de santé, les praticiens hospitaliers puissent, à l'inverse, exercer dans les établissements privés.

M. le rapporteur. Un praticien hospitalier qui souhaite travailler une partie de son temps dans le privé n'a qu'à demander un temps partiel à l'hôpital. Avis défavorable.

M. Jacques Domergue. Aujourd'hui, lorsqu'un chirurgien du public va, ne serait-ce qu'aider un collègue dans un établissement privé, il se trouve dans l'illégalité et n'est pas couvert sur le plan juridique.

M. Bernard Debré. Il est déjà tout à fait possible d'aller aider un collègue dans le secteur privé. En revanche, je ne suis pas d'accord pour qu'on pousse ceux qui devraient exercer à l'hôpital à exercer en-dehors de l'hôpital.

M. Claude Leteurtre. Cela pourrait être utile pour certaines techniques très spécifiques.

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

Elle examine ensuite un amendement de Mme Bérengère Poletti visant à rétablir l'article L. 6146-7 du code de la santé publique qui précise que dans les établissements publics de santé, les sages-femmes sont responsables de l'organisation générale des soins et des actes obstétricaux relevant de leur compétence.

Mme Isabelle Vasseur. Il s'agit de maintenir la place des sages-femmes dans l'organisation des soins, afin de conserver le caractère physiologique de la naissance, si aucune pathologie ne se déclare, ainsi que de faire faire des économies substantielles à l'assurance maladie maternité.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Il ne s'agit pas de nier le rôle des sages-femmes mais la définition de leurs attributions relève du niveau réglementaire. En outre, on risque de créer une double hiérarchie dans le pôle, ce qui ne peut être que nuisible.

*La Commission **rejette** cet amendement.*

Après avis favorable du rapporteur, elle adopte un amendement de Mme Bérengère Poletti, présenté par M. Yves Bur, autorisant les établissements de santé privés à recourir à des auxiliaires médicaux libéraux pour les hospitalisations à domicile et à déroger au paiement à l'acte pour leur rémunération.

*La Commission **adopte** ensuite l'article 8 modifié.*

Article additionnel après l'article 8 : Allocation d'études pour les étudiants masseurs-kinésithérapeutes

La Commission examine un amendement de Mme Catherine Génisson, présenté par Mme Marisol Touraine, instituant une allocation d'études pour les étudiants masseurs-kinésithérapeutes qui s'engagent à servir trois ans dans le service public hospitalier de la région dans laquelle ils sont formés.

M. le rapporteur. Les représentants des étudiants masseurs-kinésithérapeutes que j'ai auditionnés ont paru peu convaincus par cette disposition, qui ne suscite d'ailleurs guère d'intérêt là où elle existe déjà. Par ailleurs, le financement de cette proposition reste à trouver. Elle tombe en tout état de cause sous le coup de l'article 40.

M. Christian Paul. Vous êtes pourtant favorable à des dispositions semblables pour les étudiants généralistes. La problématique de la démographie médicale se pose-t-elle de façon très différente pour les masseurs-kinésithérapeutes et pour les médecins ?

M. le rapporteur. Oui. La priorité est incontestablement de faire venir les médecins dans les zones tout à fait déficitaires. Ce n'est qu'ensuite que nous nous intéresserons aux autres professionnels.

M. Simon Renucci. La pénurie est pourtant incontestable, notamment en pédiatrie, pour le traitement des bronchiolites.

M. Bernard Debré. Autrement dit, les étudiants qui ont besoin d'une bourse devront trois ans au service public mais ceux qui ont les moyens d'étudier feront ce qu'ils veulent !

M. Christian Paul. Il est bien plus facile de vivre à Paris et de ne rien faire !

M. Yves Bur. Le fait est qu'il y a un déficit de professions médicales et paramédicales à l'hôpital. Les infirmiers sont déjà tenus d'exercer trois ans à l'hôpital avant de s'installer. La disposition proposée ici est plus souple. Si nous refusons l'incitation, nous devons en venir très vite à un dispositif coercitif.

M. Claude Leteurtre. Se priver de cette possibilité serait en effet une erreur. Notre objectif est bien de rendre l'hôpital plus attractif !

M. Jean-Marie Le Guen. Nous devons tôt ou tard réaliser une harmonisation générale des professions dites paramédicales, et notamment revoir notre système d'enseignement. Par ailleurs, les écoles de kinésithérapie n'ont pas toutes le même statut. Il ne faudrait pas que cette disposition serve de prétexte aux écoles privées pour devenir encore un peu plus chères !

M. Christian Paul. J'aimerais que le professeur Debré montre autant d'indignation devant le coût des études d'aide-soignant que devant l'idée de donner une bourse à certains étudiants. En outre, l'une des propositions de la mission que j'avais menée sur la lutte contre le désert médical, dont les conclusions ont été approuvées à l'unanimité, concernait l'usage de bourses d'étude pour fidéliser des médecins ou des infirmiers dans la région où ils sont formés. On pourrait faire de même pour les kinésithérapeutes ou pour les dentistes – bref, l'ensemble des professionnels de proximité.

M. Bernard Debré. Mais je suis totalement favorable aux bourses ! Ce qui est regrettable, c'est d'admettre des différences entre boursiers et non-boursiers. Je préférerais que tout le monde soit tenu d'exercer trois ans dans le secteur public – et cela pourrait aussi être valable pour les médecins.

*Contrairement à l'avis défavorable du rapporteur, la Commission **adopte** cet amendement.*

Article additionnel après l'article 8 : *Expérimentations sur l'annualisation du temps de travail en outre-mer*

*Sur avis favorable du rapporteur, elle **adopte** ensuite un amendement de Mme Catherine Génisson permettant des expérimentations sur l'annualisation du temps de travail des praticiens des hôpitaux à temps partiel dans les établissements de santé publics des départements et régions d'outre-mer et des collectivités d'outre-mer.*

Elle examine ensuite un autre amendement de Mme Catherine Génisson créant une allocation d'études pour les étudiants en médecine qui s'engagent à servir trois ans dans le service public hospitalier.

M. le rapporteur. Comment se définit désormais le service public hospitalier puisque tous les établissements, quelle que soit leur nature, peuvent désormais exercer des missions de service public ? Visez-vous en fait une obligation de servir dans un établissement public de santé ?

Mme Michèle Delaunay. Bien sûr !

M. le rapporteur. Dans ce cas, mon avis est défavorable.

M. Jean-Marie Le Guen. Pour en revenir à l'amendement précédent, je suggère que l'article 40 ne soit utilisé qu'avec la plus grande modération. En cas d'abus, nous pourrions passer vraiment beaucoup de temps sur le sujet en séance...

M. Pierre Morange, président. C'est le président de la commission des finances qui applique l'article 40 ! Il est vrai que l'interprétation du Sénat est plus souple que celle de l'Assemblée.

M. Bernard Debré. Encore une fois, seuls ceux qui n'ont pas d'argent devront remplir cette obligation de trois années dans le service public. Pourquoi ne pas l'instituer pour tous les étudiants ?

Mme Michèle Delaunay. Aujourd'hui, ceux qui n'ont pas d'argent font l'école de santé des armées. C'est le même système !

La Commission rejette cet amendement.

Article additionnel après l'article 8 : Représentation des usagers au sein des commissions de l'activité libérale

Sur avis favorable du rapporteur, elle adopte un amendement de M. Yves Bur proposant que les usagers du système de santé soient représentés au sein des commissions d'activité libérale.

Article 9 : Certification des comptes des établissements de santé

Sur avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette un amendement de Mme Catherine Génisson qui étend le principe de la certification des comptes aux établissements privés de santé.

Puis elle examine un amendement de M. Dominique Tian visant à supprimer la référence à la liste fixée par décret des établissements auxquels s'appliquera l'obligation de certification des comptes.

M. Dominique Tian. Il s'agit de poser le principe de certification des comptes des établissements publics de santé, qui avait été adopté à l'unanimité dans le PLFSS et que le Conseil constitutionnel avait censuré comme un cavalier social.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Un certain nombre de petits établissements n'ont pas suffisamment de ressources humaines et financières pour satisfaire à la certification.

M. Dominique Tian. Aussi bien le rapport Larcher que l'IGAS préconisent instamment cette disposition. Les établissements qui n'ont pas les moyens financiers de faire appel à un expert-comptable auraient d'ailleurs tout intérêt à faire appel d'urgence à un professionnel de la comptabilité !

M. le rapporteur. L'article 9 prévoit que les comptes des établissements publics de santé figurant sur une liste fixée par décret sont certifiés. Votre amendement tend à faire disparaître cette liste.

L'amendement est retiré pour être représenté au titre de l'article 88.

*La Commission **adopte** ensuite un amendement du rapporteur visant à alléger la rédaction de l'article 9.*

Puis elle examine deux amendements identiques de M. Dominique Tian et de Mme Catherine Génisson visant à rendre la certification obligatoire d'ici deux ans plutôt que quatre.

M. le rapporteur. Avis défavorable compte tenu des difficultés techniques qu'il y aura à mettre en place les plans comptables et les méthodologies de certification des comptes nécessaires.

*La Commission **rejette** ces amendements.*

*Puis elle **adopte** l'article 9 modifié.*

Article additionnel après l'article 9 : Création d'une agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

La Commission examine un amendement du rapporteur créant une agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux.

M. Yves Bur. Cette disposition avait été censurée par le Conseil constitutionnel dans la loi de financement de la sécurité sociale parce qu'il s'agissait d'un cavalier. L'ANAP permettra de regrouper différentes structures, qu'il s'agisse de la mission pour l'appui à l'investissement hospitalier (MAINH), de la mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH) et du groupement pour la modernisation des systèmes d'information hospitaliers (GMSIH).

*La Commission **adopte** cet amendement.*

M. Yves Bur remplace M. Pierre Morange à la présidence.

Article 10 : Nouveau cadre d'emploi de praticien contractuel pour les médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes recrutés par les établissements publics de santé

*Après avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** un amendement de Mme Jacqueline Fraysse supprimant la possibilité de recruter dans les hôpitaux publics des praticiens hospitaliers sous statut contractuel attractif.*

Elle examine un amendement de Mme Bérengère Poletti visant à mentionner les sages-femmes, à côté des médecins et des odontologistes, dans la liste des bénéficiaires potentiels de ce nouveau contrat.

M. le rapporteur. Cela conférerait aux sages-femmes le statut de praticien hospitalier. Une telle évolution ne peut s'envisager sans une large concertation préalable.

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

*Puis elle **rejette** un autre amendement de Mme Bérengère Poletti ayant le même objet.*

*Après avis défavorable du rapporteur, elle **rejette** un amendement de M. Jean-Luc Prél proposant d'élargir la possibilité de recruter des praticiens contractuels au-delà des seuls emplois « présentant une difficulté particulière à être pourvus ».*

Elle **rejette** de même un amendement de M. Yves Bur visant à élargir les cas de recours à ce nouveau type de contrat aux difficultés particulières liées aux restructurations dans les établissements engagés dans un processus d'adhésions à une communauté hospitalière de territoires.

Après avis défavorable du rapporteur, elle **rejette** un amendement de M. Claude Leteurre visant à aménager dans les établissements publics de santé la notion de séparation entre ordonnateurs et comptables en disposant que le directeur a « autorité sur le comptable public, dans le respect de ses attributions ».

La Commission examine un amendement de M. Bernard Debré visant à supprimer la possibilité qu'un praticien hospitalier soit détaché sur le nouveau contrat prévu à l'article 10.

M. Bernard Debré. On ne peut pas faire travailler dans un service où les médecins sont rémunérés pour l'exercice de missions de service public d'autres médecins, libéraux et payés au rendement. Les médecins n'auront plus aucune raison de travailler à temps plein ! Et les services seront entièrement désorganisés.

Mme Michèle Delaunay. C'est vrai.

M. Jean-Marie Le Guen. Au prétexte de rattraper les tarifs du privé, qui pourraient être abaissés en limitant la rémunération de certains actes ou en revoyant la classification commune des actes médicaux, on va créer de graves conflits à l'hôpital en mettant en avant un certain nombre d'hyperspécialités médicales, ce qui va nous mettre à dos toutes les autres spécialités.

Mme Jacqueline Fraysse. Je partage le souci de M. Debré. Il faut que les médecins hospitaliers soient suffisamment bien traités pour avoir envie de rester à l'hôpital.

M. Jacques Domergue. Envisager un autre mode de rémunération pour certains médecins n'est pas mauvais dans la mesure où l'on veut aussi modifier les statuts pour inciter davantage certains professionnels à l'activité. Par ailleurs, c'est aussi un bon moyen pour rapprocher les financements des secteurs public et privé.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Nous sommes en train de légiférer pour des établissements de toutes tailles. Or, l'attractivité de certains sera grandement favorisée par ce nouveau type de recrutement contractuel prévu par l'article 10.

*Contrairement à l'avis défavorable du rapporteur, la Commission **adopte** l'amendement.*

La Commission examine un amendement de M. Jean-Luc Préel tendant à supprimer l'alinéa 8 prévoyant qu'un nombre maximal d'emplois de médecin, odontologiste ou pharmacien pouvant bénéficier du nouveau statut contractuel sera fixé au sein de chaque établissement dans son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

M. Jean-Luc Préel. La rémunération des praticiens hospitaliers n'est pas satisfaisante, car elle ne prend pas en considération la pénibilité de leur travail, leurs responsabilités, ni leur engagement. Afin d'y remédier, le projet de loi autorise des recrutements par voie contractuelle pour des emplois particulièrement difficiles à pourvoir. Mon amendement tend à supprimer la disposition qui limite leur nombre.

M. le rapporteur. Je pense au contraire qu'il est nécessaire d'instaurer une mesure progressive, ne serait-ce que pour éviter des effets d'aubaine.

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

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** un amendement de Mme Bérengère Poletti tendant à inclure les sages-femmes parmi les professions pouvant être recrutées par voie contractuelle.*

*Puis, elle **adopte** un amendement du rapporteur tendant à corriger une erreur matérielle.*

*M. Bernard Debré **retire** un amendement ayant pour objet de supprimer l'alinéa 16.*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** ensuite un amendement de Mme Isabelle Vasseur tendant à inclure aux côtés des médecins, odontologistes et pharmaciens, les sages-femmes parmi les professions soustraites du champ d'application des dispositions du statut de la fonction publique hospitalière.*

La Commission examine ensuite un amendement de Mme Marie-Christine Dalloz tendant à ce que les personnes ayant obtenu un diplôme interuniversitaire de spécialisation (DIS), totalisant trois années d'exercice après leur formation et pouvant justifier de fonctions médicales rémunérées au cours des deux années précédant la publication de la présente loi soient réputées avoir satisfait aux épreuves anonymes de vérification des connaissances et justifier d'un niveau suffisant de maîtrise de la langue française.

Mme Marie-Christine Dalloz. Je précise que cet amendement est conforme à la position de la HALDE qui a souligné le caractère discriminatoire du traitement réservé aux titulaires du DIS.

M. le rapporteur. Le DIS est un diplôme de spécialité ne permettant pas le plein exercice en France et non une épreuve de vérification des connaissances s'inscrivant dans le cadre d'une procédure d'autorisation. Accordé dans le cadre d'accords de coopération, il impose à ses titulaires de retourner dans leur pays d'origine pour exercer leur activité. S'ils souhaitent s'installer en France, il leur faut normalement passer les épreuves actuelles de vérification des connaissances sous la forme d'un examen.

Afin de respecter un équilibre dans cette délicate affaire de fuite des cerveaux, qui concerne entre 150 et 200 personnes, nous devons continuer à exiger que les intéressés passent les examens français. Par conséquent, avis défavorable.

M. Paul Jeanneteau. Il arrive que des médecins ou des pharmaciens, qui étaient d'abord repartis dans leur pays d'origine, soient obligés de revenir en France, souvent pour des raisons politiques. Or ils ne peuvent pas exercer chez nous. La Cour européenne des droits de l'homme risque fort de nous condamner pour cela, tout comme la HALDE.

*Contrairement à l'avis défavorable du rapporteur, la Commission **adopte** cet amendement.*

*Considérant que leurs amendements tendant à élargir le champ des dispenses d'examen sont satisfaits, Mme Jacqueline Fraysse, Mme Marie-Christine Dalloz et M. Rémi Delatte les **retièrent**.*

*La Commission **adopte** l'article 10 modifié.*

Article 11 : *Simplification du régime relatif aux cessions immobilières, baux et contrats de partenariat*

*La Commission **adopte** l'article 11 sans modification.*

Après l'article 11

La Commission examine trois amendements identiques, respectivement déposés par M. Yves Bur, Mme Catherine Génisson et M. Jean-Luc Prével, ayant pour objet d'étendre aux centres hospitaliers universitaires (CHU), aux communautés hospitalières de territoires (CHT) et aux groupements de coopération sanitaire (GSC) de droit public les dispositions relatives aux marchés passés par certaines personnes publiques ou privées non soumises au code des marchés publics.

Mme Marisol Touraine. Il s'agit d'assouplir les règles applicables aux marchés publics.

M. Jean-Luc Prével. Je rappelle que c'était l'un des objectifs retenus par le rapport de la Commission relative aux missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher.

M. le rapporteur. Plusieurs dispositions de même objet ont déjà été adoptées par décret en décembre 2008 à l'occasion du plan de relance et répondent à certaines attentes des gestionnaires hospitaliers. Je suis néanmoins favorable à ces mesures qui vont encore plus loin dans le sens d'un assouplissement des conditions de passation des marchés.

*La Commission **adopte** ces amendements.*

Elle examine ensuite deux amendements identiques, respectivement déposés par M. Yves Bur et par M. Jean-Luc Prével, tendant à mettre en place des dispositifs d'intéressement financier destinés aux personnels lorsque l'établissement financé à l'activité dégage un excédent au compte de résultat.

M. Gérard Bapt. Le Président de la République a annoncé que cette mesure ne s'appliquerait qu'aux hôpitaux dégageant des excédents. Croyez-vous qu'il y aura de nombreux bénéficiaires ?

M. Yves Bur, président. Contrairement à vous, nous sommes optimistes !

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

CHAPITRE III

Favoriser les coopérations entre établissements de santé

Article 12 : *Communautés hospitalières de territoire (CHT)*

La Commission examine un amendement de M. Yves Bur tendant à réserver une partie des aides à la contractualisation et des crédits du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) aux établissements s'engageant dans une CHT pour une durée de trois ans.

M. le rapporteur. Avis favorable sur le fond, mais je vous suggère de retirer votre amendement afin de vous rallier à un amendement de même objet qui sera examiné ultérieurement dans le texte.

Cet amendement est retiré.

La Commission examine ensuite deux amendements, faisant l'objet d'une discussion commune, respectivement déposés par M. Guy Lefrand et M. Jean-Luc Prével, autorisant les établissements publics de santé à adhérer à plusieurs CHT.

M. Guy Lefrand. Mon amendement conditionne l'adhésion d'un établissement à plusieurs CHT à l'obtention d'une dérogation accordée par le directeur de l'ARS.

M. Jean-Luc Prével. Pour ma part, je propose que les établissements publics de santé puissent participer à deux CHT, notamment avec un hôpital de proximité et un hôpital de référence.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Il est certes prévu qu'un établissement ne pourra participer qu'à une seule CHT, mais il lui sera possible d'adhérer à un ou plusieurs GCS.

M. Bernard Debré. Ces amendements me semblent particulièrement bienvenus, car certains hôpitaux ont besoin de participer à plusieurs communautés hospitalières en raison de leur situation géographique.

Mme Valérie Boyer. L'Assistance publique – Hôpitaux de Marseille se trouve effectivement dans ce cas : l'hôpital Nord pourrait participer à la communauté hospitalière du pays d'Aix, tandis que les hôpitaux Centre et Sud pourraient rejoindre une autre structure. Pour cela, nous avons besoin d'une certaine souplesse, qui pourrait utilement être conditionnée à l'octroi d'une dérogation par le directeur de l'ARS. C'est pourquoi je souhaiterais cosigner l'amendement de M. Guy Lefrand.

M. Jean-Luc Prével. Je peux citer un autre exemple : l'hôpital de Challans, qui travaille aujourd'hui avec huit hôpitaux locaux, aurait besoin de participer à deux communautés hospitalières – celle de la Roche-sur-Yon et celle de Nantes.

M. Gérard Bapt. J'imagine que ces amendements valent pour les communautés hospitalières fédératives, et non pour celles qui sont intégrées.

Contrairement à l'avis défavorable du rapporteur, la Commission adopte l'amendement de M. Guy Lefrand, l'amendement de M. Jean-Luc Prével étant ainsi satisfait.

Mme Valérie Boyer retire pour la même raison son amendement tendant à autoriser les établissements publics de santé, sauf, dans l'attente des conclusions de la mission présidée par M. Jacques Marescaux visant à proposer un nouveau modèle d'organisation de la recherche et de l'enseignement dans les CHU, les centres hospitalo-universitaires, à adhérer à plusieurs CHT.

La Commission examine ensuite un amendement de M. Claude Leteurtre tendant à permettre aux établissements de santé de participer à plusieurs CHT de type fédératif.

M. Claude Leteurre. Je rappelle que toutes les coopérations ne reposent pas sur le modèle de l'intégration. Je pense en particulier à Ancenis, qui développe des liens à la fois avec Angers et Nantes.

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

Elle examine ensuite trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune, respectivement déposés par M. Yves Bur, M. Jean-Luc Préel et Mme Jacqueline Fraysse, tendant à autoriser les établissements médico-sociaux publics à adhérer à une CHT.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Ces établissements n'ont pas le même statut juridique, ni le même mode de gouvernance. Evitons les risques de conflit qui pourraient résulter des différences entre les structures.

D'autre part, je rappelle qu'il est possible aux hôpitaux de développer des filières d'aval dans le cadre d'un budget annexe, notamment sous la forme d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

*La Commission **adopte** l'amendement de M. Yves Bur, les deux autres amendements étant **retirés** en sa faveur.*

La Commission examine ensuite deux amendements identiques, respectivement déposés par M. Yves Bur et M. Jean-Luc Préel, tendant à supprimer l'obligation de recueillir l'avis du représentant de l'État dans la région avant de créer une CHT.

M. Yves Bur, président. À titre personnel, je rappelle que le directeur de l'ARS représente lui aussi l'État.

M. le rapporteur. Avis défavorable : il s'agit d'un simple avis et je souligne que le préfet jouit d'une vision transversale des questions d'aménagement du territoire.

*La Commission **rejette** ces amendements.*

Elle examine ensuite un amendement de Mme Catherine Génisson, tendant à ce que les conseils régionaux se prononcent également sur la constitution des CHT.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Les conseils régionaux n'ont pas de compétence particulière en matière de santé en dehors de la formation.

M. Christian Paul. Toutefois, il n'est pas rare que des conseils régionaux interviennent dans le domaine de la santé ; je rappelle en outre qu'ils exercent des compétences en matière d'aménagement du territoire. Qu'il s'agisse des hôpitaux ou d'autres services publics, il me semble nécessaire que les conseils régionaux puissent exprimer leur point de vue à ce titre.

Mme Catherine Lemorton. N'oublions pas non plus que les compétences des collectivités territoriales pourraient bien être révisées d'ici peu.

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

Elle **rejette** ensuite, après avis défavorable du rapporteur, un amendement de Mme Catherine Génisson tendant à ce que l'avis des présidents de conseils régionaux soit sollicité lors de la création d'une CHT.

Puis elle **adopte** successivement trois amendements du rapporteur, le premier tendant à supprimer une précision superflète, et les deux autres à corriger des erreurs matérielles.

La Commission examine ensuite un amendement de Mme Jacqueline Fraysse ayant pour objet d'imposer l'instauration d'instances communes de représentation et de consultation du personnel au sein des CHT.

M. le rapporteur. Avis défavorable, afin de laisser une certaine souplesse dans les modes d'organisation interne des établissements de santé.

La Commission rejette cet amendement.

Elle examine ensuite un amendement de Mme Catherine Génisson tendant à imposer la création d'une commission des relations avec les usagers et de prise en charge de la qualité (CRUQPC) dans le cadre des CHT.

M. le rapporteur. Je suis plutôt ouvert à cette idée, mais je ne voudrais pas que l'on multiplie les structures et les coûts. Mieux vaudrait déposer, à l'occasion de la réunion en application de l'article 88, un amendement faisant de la CRUQPC de l'établissement où est installé le siège de la CHT la commission compétente pour cette dernière.

L'amendement de Mme Catherine Génisson est retiré.

Puis la Commission **adopte** successivement deux amendements du rapporteur, tendant respectivement à apporter une précision rédactionnelle et à corriger une erreur matérielle.

Elle examine ensuite un amendement de M. Jean-Luc Prével demandant la consultation, non seulement du directoire, mais aussi du conseil de surveillance de l'établissement où se trouve le siège de la CHT, lorsque le président du directoire de l'établissement siège de la CHT définit les orientations du programme d'investissement et de financement commun.

M. Jean-Luc Prével. Il s'agit en effet de décisions stratégiques, relevant du conseil de surveillance.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Comme je l'ai indiqué ce matin, le conseil de surveillance a vocation à se prononcer sur les orientations stratégiques, tandis que leur mise en œuvre relève du directoire.

M. Jean-Luc Prével. Qu'un établissement intègre un CHT constitue une décision stratégique. Cela entre donc dans les compétences du conseil de surveillance.

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

Puis, la Commission **adopte** successivement trois amendements du rapporteur tendant à apporter des précisions rédactionnelles.

Elle examine ensuite un amendement du rapporteur tendant à maintenir une CRUQPC au sein de chaque établissement de santé.

M. le rapporteur. Afin de garantir un traitement efficace des réclamations et des plaintes, il me semble indispensable que les CRUQPC demeurent aussi proches que possible des usagers. Le regroupement des réclamations au niveau de la communauté risque d'allonger les délais de réponse et même d'exercer un effet dissuasif sur les réclamants.

*La Commission **adopte** cet amendement.*

Deux amendements, de M. Yves Bur et Mme Jacqueline Fraysse, tendant à instaurer une CRUQPC pour chacun des établissements adhérant à une CHT, deviennent ainsi sans objet.

*La Commission **adopte** successivement 5 amendements rédactionnels du rapporteur.*

Puis, elle examine un amendement du rapporteur tendant à affecter prioritairement une partie des crédits d'aide à la contractualisation et du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) aux établissements s'engageant dans des projets de coopération, notamment sous la forme de CHT et de GCS.

M. le rapporteur. Afin de soutenir et d'accélérer la création de la CHT, il est nécessaire de prévoir que les établissements qui s'engagent dans une telle démarche bénéficient de soutiens financiers notamment afin de financer des investissements destinés à assurer le regroupement des plateaux techniques ou encore la mobilité des personnels concernés par les transferts de services et d'activités. Ce financement pourra provenir des MIGAC ou du FMESPP.

*La Commission **adopte** cet amendement.*

*Malgré l'avis défavorable du rapporteur, elle **adopte** ensuite un amendement de Mme Catherine Génisson, autorisant un ou plusieurs établissements médico-sociaux publics à adhérer à une CHT.*

*La Commission **adopte** l'article 12 ainsi modifié.*

Article 13 : *Simplification du droit des groupements de coopération sanitaire et coordination de l'évolution du système de santé par l'ARS*

*La Commission **adopte** un amendement du rapporteur apportant une précision rédactionnelle.*

Elle examine ensuite un amendement de M. Jean-Luc Prével relatif au statut des groupements de coopération sanitaire.

M. Jean-Luc Prével. Compte tenu des réformes successives qui ont eu lieu, ainsi que de l'absence de publication des décrets d'application, les dispositions relatives aux GCS sont aujourd'hui d'une grande complexité. Avec cet amendement, je vous propose de réécrire intégralement leur statut.

M. le rapporteur. L'article 13 relatif au GCS pose un problème juridique sur lequel j'ai été alerté récemment. En effet, cet article vise à optimiser le cadre juridique dans lequel

s'inscrit le recours aux GCS, qui constituent le mode de coopération privilégié non seulement entre les établissements publics et privés, mais également entre ceux-ci et les professionnels de santé libéraux et le secteur médico-social. Les évolutions apportées par le projet de loi visent à simplifier et à améliorer le dispositif des GCS en le rendant plus lisible pour les acteurs, sans pour autant déstabiliser les GCS existants.

Toutefois, il est apparu que l'article 13 risquait de remettre en cause l'existence de GCS constitués en vue de mettre en commun des moyens ou des activités pour le compte de leurs membres sans être pour autant dépossédés de leur autorisation d'activités ou d'équipements lourds au profit du GCS. C'est pourquoi je travaille, en liaison avec les services juridiques de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), à la rédaction d'un amendement destiné à mieux garantir la sécurité juridique de cette catégorie de GCS. Aussi, j'invite les auteurs des amendements relatifs à ce problème à les retirer et à réexaminer ce point à l'article 88.

*En conséquence, M. Jean-Luc Prével **retire** son amendement.*

*La Commission **adopte** un amendement de précision rédactionnelle déposé par le rapporteur.*

*Compte tenu des observations du rapporteur, M. Dominique Tian **retire** un amendement relatif au statut des GCS.*

*La Commission **adopte** un amendement rédactionnel du rapporteur.*

*M. Jean-Luc Prével **retire** un second amendement relatif au statut des GCS.*

*La Commission **adopte** un amendement de précision rédactionnelle déposé par le rapporteur.*

Elle examine ensuite un amendement de Mme Jacqueline Fraysse tendant à porter d'un maximum de 4 à 5 le nombre des représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements au sein des conseils de surveillance.

M. le rapporteur. Il n'y a aucune obligation de parallélisme entre la gouvernance des établissements de santé et celle des GCS.

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

La Commission examine ensuite un amendement de précision du rapporteur.

M. le rapporteur. Il s'agit de ne pas faire de la présence des représentants des groupements de collectivités au conseil de surveillance des GCS une obligation.

*La Commission **adopte** cet amendement.*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle **rejette** ensuite un amendement de Mme Jacqueline Fraysse tendant à porter, au sein du conseil de surveillance d'un GCS, d'un maximum de 4 à 5 le nombre de représentants du personnel, et de 2 à 3 ceux d'entre eux qui sont désignés par la commission médicale d'établissement.*

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** un amendement de Mme Jacqueline Fraysse prévoyant la participation de cinq personnalités qualifiées, dont une nommée par le directeur de l'ARS, une nommée par les représentants des collectivités territoriales et trois représentants des usagers.

M. Jean-Luc Prél **retire** un amendement tendant à compléter les dispositions relatives à la conclusion de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre les GCS et l'ARS.

La Commission **adopte** un amendement du rapporteur tendant à inclure l'installation des équipements matériels lourds parmi les activités nécessitant, de la part d'un GCS, la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Elle **adopte** ensuite un amendement de précision rédactionnelle déposé par le rapporteur.

Suivant l'avis favorable du rapporteur, la Commission **adopte** deux amendements identiques, respectivement déposés par M. Yves Bur et M. Claude Leteurtre, tendant à inclure les GCS de droit public, les groupements de coopération sociale et médico-sociale de droit public ainsi que les groupements d'intérêt public dans la liste des établissements visés par l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 de façon à pouvoir faire bénéficier leur personnel de prestations telles que la formation continue par le biais de l'Association nationale de formation continue des personnels hospitaliers (ANFH) ou encore de prestations sociales servies par le Comité de gestion des œuvres sociales (CGOS).

Après avis favorable du rapporteur, la Commission **adopte** successivement deux amendements de Mme Jacqueline Fraysse visant à mieux intégrer dans les GCS les centres de santé et les professionnels médicaux qui y travaillent.

En conséquence, un amendement de M. Claude Leteurtre tendant à inclure les actions de prévention, d'éducation, de formation, d'évaluation et d'animation dans la rémunération forfaitaire ou à l'acte, ainsi qu'un amendement de cohérence rédactionnelle du rapporteur, deviennent sans objet. Un autre amendement rédactionnel du rapporteur est **adopté**.

La Commission examine quatre amendements identiques de M. Yves Bur, Mme Catherine Génisson, M. Claude Leteurtre et Mme Jacqueline Fraysse, tendant à conférer au GCS l'ensemble des attributions d'un établissement de santé, notamment en termes de financement, afin que ces coopérations soient attractives mais aussi équilibrées entre partenaires publics et privés.

Après avis favorable du rapporteur, la Commission **adopte** l'amendement du M. Yves Bur cosigné par les auteurs des trois autres amendements.

La Commission examine ensuite un amendement de Mme Catherine Génisson tendant à permettre aux groupements de coopération sanitaire de droit public et aux groupements de coopération sociale et médico-sociale de droit public de bénéficier des dispositions s'appliquant aux établissements employant du personnel de la fonction publique hospitalière.

M. le rapporteur. J'estime que ce point est satisfait mais je m'engage à procéder aux vérifications nécessaires.

Après que le rapporteur lui a indiqué que son amendement est satisfait par l'amendement relatif à la transparence des indicateurs de qualité, M. Claude Leteurre retire un amendement visant à fixer, parmi les missions de coordination de l'évolution du système hospitalier du directeur général de l'ARS, l'objectif d'assurer au patient une information claire, lisible et comparative en collaboration avec la Haute autorité de santé (HAS).

La Commission examine un amendement de M. Jean-Luc Prével tendant à assigner au directeur de l'ARS l'objectif d'assurer l'accessibilité d'une offre hospitalière aux tarifs opposables.

M. le rapporteur. Je suis d'accord avec l'intention de promouvoir l'accessibilité de l'offre aux établissements mais la notion d'offre hospitalière me semble ambiguë et mériterait d'être reformulée.

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

Puis, elle adopte l'article 13 ainsi modifié.

Après l'article 13

La Commission examine quatre amendements pouvant être soumis à une discussion commune, dont deux de Mme Bérengère Poletti et deux de M. Dominique Tian, tendant à assurer la représentation de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD) au sein de la Conférence nationale de santé (CNS) et de la conférence régionale de santé (CRS).

M. le rapporteur. Avis défavorable. L'hospitalisation à domicile est déjà représentée par d'autres grandes fédérations hospitalières.

M. Dominique Tian. Elle ne l'est pas à la CNS. Or il est souhaitable qu'elle trouve sa place dans l'organisation des soins.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette successivement les quatre amendements.

Elle examine ensuite un amendement de M. Paul Jeanneteau relatif aux pharmacies à usage intérieur.

M. Paul Jeanneteau. Cet amendement vise à compléter la liste des dérogations concernant les pharmacies à usage intérieur afin de leur permettre d'approvisionner en médicaments de la réserve hospitalière les structures d'hospitalisation à domicile ne disposant pas de PUI.

Par ailleurs, l'approvisionnement en médicaments des établissements de santé est aujourd'hui assuré soit par la PUI, soit par une ou plusieurs pharmacies d'officine. Un système mixte n'est juridiquement pas prévu. Un tel cloisonnement rend le circuit du médicament complexe pour les établissements d'hospitalisation à domicile disposant d'une PUI, en particulier lorsqu'ils sont amenés à prendre en charge des patients dont le domicile est éloigné. L'amendement entend y remédier.

M. le rapporteur. En dépit des objections soulevées par plusieurs collègues, je reste favorable à la proposition de M. Jeanneteau.

*La Commission **adopte** cet amendement.*

*Après avis défavorable du rapporteur, elle **rejette** ensuite deux amendements de Mme Bérengère Poletti et de M. Dominique Tian tendant à assurer la représentation de la FNEHAD au sein du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale (CNOSS).*

*Puis, après que le rapporteur a émis un avis favorable, elle **adopte** un amendement de M. Dominique Tian visant à permettre aux établissements privés de salarier plus facilement un médecin en permettant que les honoraires de celui-ci soient pris en compte à titre dérogatoire par l'assurance maladie dans le séjour hospitalier.*

TITRE II

ACCÈS DE TOUS À DES SOINS DE QUALITÉ

Avant l'article 14

*Après avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** cinq amendements de Mme Catherine Génisson tendant respectivement : à prévoir l'élaboration par la HAS d'un référentiel adapté au traitement des demandes des patients en matière de permanence des soins ; à exonérer des franchises les victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles ; à améliorer l'accès à la couverture maladie universelle complémentaire des enfants vivant dans les foyers les plus fragiles économiquement ; à supprimer les franchises médicales ; à ce qu'un rapport évalue les conséquences de l'application des franchises médicales.*

La Commission examine ensuite un amendement de Mme Marie-Christine Dalloz tendant à rappeler le principe d'une adaptation de la réglementation applicable à l'organisation de l'offre de soins en fonction de la spécificité géographique et climatique des territoires.

M. le rapporteur. Ces éléments s'intégreraient mieux à l'article 26, sur lequel ont été déposés des amendements qui devraient satisfaire celui-ci. En attendant, avis défavorable.

Mme Marie-Christine Dalloz. Je souhaiterais alors que l'intégralité de l'amendement soit reprise.

*La Commission **rejette** cet amendement.*

Article 14 : *Principes d'organisation des soins en niveaux de recours et définition de la médecine générale de premier recours*

*La Commission **adopte** un amendement rédactionnel du rapporteur.*

*Après avis défavorable de ce dernier, elle **rejette** ensuite un amendement de M. Jean-Luc Prével précisant que l'accès aux soins est défini dans le respect des exigences de proximité, de qualité et de sécurité.*

*Après avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** un amendement de M. Dominique Tian visant à prendre en compte le fait que les médecins spécialistes interviennent dans certains cas en premier recours.*

Elle examine ensuite un amendement de M. Claude Leteurtre tendant à préciser que l'ARS organise l'accès à des soins de premier recours au niveau territorial en lien avec les professionnels de santé concernés et leurs représentants.

M. Claude Leteurtre. Il s'agit notamment de répondre au problème de l'accès à des besoins spécialisés complémentaires non couverts par l'offre de premier recours.

M. le rapporteur. Avis défavorable. La procédure d'élaboration des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) par l'ARS est définie à l'article 26. Il est prévu d'y associer les conférences de territoire, où les professionnels sont représentés.

*La Commission **rejette** cet amendement.*

Puis elle examine un amendement de M. Jean-Luc Préel visant à insister sur la coopération entre professionnels de santé en matière de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement et de suivi des patients.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Le texte indique déjà que l'organisation des soins de premier recours a un caractère pluridisciplinaire.

*La Commission **rejette** cet amendement.*

*Après avis défavorable du rapporteur, elle **rejette** également deux amendements de M. Dominique Tian tendant à laisser ouverte la liste des soins de premier recours et à préciser que ceux-ci sont organisés en liaison avec les autres professionnels de santé.*

*Puis M. Paul Jeanneteau et M. Jean-Luc Préel **retirent** deux amendements tendant à inclure le conseil pharmaceutique dans la liste des soins de premier recours, et cosignent un amendement du rapporteur ayant le même objet.*

M. le rapporteur. Les 23 000 officines pharmaceutiques de France assurent un maillage de proximité et une disponibilité immédiate sur de larges plages de temps, si bien que le pharmacien est souvent le premier interlocuteur des patients. Ce rôle mérite d'être reconnu.

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

*Après avis défavorable du rapporteur, elle **rejette** ensuite un amendement de M. Christian Paul, visant à mentionner le rôle des infirmiers et des infirmières dans l'offre de soins.*

Elle examine deux amendements identiques de M. Marc Bernier et de M. Christian Paul, tendant à préciser la place des centres de santé dans l'offre de soins de premier recours.

*Le rapporteur émet un avis favorable et la Commission **adopte** ces amendements.*

Puis elle examine un amendement de Mme Jacqueline Fraysse tendant à associer les services de santé au travail et de médecine scolaire à l'offre de soins de premier recours.

M. le rapporteur. Cette disposition aurait plus sa place à l’alinéa 25 de l’article 26. En outre, une réforme de la santé au travail est en cours de préparation : il n’est peut-être pas opportun de modifier le système aujourd’hui. Avis défavorable.

*La Commission **rejette** cet amendement.*

Elle examine ensuite un amendement de M. Jean-Luc Prével tendant à supprimer l’alinéa 10 consacré aux soins spécialisés de second recours.

M. Jean-Luc Prével. Dans certains cas, le médecin spécialiste peut intervenir en premier recours.

M. le rapporteur. Avis défavorable. La distinction entre le premier et le second recours ne remet pas en cause l’accès direct à certains spécialistes et elle est nécessaire pour organiser la réponse aux besoins de santé, notamment dans le cadre des SROS.

*La Commission **rejette** cet amendement.*

*Après avis défavorable du rapporteur, elle **rejette** également un amendement de M. Jean-Luc Prével tendant à préciser les missions du médecin généraliste.*

Puis elle examine un amendement de Mme Isabelle Vasseur visant à substituer à la notion de « médecin généraliste de premier recours » celle de « médecin traitant de premier recours ».

Mme Isabelle Vasseur. Si les médecins de premier recours sont très majoritairement des généralistes, il peut arriver que des spécialistes remplissent ce rôle. C’est le cas, par exemple, des gynécologues.

M. le rapporteur. Avis défavorable. La définition du texte s’inscrit dans une négociation et dans une stratégie de revalorisation de la médecine générale répondant à une demande forte des professionnels. Elle constitue un point d’équilibre entre les acteurs qu’il ne serait pas avisé de déplacer. Par ailleurs, le rôle du médecin traitant est reconnu à l’alinéa 9.

Mme Marisol Touraine. Les patients doivent pouvoir accéder à d’autres médecins de premier recours que les médecins généralistes.

M. Bernard Debré. Le médecin traitant n’est pas forcément un généraliste.

*La Commission **adopte** cet amendement.*

*Puis elle **rejette** successivement, après avis défavorable du rapporteur, trois amendements de M. Claude Leteurre visant à retrancher du texte certaines dispositions tendant à définir le contenu de la médecine générale de premier recours, un amendement de Mme Bérengère Poletti tendant à inclure dans les missions du médecin généraliste de premier recours l’information sur la contraception, et deux amendements de M. Christian Paul tendant à prévoir des modes de rémunération et d’organisation qui évitent de réduire le rôle du médecin généraliste de premier recours à la simple administration de soins standardisés.*

*La Commission **adopte** l’article 14 ainsi modifié.*

Article additionnel après l'article 14 : Télémédecine

La Commission examine deux amendements identiques du rapporteur et de M. Marc Bernier, tendant à préciser le statut juridique de la télémédecine.

M. le rapporteur. La loi du 13 août 2004 ne définissait que succinctement la télémédecine. Pour favoriser son développement, il est proposé d'inscrire une définition plus précise dans le code de la santé publique.

M. Marc Bernier. La mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire a montré l'intérêt d'un recours accru à la télémédecine.

M. Jean-Marie Le Guen. Ne conviendrait-il pas de préciser les choses en matière de chirurgie à distance ?

M. Bernard Debré. Dans ce domaine, le développement des robots est extraordinaire. L'amendement devrait ajouter que la télémédecine peut permettre le traitement des affections et pas seulement leur diagnostic.

M. le rapporteur. Le texte mentionne la mise en œuvre des décisions thérapeutiques, ce qui semble suffisamment clair.

La Commission adopte ces amendements cosignés par M. Rémi Delatte.

Après l'article 14

Elle rejette ensuite, après avis défavorable du rapporteur, un amendement de M. Dominique Tian tendant à reconnaître les chirurgiens-dentistes comme des professionnels de santé de premier recours.

Puis elle examine un amendement de M. Christian Paul tendant à définir les missions de « l'infirmière de premier recours ».

Mme Marisol Touraine. Cet amendement s'inscrit dans le débat sur le rythme et les modalités des délégations de tâches. Il nous semble qu'il faut faire preuve de plus de volontarisme.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Je crois qu'il faut traiter en priorité la question des 40 % de médecins qui font autre chose que de la médecine de premier recours. Le déséquilibre se présente avec beaucoup moins d'acuité dans les autres professions. L'énumération des missions de l'infirmière va à l'encontre de l'orientation générale du texte.

La Commission rejette cet amendement.

Article additionnel après l'article 14 : Mission des pharmaciens d'officine

Elle examine deux amendements de M. Guy Malherbe et de M. Jean-Luc Prével visant à définir les missions des pharmaciens d'officine.

M. Paul Jeanneteau. Les pharmaciens d'officine sont les seuls professionnels de santé dont le code de la santé publique ne définit pas le champ d'activité.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Les tâches de chaque profession de santé sont fixées par des décrets. L'énumération des missions des pharmaciens va à l'encontre d'un texte qui vise à promouvoir les coopérations entre les professions de santé et à assouplir leurs compétences.

Mme Catherine Lemorton. La profession de pharmacien a évolué et il est temps de reconnaître les missions qui, de fait, sont assurées sur le terrain. Il est étonnant que le texte ne parle que du rôle des médecins en matière d'éducation thérapeutique.

La Commission adopte l'amendement de M. Malherbe, l'amendement de M. Préel devenant sans objet.

Après l'article 14

La Commission examine un amendement de M. Claude Leteurtre tendant à organiser le rôle de pharmacien traitant dans le cadre des coopérations entre professionnels de santé prévues aux articles L. 4011-1 à L. 4011-3.

M. Claude Leteurtre. Il s'agit de reconnaître une situation de fait : en raison de l'évolution de la démographie médicale, un grand nombre de pharmaciens sont amenés à offrir des services tels que le renouvellement ou l'ajustement des traitements.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Je n'ai rien contre l'idée d'étoffer les missions du pharmacien, mais il me paraît peu opportun de limiter le dispositif du pharmacien traitant aux seules coopérations prévues à l'article 17.

Je vous mets en garde, mes chers collègues : vous êtes en train de redéfinir des professions dont les compétences sont déjà fixées par les textes en vigueur. Cet engrenage infernal nous conduit peu à peu à élaborer une loi bavarde.

M. Pierre Méhaignerie. Si une accélération de notre rythme de travail est nécessaire, cela ne doit pas tourner à la confusion. Évitions les amendements catégoriels.

Je propose d'interrompre nos discussions pendant quelques minutes.

(La séance, suspendue à dix-huit heures quarante-cinq, est reprise à dix-neuf heures, sous la présidence de M. Pierre Méhaignerie.)

M. Jean Mallot. Parler d'amendements catégoriels, c'est formuler un jugement de valeur à leur sujet. Le droit d'amendement est libre.

M. Yves Bur. Bien entendu.

La Commission rejette l'amendement de M. Claude Leteurtre.

Elle examine ensuite un amendement de M. Jean-Luc Préel autorisant les pharmaciens d'officine à proposer aux patients des services d'aide personnelle destinés à favoriser leur maintien à domicile.

M. Jean-Luc Préel. Le rôle du pharmacien peut être important dans le maintien à domicile, notamment pour fournir les matériels, articles et accessoires nécessaires.

M. le rapporteur. Défavorable. Il y a un risque évident de mélange des genres entre la pharmacie, la parapharmacie et d'autres services sans rapport avec la pharmacie.

La Commission rejette l'amendement.

Sur un avis défavorable du rapporteur, elle rejette ensuite successivement un amendement de M. Rémi Delatte tendant à faire figurer dans le titre II les dispositions du titre I^{er} relatives aux centres de santé, ainsi qu'un amendement de M. Jean-Luc Prével visant à apporter des précisions sur le fonctionnement de ces centres.

Article additionnel après l'article 14 : Définition des pôles de santé

Puis, elle examine un amendement de M. Marc Bernier tendant à organiser le statut juridique des pôles de santé.

M. Marc Bernier. Les pôles de santé ont pour but de structurer l'offre de soins de premier recours en invitant l'ensemble des acteurs d'un même bassin de vie à travailler ensemble. Ils peuvent regrouper des maisons de santé pluridisciplinaires et associer les établissements médico-sociaux, groupements de coopération sanitaire, etc.

M. le rapporteur. Favorable. L'expérience menée en Mayenne montre que ces pôles favorisent un exercice pluridisciplinaire de la médecine et permettent un meilleur maillage territorial.

M. le président Pierre Méhaignerie. Les professionnels libéraux de Bretagne et de Basse-Normandie sont en train de mailler le territoire avec des pôles de santé et des maisons pluridisciplinaires. Ces dispositifs sont porteurs de beaucoup d'espoir en termes de lisibilité et d'attractivité.

La Commission adopte l'amendement.

Après l'article 14

Puis, elle examine un amendement de M. Jean-Pierre Door tendant à renommer la Haute autorité de santé en « Haute autorité pour la qualité de santé ».

M. le rapporteur. Défavorable. Il ne paraît pas opportun de réformer la HAS au détour d'un amendement.

La Commission rejette l'amendement.

Le rapporteur ayant émis un avis défavorable, elle rejette également un amendement du même auteur prévoyant que le ministre chargé de la santé fixe chaque année les orientations stratégiques de la Haute autorité de santé en tenant compte des missions dévolues aux autres organismes ayant compétence en matière de santé.

Article additionnel après l'article 14 : Égalité de traitement conventionnel entre les centres de santé et les médecins libéraux

Elle examine ensuite deux amendements identiques, respectivement présentés par M. Marc Bernier et M. Christian Paul, tendant à instaurer, dans les relations

conventionnelles avec l'assurance maladie, un principe d'égalité de traitement entre les professionnels de santé exerçant à titre libéral et les centres de santé.

M. le rapporteur. Défavorable. Rien n'interdit aux partenaires conventionnels de s'appliquer un tel principe. En outre, il faut pouvoir tenir compte des spécificités des modes d'exercice.

M. Christian Paul. Je m'étonne un peu de la réponse du rapporteur, car ces amendements sont la conséquence du travail effectué par la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire. Il faut diversifier les conditions d'exercice de la médecine de premier recours si nous voulons couvrir le territoire dans de bonnes conditions. Or, dans certaines régions, les centres de santé ont permis de réussir l'implantation ou la réimplantation de professionnels de santé. Marc Bernier et moi-même souhaitons donc que les conditions définies par les négociations conventionnelles – que ce soit en termes de formation, de rémunération ou de permanence des soins – soient les mêmes pour les centres de santé et pour la médecine classique. Ces amendements jouent un rôle stratégique dans notre riposte à la désertification médicale.

M. Marc Bernier. Parmi ces inégalités de traitement, on peut citer le forfait annuel lié au choix d'un médecin traitant, qui n'est pas alloué aux centres de santé, de même que la prise en charge des actes de prévention bucco-dentaire ou l'indemnisation des astreintes liées à la permanence des soins.

M. Jean-Marie Le Guen. Sans parler du financement des charges sociales par les caisses des praticiens !

M. le rapporteur. Le problème est qu'il s'agit de négociations conventionnelles entre les centres de santé et l'assurance maladie, dans lesquelles le législateur ne peut intervenir que de manière assez limitée.

Mme Jacqueline Fraysse. Les centres de santé jouent un rôle important dans l'accès aux soins de premier recours. Or ces inégalités de traitement gênent leur développement. Ceux qui existent déjà ont souvent besoin du soutien financier des collectivités locales, qui ne peuvent pas toujours le leur offrir.

M. Christian Paul. Ne pensez-vous pas, monsieur le rapporteur, qu'il faudrait rechercher, à l'occasion de cette loi, une égalité de traitement entre diverses conditions d'exercice de la médecine de premier recours, et notamment entre les formes traditionnelles d'exercice et les centres de santé ?

M. le rapporteur. Je suis favorable à tous les modes d'exercice qui permettent l'accès à des soins de qualité à proximité. Il reste que ces amendements ne me semblent pas entrer dans le cadre de notre travail législatif.

M. Jean-Marie Le Guen. L'argument des relations conventionnelles masque l'existence de rapports de force entre l'assurance maladie et les centres de santé : en réalité, ces derniers ne peuvent peser dans la négociation. Et, de fait, ils sont encore peu nombreux. Sans un geste significatif, ils risquent de fermer dans les mois à venir. Car les collectivités locales, qui les soutiennent à bout de bras, finiront par renoncer.

M. Jacques Domergue. Pourquoi ne sont-ils pas rentables ?

M. Jean-Marie Le Guen. D'abord, parce qu'ils paient la totalité des charges sociales, alors que la cotisation d'assurance maladie des praticiens de secteur 1 est prise en charge par les caisses d'assurance maladie ; le rapport coût/bénéfice n'est donc pas le même. À cela s'ajoute ce qu'a dit Marc Bernier.

Les centres de santé sont dans une situation très fragile. Si nous ne faisons rien, ils se casseront la figure dans les semaines et les mois qui viennent.

*Malgré l'avis défavorable du rapporteur, la Commission **adopte** ces deux amendements.*

Après l'article 14

La Commission examine un amendement de Mme Bérengère Poletti visant à définir les spécialités dont les actes pourront être remboursés au même titre que la médecine de premier recours.

Mme Bérengère Poletti. Ces exceptions sont la gynécologie médicale, la gynécologie obstétrique, l'ophtalmologie, la psychiatrie et la neuropsychiatrie. Dans un récent rapport de la Délégation aux droits des femmes, j'avais souligné combien le maintien d'un accès direct et sans pénalité aux gynécologues était essentiel pour assurer le bon suivi des femmes tout au long de leur vie, notamment en matière de contraception et d'accès à l'IVG.

M. le rapporteur. Avis défavorable : l'accès direct aux pédiatres, aux psychiatres, aux ophtalmologistes et aux gynécologues est déjà prévu par voie conventionnelle comme le permet la loi du 10 août 2004. Il n'y a que pour la neuropsychiatrie que j'ai un doute.

Mme Michèle Delaunay et M. Jean-Marie Le Guen. Cette spécialité n'existe plus depuis longtemps !

Mme Bérengère Poletti. Étant donné que le médecin de premier recours est défini dans ce texte, je souhaiterais que cette précision soit maintenue. Je retire mon amendement dans l'immédiat, mais je le redéposerai en séance publique afin d'en discuter directement avec Mme la ministre.

M. le rapporteur. Je précise que la définition du premier et du second recours et les conditions d'accès à ces spécialités dans le parcours de soins définis par l'assurance maladie sont deux choses bien distinctes.

*L'amendement de Mme Bérengère Poletti est **retiré**.*

Article additionnel après l'article 14 : Indemnisation des dommages résultant pour les sapeurs-pompiers d'une vaccination contre l'hépatite B

Le rapporteur présente ensuite un amendement demandant au Gouvernement un rapport sur certains problèmes liés à la vaccination des personnels des services d'incendie et de secours contre l'hépatite B.

M. le rapporteur. Les sapeurs-pompiers ayant été vaccinés sans base réglementaire, les éventuels incidents ou accidents vaccinaux ne sont pas couverts par le dispositif d'indemnisation des dommages corporels occasionnés par une vaccination obligatoire. Un rapport sur ce sujet permettrait à la ministre d'arrêter une position.

Mme Marie-Christine Dalloz. Je connais bien le dossier : dans le Jura, des sapeurs-pompiers ont refusé de se faire vacciner et il a fallu faire un recours juridique. Précisons que seuls les sapeurs-pompiers qui font du secours à personnes sont concernés par la vaccination obligatoire.

M. Dominique Tian. N'oublions pas les sapeurs-pompiers de Paris et le bataillon de marins-pompiers de Marseille !

M. Jean-Marie Le Guen. Ce sont des militaires : ils sont pris en charge par le ministère de la défense.

Mme Catherine Lemorton. Si l'on reconnaît qu'il peut y avoir des accidents vaccinaux chez les pompiers, il faudra faire de même pour toutes les professions et pour tous les citoyens que l'on pousse à se faire vacciner. Statistiquement, le risque est le même. Attention où l'on met les pieds ! Mieux vaut créer une mission parlementaire sur le vaccin contre l'hépatite B.

M. le rapporteur. Permettez-moi de vous rappeler qu'il y a une différence entre une vaccination obligatoire et une vaccination facultative.

La Commission adopte l'amendement du rapporteur.

Après l'article 14

La Commission examine un amendement de M. Marc Bernier visant à instaurer pour les diplômés de médecine générale l'obligation d'exercer pendant au moins cinq ans la médecine de premier recours.

M. Marc Bernier. Notre mission d'information sur l'offre de soins a découvert que près de 40 % des 100 000 généralistes recensés par l'Ordre des médecins n'exerçaient pas la médecine de premier recours.

Ceux qui ont obtenu leur diplôme avant 1982 peuvent ainsi choisir un exercice spécialisé, par exemple en gynécologie médicale, en allergologie ou en médecine légale. En outre, beaucoup déclarent des modes d'exercice particuliers, les MEP, qui les éloignent des soins de premier recours : ainsi, l'acupuncture ou l'homéopathie. Lors de son audition, M. Van Roekeghem nous a dit que le nombre de médecins à exercice particulier augmentait de 10 % par an ! Si l'on y ajoute ceux qui exercent en établissement public de santé – praticiens hospitaliers à temps partiel, assistants généralistes, praticiens attachés... –, ceux qui deviennent médecins du travail ou médecins scolaires et ceux qui passent des diplômes d'études spécialisées complémentaires, ce sont autant de professionnels initialement formés pour la médecine de premier recours qui se détournent de leur métier premier, notamment pour échapper à la permanence des soins.

La mission a proposé d'organiser une formation courte, qui permettrait aux médecins généralistes d'accéder à des formations spécialisées complémentaires après un certain nombre d'années d'exercice de la médecine de premier recours. L'amendement n'est pas très bien rédigé, mais il correspond aux conclusions de la mission présidée par Christian Paul.

M. Jean-Marie Le Guen. Bien que sa rédaction soit à revoir, cet amendement soulève un réel problème. Dans les zones où la densité médicale est très forte, certains praticiens recherchent la différenciation commerciale, notamment par un MEP, qui est en

partie subventionné par la Sécurité sociale. Soyons clairs : la collectivité finance des pratiques qui, sans être forcément inutiles, ne répondent pas à des priorités de santé publique.

Si je ne suis pas sûr que la solution proposée par notre collègue soit la meilleure, il est bon de rappeler que le médecin dit « généraliste » a des comptes à rendre sur sa pratique professionnelle, et que la société doit donner la priorité à la médecine de premier recours sur la médecine de confort ou la médecine alternative. Que le conventionnement et la rémunération du médecin soient pour partie fonction de la pratique effective de soins de premier recours me paraît juste, et correspondre à une bonne gestion des finances publiques. Cela réglerait en outre certains problèmes de trop forte densité médicale.

M. Christian Paul. Il me semble important que cet amendement soit voté dès ce soir. Cela ne nous empêchera pas de l'améliorer par la suite, au besoin en collaboration avec le Gouvernement, mais cela aura le mérite de montrer que l'Assemblée nationale prend à bras-le-corps le problème de la pénurie de médecins généralistes. Je souhaite qu'on examine les rédactions possibles et qu'on s'assure qu'elles ne comportent pas de risques d'effets pervers (au détriment par exemple de la médecine du travail) ; mais, moyennant ces vérifications, nous devons sans attendre donner un signal fort.

M. le président Pierre Méhaignerie. En l'état, cet amendement soulève de nombreux problèmes de rédaction et d'interprétation sur un sujet extrêmement sensible. Je vous propose donc de le retravailler mardi, éventuellement avec le ministère.

M. Jean-Marie Le Guen. C'est en effet de la discrimination anti-jeunes !

M. Jean-Luc Prél. Aujourd'hui, l'âge moyen de la première installation pour les jeunes médecins est de 39 ans. Qu'ont-ils fait après leur thèse ? Des remplacements ! L'amendement proposé ne changera rien : ils pourront s'installer dans les mêmes conditions qu'aujourd'hui.

M. Richard Mallié. Je suis favorable à cet amendement. Premièrement, les études de ces jeunes diplômés ont coûté de l'argent à la société. Deuxièmement, ils réalisent des bénéfices grâce au conventionnement, qui permet de solvabiliser leur patientèle. La moindre des choses est de rendre à la collectivité ce qu'elle vous a donné !

M. Jacques Domergue. Le vrai problème, c'est que les jeunes médecins s'installent tard. Il faut donc trouver un moyen pour qu'ils exercent leur métier dès la fin de leurs études, au lieu de faire des remplacements.

M. Claude Leteurre. Je proposerai après l'article 15 deux amendements allant dans le même sens, avec une formulation plus juridique. Pour rendre la mesure acceptable, je prévois une mise en œuvre à compter de 2017. Ainsi, les étudiants qui présenteront le concours sauront qu'ils prennent cet engagement.

M. Yves Bur. Si nous adoptons cet amendement qui, de toute évidence, n'est pas abouti, nous risquons d'inquiéter inutilement les jeunes médecins. Mieux vaut prendre le temps de débattre et l'affiner afin que cette mesure en faveur de la médecine de premier recours ne soit pas perçue comme un dispositif anti-jeunes. Quant à renvoyer les choses à 2017, cela ne réglerait rien !

M. Dominique Tian. Où et quand débattre, sinon ici et maintenant ? Les problèmes de fond sont posés et nous sommes tous présents : mettons-nous tout de suite d'accord sur une rédaction !

M. le président Pierre Méhaignerie. L'expérience montre qu'il ne faut pas adopter des amendements qui risquent d'être perçus comme étant dirigés contre les jeunes. Donnons-nous rendez-vous mardi.

M. Marc Bernier. J'accepte de retirer mon amendement, à condition que nous nous réunissions mardi avec Christian Paul, le rapporteur et éventuellement les conseillers de Mme Bachelot. C'est maintenant qu'il faut prendre des dispositions. En 2017, il sera trop tard !

M. Jean-Marie Le Guen. Nous prenons acte de la volonté commune de la Commission d'avancer sur cette question, et je considère que nous nous y sommes engagés.

L'amendement de M. Marc Bernier est retiré.

La Commission examine un amendement de Mme Marie-Christine Dalloz tendant à reconnaître la médecine vasculaire comme une spécialité.

Mme Marie-Christine Dalloz. L'Union européenne des médecins spécialistes a créé en 2008 une sous-section de médecine vasculaire. Or, en France, les médecins vasculaires ne sont actuellement ni généralistes, ni spécialistes. Il est indispensable de sortir du vide réglementaire et de permettre un parcours de formation adapté.

Mme Michèle Delaunay. Les bras m'en tombent !

M. Jean-Marie Le Guen. C'est tout le contraire de ce que nous venons de dire !

M. le rapporteur. Avis défavorable. D'abord, il y a dans notre pays trois fois plus de spécialités que dans les autres pays européens. Ensuite, la reconnaissance des spécialités ne relève pas de la loi. Enfin, il n'existe pas de consensus sur ce point.

La Commission rejette cet amendement.

Article 15 : *Fixation du numerus clausus des études médicales et régulation pluriannuelle de l'offre de postes d'internat de médecine en fonction des besoins de santé*

La Commission examine un amendement de M. Jean-Luc Prével tendant à renommer les études odontologiques en études « en chirurgie dentaire » et à régionaliser le numerus clausus de ces études.

M. Jean-Luc Prével. Cette mesure permettrait d'améliorer la répartition territoriale des chirurgiens dentistes. Par ailleurs, au moment où l'on met en place un internat qualifiant pour la création d'une spécialité de chirurgie buccale et d'orthopédie dento-faciale, il convient de remplacer le mot « odontologie » par les termes « chirurgie dentaire ».

M. le rapporteur. Avis défavorable. Ce changement de vocable ne me semble pas indispensable. En outre, il est impossible de régionaliser le *numerus clausus* dans la mesure où il n'existe que seize écoles de chirurgie dentaire, soit moins d'une par région.

M. Christian Paul. Je suis favorable à cet amendement. La mauvaise répartition géographique des chirurgiens-dentistes est un problème aussi grave que la pénurie de généralistes. Certes, il n'y a que seize écoles, mais ce n'est pas un obstacle : il suffit de créer des inter-régions.

M. Jean-Luc Prével. Je rappelle en outre qu'une proposition de loi que nous avons votée il y a quelques jours prévoit une première année commune aux études de santé.

*Malgré l'avis défavorable du rapporteur, la Commission **adopte** l'amendement de M. Jean-Luc Prével.*

*Puis, après avis défavorable du rapporteur, elle **rejette** un amendement de Mme Isabelle Vasseur tendant à accorder aux internes la possibilité d'effectuer leurs stages d'internat dans des hôpitaux situés en dehors de leur académie.*

M. Jean-Luc Prével présente ensuite un amendement prévoyant d'instaurer, au sein du troisième cycle des études médicales, un stage obligatoire de médecine de premier recours de trois mois en zone rurale et de trois mois en zone urbaine.

M. Jean-Luc Prével. Si l'on ne veut pas que la médecine générale soit un choix par défaut, il faut que les étudiants puissent faire des stages prolongés avec un maître de stage motivé.

M. le rapporteur. L'idée est intéressante, mais, tout d'abord, cette disposition ne relève pas de la loi. Ensuite, la qualité du stage variera considérablement suivant le lieu où il sera effectué. Enfin, les internes doivent d'ores et déjà effectuer six mois de stage en secteur ambulatoire. Avis défavorable.

*La Commission **rejette** cet amendement.*

*Malgré un avis défavorable du rapporteur, elle **adopte** un autre amendement de M. Jean-Luc Prével visant à solliciter l'avis des observatoires régionaux et des conférences régionales de santé pour déterminer les besoins en internes pour les prochaines années.*

*Puis, après avis défavorable du rapporteur, elle **rejette** un amendement de M. Claude Leteurre tendant à ce que les prévisions des effectifs soient faites sur quinze ans, et non cinq.*

*La Commission **adopte** ensuite un amendement d'harmonisation rédactionnelle présenté par le rapporteur.*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** un amendement de M. Dominique Tian visant à tenir compte des capacités de formation des différentes subdivisions dans la détermination du nombre d'internes à former.*

Elle examine ensuite un amendement de Mme Bérengère Poletti tendant à informer les étudiants inscrits en première année de médecine que, si les incitations à l'installation des praticiens libéraux dans les zones sous-médicalisées se soldent par un échec, la liberté d'installation pourra, à terme, être remise en question.

M. le rapporteur. L'intention se comprend mais, outre que ce serait agiter un chiffon rouge, une telle disposition n'est pas d'ordre législatif.

*La Commission **rejette** l'amendement.*

Elle examine ensuite un amendement de M. Christian Paul tendant à limiter strictement le nombre de postes d'internes offerts chaque année par discipline ou spécialité et par centre hospitalier universitaire au nombre moyen d'internes à former, tel que déterminé par arrêté ministériel.

M. le rapporteur. Avis défavorable. On ne peut interdire d'augmenter les quotas si nécessaire.

*La Commission **rejette** l'amendement.*

La Commission examine deux amendements identiques, respectivement déposés par M. Jean-Luc Préel et Mme Isabelle Vasseur, tendant à supprimer dans l'article la mention renvoyant à un décret en Conseil d'État le soin de fixer les conditions d'obtention par un médecin d'une qualification professionnelle ultérieurement à son diplôme.

M. le rapporteur. Avis défavorable car le diplôme doit demeurer la règle, et la qualification ordinale l'exception. Mais je soutiendrai un amendement relatif aux compétences qui sera présenté lors de l'examen d'un autre article.

M. Jean-Luc Préel. Puis-je rappeler que cette compétence avait été acceptée par la commission mixte paritaire (CMP) dans la loi de financement de la sécurité sociale, mais qu'elle a été censurée par le Conseil constitutionnel, qui a vu là un cavalier ? Il est souhaitable de la rétablir.

*La Commission **adopte** les deux amendements.*

Elle examine ensuite un amendement de M. Yves Bur tendant à créer au sein de chaque ARS un guichet unique destiné aux professionnels de santé, voué à centraliser les informations relatives à l'installation.

M. Yves Bur. Les étudiants en médecine réclament unanimement un tel dispositif.

M. le président Pierre Méhaignerie. Le maquis des aides et des informations est tel que la demande se comprend.

M. Christian Paul. Certes, mais c'est d'ordre réglementaire.

M. Yves Bur. Je vous l'accorde, mais il faut parfois savoir donner un signal fort.

M. Christian Paul. À supposer que l'on puisse considérer ce signal comme fort...

M. le rapporteur. Je donnerais un avis favorable à cet amendement s'il était placé à l'article 26.

*L'amendement de M. Yves Bur est **retiré**.*

*Après avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** un amendement de M. Dominique Tian disposant qu'un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités de stage en exercice libéral.*

Elle examine ensuite un amendement de M. Jean-Luc Prével tendant à laisser à l'Ordre des médecins la compétence de valider la qualification de spécialiste lors du changement de spécialité d'un médecin.

M. le rapporteur. Avis défavorable pour les raisons déjà dites.

La Commission rejette l'amendement.

M. Jean-Luc Prével. Il me paraît singulier que la Commission rejette un amendement après en avoir adopté un premier dont l'esprit est strictement le même.

M. le rapporteur. Sans doute s'est-elle rendu compte que son premier mouvement n'était pas le bon...

La Commission examine un amendement de M. Marc Bernier tendant à imposer que la formation initiale des professionnels de santé comprenne des stages effectués auprès de praticiens installés dans les zones sous-médicalisées.

M. Marc Bernier. La mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire a mis en évidence le fait que les jeunes professionnels de santé sont plus enclins à s'installer dans les zones sous-dotées s'ils les ont découvertes pendant leurs études.

M. le rapporteur. L'idée est bonne. Toutefois, la disposition ne relève pas de la loi ; elle est du ressort des universités.

M. Christian Paul. Le signal serait plus fort que la création d'un guichet unique... Le problème est grave ; votons l'amendement, qui fera bouger les lignes.

M. le président Pierre Méhaignerie. Méfions-nous de la tendance à remplir la loi de dispositions non législatives pour faire passer des messages.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet amendement permettra d'ouvrir en séance un débat qui sera utile et écouté. Il pose en outre une autre question : les médecins et les enseignants manquent pour accueillir les jeunes médecins en stage hors de l'hôpital. Un engagement ferme des ministres concernés est nécessaire.

Mme Bérengère Poletti. Lors de l'expérience menée dans les pôles de santé en Basse-Normandie, la permanence des soins était précisément assurée par des internes. L'amendement est excellent.

La Commission adopte l'amendement à l'unanimité.

Elle examine ensuite un amendement de Mme Jacqueline Fraysse tendant à supprimer l'alinéa 10.

Mme Jacqueline Fraysse. Si je le comprends bien, l'alinéa 10 a pour effet de faire disparaître certains enseignements – celui consacré aux soins palliatifs par exemple. J'ai interrogé la ministre de la santé à ce sujet sans obtenir de réponse.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Le contenu des enseignements est d'ordre réglementaire.

Mme Jacqueline Fraysse. Si c'est le cas, pourquoi cet alinéa ?

La Commission rejette l'amendement.

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle **rejette** ensuite un amendement de M. Dominique Tian tendant à régionaliser le numerus clausus des études en chirurgie dentaire.*

*Après avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** un amendement du même auteur tendant à substituer, dans le code de l'éducation, les mots « chirurgie dentaire » au terme « odontologique ».*

La Commission examine un amendement de Mme Isabelle Vasseur visant à garantir que toute obtention de la qualification de spécialité est du pouvoir exclusif de l'Ordre des médecins.

M. le rapporteur. Avis défavorable, pour les raisons dites précédemment.

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

*Elle **adopte** l'article 15 ainsi modifié.*

La séance est levée à vingt heures.