

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X I V ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

- Examen du rapport d'information sur l'organisation de la permanence des soins (*Mme Catherine Lemorton, rapporteure*)..... 2
- Examen de la proposition de résolution européenne de MM. Bruno Le Roux et Philip Cordery appelant à une coordination des politiques européennes en matière de prévention et de lutte contre le tabac, dans le texte adopté par la Commission des affaires européennes (n° 2805 annexe au rapport) (*M. Philip Cordery, rapporteur*) 26
- Présences en réunion..... 34

Mercredi

3 juin 2015

Séance de 9 heures 30

Compte rendu n° 51

SESSION ORDINAIRE DE 2014-2015

**Présidence de
M. Jean-Pierre Door,
Vice-président
puis de
Mme Catherine
Lemorton,
Présidente**



COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Mercredi 3 juin 2015

La séance est ouverte à neuf heures quarante.

(Présidence de M. Jean-Pierre Door, vice-président de la Commission)

La Commission examine le rapport d'information de Mme Catherine Lemorton sur l'organisation de la permanence des soins.

M. Jean-Pierre Door, président. Madame la présidente et rapporteure, mes chers collègues, notre commission examine ce matin le rapport de la mission d'information sur l'organisation de la permanence des soins, que j'ai eu l'honneur de présider. Ce rapport a été adopté à l'unanimité par la mission le mercredi 27 mai dernier. Notre commission est aujourd'hui invitée à en autoriser la publication, les travaux engagés en novembre 2013 étant achevés.

Avant de laisser la parole à la présidente de notre commission pour présenter le bilan de ses investigations en tant que rapporteure, je souhaite me féliciter de la qualité de nos échanges et des relations cordiales qui ont présidé à la bonne tenue des travaux de notre mission. Je suis certain que vos questions, dans un climat de travail aussi excellent que celui qui a présidé aux travaux de notre mission, conforteront la voix de notre Commission.

La mission a procédé à quarante et une auditions et tables rondes : elle a pu entendre quarante-sept organismes et parties prenantes, qu'il s'agisse de représentants des professions de santé, des administrations compétentes de la sécurité sociale ou d'État ou encore de différents acteurs du dispositif.

Notre rapporteure s'est par ailleurs déplacée sur différents sites, notamment à Bobigny en Seine-Saint-Denis et en Picardie, où elle a pu rencontrer les principales parties prenantes du dispositif de permanence des soins.

Le rapport présenté synthétise les enjeux soulevés par les acteurs de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) avec objectivité et honnêteté.

Je m'en félicite et je vous inviterai à en approuver sans réserve la publication, comme je l'ai fait lors de la réunion de la mission la semaine passée.

Sans plus attendre, je cède la parole à notre présidente et rapporteure, pour qu'elle nous présente ses conclusions sur ce sujet.

Mme la présidente Catherine Lemorton, rapporteure. Mes chers collègues, c'est vrai, cette mission s'est effectuée dans une très bonne ambiance sur un sujet qui est très attendu tant par les patients et les professionnels de santé que par les parlementaires, dont certains, en tant qu'élus locaux, connaissent bien les difficultés qu'il y a à disposer d'une permanence des soins ambulatoires efficace sur le terrain.

Nous avons également reçu par courriel ou courrier postal un très grand nombre de contributions témoignant d'expérimentations locales.

Pour ceux qui regrettent que ce rapport n'ait pas été rendu public avant l'examen du projet de loi de modernisation du système de santé, je tiens à souligner qu'un petit nombre seulement de ses éléments s'inscrivent dans le domaine législatif.

La permanence des soins ambulatoires repose en effet sur trois articles du code de la santé publique : l'article L. 6112-1, qui organise la permanence des soins au sein des établissements de santé, l'article L. 6314-1, qui organise la permanence des soins ambulatoires, et l'article L. 1435-5 s'agissant des agences régionales de santé (ARS), lesquelles sont responsables de l'organisation en fonction des moyens et des besoins, donc de l'élaboration d'un cahier des charges au plus près du terrain, ce qui permet de procéder à de multiples expérimentations. À part la question d'un numéro national de PDSA distinct du 15, sujet qui a été suivi par notre rapporteure, notre collègue Mme Bernadette Laclais, du projet de loi de modernisation de notre système de santé, les recommandations proposées par le rapport ne comprennent aucun élément législatif.

Tout au long de cette mission, nous avons tenu, autant que possible, à nous mettre à la place du patient. Tel a été le fil conducteur des auditions et des déplacements organisés à ma demande.

Comme il convient d'observer la permanence des soins ambulatoires les jours fériés, en fin de semaine et la nuit pour mesurer réellement son efficacité et analyser les problèmes qu'elle rencontre, je me suis rendue à l'hôpital Avicenne de Bobigny le jeudi de l'Ascension 2014, et, pour la plage horaire 20 heures-minuit et pour la nuit profonde en Picardie au centre hospitalier universitaire (CHU) d'Amiens. Il faut savoir que la Picardie est une région parmi les plus désertées par les professionnels de santé, notamment par les médecins, que la population y est touchée globalement par une grande précarité et que le président national de SOS Médecins réside à Amiens – je faisais ainsi d'une pierre trois coups...

Il existe une réelle difficulté à se faire soigner aux heures de la permanence des soins ambulatoires, c'est-à-dire en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux. Si ces difficultés constituent la caisse de résonance des difficultés ordinaires de notre système de soins, elles sont également propres au système de la permanence qui repose sur le volontariat des médecins libéraux depuis 2003.

Je tiens à cet égard à rappeler l'article R. 6315-4 de la partie réglementaire du code de la santé publique : « *Les médecins participent à la permanence des soins sur la base du volontariat.*

En cas d'absence ou d'insuffisance de médecins volontaires pour participer à la permanence des soins sur un ou plusieurs secteurs dans le département, constatée par le conseil départemental de l'ordre des médecins, ce conseil, en vue de compléter le tableau de permanence prévu à l'article R. 6315-2, recueille l'avis des organisations représentatives au niveau national des médecins libéraux et des médecins des centres de santé représentées au niveau départemental et des associations de permanence des soins. Il peut prendre l'attache des médecins d'exercice libéral dans les secteurs concernés. Si, à l'issue de ces consultations et démarches, le tableau de permanence reste incomplet, le conseil départemental adresse un rapport, faisant état des avis recueillis et, le cas échéant, des entretiens avec les médecins d'exercice libéral, au préfet qui procède aux réquisitions nécessaires.

Les obligations ou engagements pris par le médecin titulaire dans le cadre de la permanence des soins sont assurés par le médecin qui le remplace.

Il peut être accordé par le conseil départemental de l'ordre des médecins des exemptions de permanence pour tenir compte de l'âge, de l'état de santé et éventuellement des conditions d'exercice de certains médecins. La liste des médecins exemptés est transmise au préfet par le conseil départemental avec le tableau de permanence prévu à l'article R. 63152. »

Le socle de la permanence des soins ambulatoires repose depuis 2003, je l'ai dit, sur une obligation collective fondée sur le volontariat individuel des médecins et qui est précisée à l'article 77 du code de déontologie médicale et codifiée à l'article R. 4127-77 du code de la santé publique. Celui-ci dispose qu'« *il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent.* » Les commentaires associés à cet article illustrent parfaitement ce changement de paradigme. Il est notamment indiqué que « *la modification du code de déontologie médicale en 2003 traduit la place que prend l'État pour garantir l'accès aux soins qui ne saurait relever des seules initiatives individuelles.* »

Il convient de ne pas oublier les autres professionnels de santé que nous avons auditionnés.

S'agissant des chirurgiens-dentistes, l'article R. 4127-245 du code de la santé publique prévoit qu'« *il est du devoir de tout chirurgien-dentiste de prêter son concours aux mesures prises en vue d'assurer la permanence des soins et la protection de la santé. Sa participation au service de garde est obligatoire.* »

S'agissant des infirmières, elles sont tenues d'assurer non seulement une permanence des soins mais également la continuité des soins des patients qu'elles visitent matin et soir.

Quant aux pharmaciens, depuis la première convention qu'ils ont signée avec la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), ils sont, eux aussi, obligés d'assurer les gardes dans une zone déterminée.

Les kinésithérapeutes peuvent être également conduits à effectuer des gardes, notamment pour assurer le suivi des enfants souffrant de bronchiolites – leur audition a permis de souligner leur engagement à cet effet.

Trois principales lacunes ont été identifiées dans le dispositif en vigueur.

Premier constat : l'organisation de la permanence des soins ambulatoires est complexe et illisible pour beaucoup d'acteurs, professionnels et patients.

Non seulement le dispositif manque de clarté, mais, de plus, on fait supporter à la PDSA les conséquences des dysfonctionnements constatés ailleurs dans le système sanitaire, comme par exemple le problème de la rémunération des certificats de décès – cette question préoccupe particulièrement notre président, M. Door –, l'absence d'infirmière ou de médecin la nuit dans les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes – les EHPAD –, ou l'organisation défaillante des examens médicaux lors des gardes à vue ou dans tout autre lieu de privation de liberté – les centres de rétention administrative, les centres de détention et les maisons d'arrêt.

On assiste de plus à la baisse du volontariat des professionnels de santé. Un récent rapport de l'Ordre des médecins l'a encore constaté : si les mesures prises ont empêché que la situation n'empire, aucune d'entre elles n'a su enrayer cette baisse. En 2013, le pourcentage des volontaires dans l'ensemble des effectifs de généralistes ne reste supérieur à 60 % que dans les deux tiers des départements contre 85 % en 2005.

Plusieurs facteurs expliquent ce phénomène : la démographie médicale, le manque d'attractivité, l'aspiration à une certaine qualité de vie, qui est à l'origine des mouvements de 2001 et de 2002 – il est difficile pour un médecin libéral d'être de garde la nuit et d'ouvrir son cabinet le lendemain matin –, et la conciliation de la vie professionnelle avec la vie familiale.

Cette baisse s'explique enfin par des facteurs propres à l'organisation de la permanence des soins ambulatoires : la diminution du nombre des territoires de garde – 2 834 en 2005 contre seulement 1 764 en 2013 –, elle-même décidée en raison de la baisse du nombre de volontaires, entraîne une désaffection des médecins, chargés de couvrir des zones territoriales de plus en plus vastes. Cette baisse est donc entrée dans un cercle vicieux.

L'organisation de la régulation téléphonique est effective dans la quasi-totalité des départements mais la part des actes médicaux relevant de la PDSA préalablement régulés plafonne à 60 %.

Je tiens à rappeler qu'il convient, dans la permanence des soins ambulatoires, d'identifier deux actions : celle du médecin régulateur qui reçoit l'appel téléphonique et renvoie le patient vers les structures adéquates et celle du médecin effecteur, qui assure la consultation chez le patient ou dans une structure.

Plusieurs facteurs ont été identifiés : l'absence d'appropriation du dispositif par les patients, la confusion liée à l'existence d'un numéro d'appel commun à l'aide médicale urgente et à la PDSA – le numéro 15 –, la coexistence d'autres numéros de téléphone – le 18 et les numéros dédiés aux associations de permanence des soins –, les différences de pratiques constatées entre les « centres 15 » et les associations de permanence des soins, notamment sur la présence effective d'un médecin régulateur, dont l'action permet de réguler la prise en charge des patients et donc les dépenses.

Enfin, des initiatives ont été mises en place pour pallier les carences de l'organisation de la PDSA : l'arrêt des gardes après minuit et le renvoi, à compter de cette heure, des patients aux urgences hospitalières sont motivés par la baisse du nombre de médecins de garde.

Le deuxième constat porte sur la nécessité d'améliorer l'organisation du dispositif et de mettre en place des outils d'évaluation pour le rendre économiquement plus efficient et surtout garantir la qualité de l'accès aux soins.

En 2013, l'enveloppe consacrée à la PDSA avoisine les 380 millions d'euros quand elle ne s'élevait, en 2005, qu'à environ 280 millions d'euros. Cette augmentation, qu'il n'est pas interdit de saluer, même en ces temps de disette, est imputable à la montée en charge du nouveau système et, en particulier, au renforcement du volet consacré à la régulation médicale.

Paradoxalement les dépenses ont augmenté alors que le nombre des actes a diminué grâce à la régulation médicale préalable, le fait de donner un conseil médical se substituant notamment à des visites à domicile.

Pour améliorer la maîtrise des dépenses, il faut revoir les leviers à la disposition des ARS ainsi que les outils d'évaluation.

Les enveloppes mises à la disposition des ARS – les fonds d'intervention régionaux (FIR) qui font l'objet d'un sous-ONDAM dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale –, au titre de la PDSA, ne sont que partielles puisque les dépenses de leur ressort direct se limitent à environ un tiers des sommes consacrées à la PDSA, l'essentiel relevant du champ conventionnel – le paiement des actes et les majorations afférentes à ces actes, notamment lorsqu'ils sont effectués en nuit profonde, un jour férié ou le week-end. Les FIR participent également au financement des expérimentations locales.

Il convient de développer des outils permettant d'évaluer les mérites respectifs de l'orientation des patients vers les urgences, en nuit profonde, et du recours aux associations de type SOS médecins, dont l'activité dépend pour l'essentiel des visites à domicile dans les zones urbaines et péri-urbaines – SOS médecins n'intervient pas en milieu rural.

Identifier précisément les déterminants du recours aux urgences aux heures de la permanence des soins ambulatoires est nécessaire pour proposer des alternatives crédibles et adaptées. Nous ne pourrions pas nous exonérer d'analyser les raisons qui poussent nos concitoyens à appeler les urgences.

Selon les informations qui m'ont été transmises, les forfaits d'effectif évoluent dans une fourchette allant de 150 euros – plancher déterminé par l'arrêté du 20 avril 2011 – à 650 euros pour une garde de douze heures : treize ARS ont arrêté un forfait d'effectif unique simplement proportionnel à la durée de la garde, treize autres ont arrêté des forfaits différenciés. Quant à la rémunération de la régulation médicale téléphonique, elle varie de soixante-dix euros – forfait minimal – à quatre-vingt-douze euros de l'heure pour les forfaits de base. Il faut savoir que neuf ARS ont instauré un second type de forfait afin de valoriser certaines plages horaires et de les rendre plus attractives : la rémunération peut ainsi atteindre 120 euros en nuit profonde en Picardie, 100 euros pour les heures effectuées les jours de Noël ou de l'An en Lorraine.

S'agissant des déterminants au recours aux urgences, nous avons, sur le terrain, rencontré trois cas récurrents.

Le premier est celui d'une famille qui amène plusieurs enfants aux urgences en nuit profonde. Il faut savoir que la consultation de garde en nuit profonde s'élève à environ soixante-dix euros – un tarif qui n'a rien de scandaleux –, ce qui, avec plusieurs enfants malades en cas d'infection dans la famille, conduit à un total élevé. Les familles qui ne peuvent pas avancer de telles sommes préfèrent se rendre à l'hôpital où elles n'auront pas à faire l'avance. Sans soulever la question générale de la généralisation du tiers-payant, il faut poser celle de l'instauration du tiers-payant en permanence des soins ambulatoires.

Le deuxième cas est celui de personnes en détresse psycho-sociale récurrente appelant le 15 toutes les nuits à la même heure sans pour autant nécessiter le déplacement d'un médecin. De tels appels sont chronophages pour les CHU.

Le troisième cas est celui de certains sans-domicile fixe qui se servent régulièrement du service des urgences de l'hôpital comme d'un service d'accueil : ils ont l'habitude d'y passer la nuit. Le médecin doit procéder à une auscultation à chaque fois pour ne pas passer à côté d'un éventuel problème de santé.

Le troisième constat est celui d'une aggravation, qu'il convient de corriger, des inégalités territoriales et sociales dans l'accès à la permanence des soins ambulatoires.

La permanence des soins ambulatoires souffre de l'inégale répartition des médecins généralistes sur l'ensemble du territoire national, en métropole et outre-mer, ainsi que dans des territoires urbains, où se développent des déserts médicaux. C'est ce que nous avons constaté lors de notre déplacement à l'hôpital d'Avicenne en Seine-Saint-Denis, de nombreux témoignages soulignant une véritable carence dans certains quartiers dits sensibles.

Pour les médecins qui acceptent de s'installer dans les déserts médicaux, il y a donc une forme de double peine, puisqu'ils devront en sus s'engager dans la permanence des soins ambulatoires, faute d'un centre hospitalier universitaire à proximité.

La région Midi-Pyrénées est composée de huit départements très différents, qui comprennent, à côté d'une métropole, des zones péri-urbaines, rurales et montagneuses. Sur la métropole de Toulouse, à peine 30 % des médecins s'engagent dans la permanence des soins, compte tenu de la présence de CHU très performants, contre 70 % dans le département du Lot, qui est éloigné de tout CHU. C'est dire le sens de la responsabilité de ces derniers ! La différence d'exercice entre des médecins généralistes pourtant formés de la même façon est patente.

L'organisation de la PDSA se heurte également aux inégalités sociales. Les besoins médicaux des personnes très modestes ou précaires sont moins bien pris en charge en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux – la détresse psycho-sociale prend une dimension supérieure la nuit. S'il faut se féliciter de la mise en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dans les hôpitaux, des disparités existent, s'agissant notamment des moyens de fonctionnement et des heures d'ouverture sans parler de la formation des personnels. Je tiens à rappeler que les PASS ne doivent être qu'une étape avant le retour au droit commun. Ils doivent être conçus non comme des lieux d'accueil permanents pour les mêmes personnes mais comme des lieux de réorientation.

Les inégalités sociales affectent les personnes placées dans des lieux de privation de liberté, tout comme les patients résidant dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Il n'est pas facile pour un médecin d'entrer en pleine nuit dans un centre de détention ou une maison d'arrêt. Les contrôles demandent du temps et la visite ne peut être rémunérée de la même manière qu'au domicile d'un patient. Or si la permanence des soins n'est pas assurée, il est nécessaire d'extraire, en pleine nuit, le détenu, qui doit être accompagné par deux gardiens pour le conduire aux urgences, ce qui coûte cher à la collectivité et prive la prison de deux personnes.

S'agissant des EHPAD, l'absence de personnel médical, voire paramédical, d'astreinte, nuit à la bonne prise en charge des personnes âgées autant qu'à l'organisation des centres de régulation qui pâtissent de fréquents appels au 15. De plus, le fait, pour une personne très âgée dépendante, d'être « trimballée » aux urgences, selon l'expression d'un médecin, accélère la dégradation de son état. Nous avons assisté au CHU d'Amiens à ce que le personnel nomme lui-même « l'appel » : il arrive en effet régulièrement, en pleine nuit, que

l'aide-soignante de nuit d'un EHPAD appelle les urgences car elle ne sait pas comment intervenir auprès d'une personne âgée dont elle a la fiche médicale mais dont l'état se dégrade subitement. Le médecin régulateur déclenche aussitôt un véhicule pour l'amener au CHU.

Forte de ces constats, la mission a formulé seize propositions d'amélioration que je vais vous présenter selon quatre axes.

Le premier, qui cible l'amélioration de la gouvernance, vise tout d'abord à mettre en place des outils de suivi de la PDSA pour comparer les mérites respectifs des organisations selon les zones du territoire et permettre la diffusion des « bonnes pratiques ».

Il vise également à faire un bilan de l'action des comités départementaux de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS) pour s'assurer de la réalité de la concertation locale – j'insiste d'ailleurs sur le fait que le président de la mission d'information ne les conçoit pas comme des chambres d'enregistrement. Cette instance de concertation traite normalement les dysfonctionnements constatés et propose des solutions concrètes pour améliorer le fonctionnement quotidien de la PDSA.

Il vise enfin la généralisation d'un financement globalisé de la PDSA pour surmonter les difficultés liées au cloisonnement entre prise en charge par les ARS et prise en charge dans le cadre conventionnel. Le rapport a pris l'exemple de la région des Pays-de-la-Loire.

Le deuxième axe concerne l'information des professionnels de santé et des patients.

S'agissant des professionnels de santé, de nombreux obstacles réglementaires empêchent des catégories de médecins de participer à la PDSA.

Un effort particulier doit être entrepris pour sensibiliser les étudiants en médecine à l'exercice de la PDSA, *via* un module de formation adapté.

Les médecins effectuant des remplacements doivent eux aussi pouvoir participer à la PDSA s'ils le souhaitent, et ce, même si le médecin titulaire remplacé n'est pas inscrit au tableau de garde.

Enfin, il nous semble nécessaire d'engager des négociations conventionnelles pour permettre la participation effective des médecins salariés des centres de santé à la PDSA.

Du côté des patients, le déficit d'information est tel que l'intérêt d'une régulation téléphonique préalable est mal compris.

De plus, le maquis téléphonique actuel, qui combine différents numéros d'appels – le 15, le 18 et les numéros d'associations de permanence des soins –, est tel que le système demeure illisible pour les patients. Quant aux médecins traitants, ils ont rarement l'information du passage d'un de leurs patients à la permanence des soins. L'intérêt d'un numéro de PDSA identique à celui de l'aide médicale urgente – en l'occurrence le 15 – est également source de confusion.

Le projet de loi de modernisation de notre système de santé, en cours de discussion, apporte une première réponse avec la possibilité de recourir à un numéro national de permanence des soins gratuit et distinct du 15. L'horizon ultime étant de parvenir à un numéro spécifique, il importe d'engager des campagnes d'information permettant de mieux identifier

le numéro à composer et visant à expliquer à la population l'intérêt de la régulation téléphonique préalable, puisque celle-ci est assurée par un médecin.

Le troisième axe vise l'amélioration de la structure de l'offre de soins.

Je tiens tout d'abord à souligner que le recours aux hélicoptères, envisagé par Mme la ministre de la santé, ne nous semble pas, à la réflexion, pouvoir constituer une panacée pour résoudre les problèmes des urgences. Les auditions ont en effet permis de souligner que les hélicoptères non seulement sont chers mais exigent également une maintenance – ils ne sont pas la propriété de l'hôpital. De plus, contrairement à un véhicule terrestre qui démarre à la seconde, ils doivent chauffer avant de pouvoir décoller et il convient, à chaque intervention, de s'assurer qu'ils sont équipés et que l'équipement est en état de fonctionnement. Le recours à un véhicule terrestre peut donc se révéler plus efficace. La mission ne s'est donc pas prononcée, contrairement au vœu de la ministre, en faveur de l'extension du recours aux hélicoptères, dont la présence est cependant évidemment nécessaire dans certaines zones du territoire national.

Les maisons médicales de garde (MMG) apparaissent comme une des solutions d'avenir pour les personnes auditionnées : leur installation doit toutefois être bien préparée avec tous les acteurs concernés, notamment les structures hospitalières. Dans certains territoires, le recours des MMG à un plateau technique – examens de radiologie et de biologie – permettrait d'assurer une meilleure prise en charge des patients et d'éviter l'engorgement des urgences.

La délégation des tâches et la coopération entre professionnels de santé doivent être approfondies si l'on souhaite davantage fluidifier le parcours des patients au sein des MMG – je pense notamment aux infirmiers. La délégation et la coopération fonctionnent très bien dans d'autres pays.

La régulation médicale téléphonique devrait être améliorée *via* la généralisation des recommandations de bonne pratique de la Haute autorité de santé. La présence d'un médecin régulateur au sein du centre d'appel doit être effective, y compris au sein des associations de permanence des soins, où la régulation est assurée de manière inégale sur le territoire.

Par ailleurs, les efforts déjà réalisés pour améliorer la coordination entre les services d'incendie et de secours (SDIS) et les centres 15 doivent être poursuivis. L'interconnexion des plateformes informatiques devrait déjà être réalisée, j'insiste sur ce point, quels que soient les blocages identifiés, qu'ils soient techniques, relationnels ou politiques. L'intérêt du patient prime.

Dans les secteurs de garde géographiquement étendus, il est nécessaire de prévoir la mise en place de dispositifs en faveur des patients dépourvus de moyens de transport – souvent des parents isolés ou des familles monoparentales – pour rejoindre la MMG, la maison de santé pluridisciplinaire ou toute structure de garde. Le transport sanitaire devrait également leur permettre d'aller chercher les médicaments.

Le quatrième axe concerne la clarification du périmètre de la permanence des soins ambulatoires.

Il est indispensable de régler définitivement la question de l'indemnisation de l'établissement d'un certificat de décès aux heures de la permanence des soins. L'absence de

solution constitue une insulte à la dignité de l'homme et à la douleur des familles et plonge les professionnels dans l'embarras. On parle de ce problème depuis l'adoption de la loi Hôpital, patients, santé et territoires. Je comprends le corps médical : à l'heure actuelle, l'établissement de ce certificat à domicile n'est pas indemnisé. Or il faut savoir que la constatation d'un décès implique l'établissement des conditions dans lesquelles le décès est intervenu, notamment la recherche d'éventuelles origines criminelles.

Afin d'assurer la continuité de la prise en charge, il importe également de mieux articuler la garde des médecins avec celle des pharmaciens, qu'il s'agisse de la définition des périmètres de garde ou de la transmission des tableaux d'astreinte. Cette question est essentielle dans les zones rurales où trouver un pharmacien après une consultation de nuit ou un dimanche exige souvent de se déplacer sur plusieurs kilomètres, ce qui rend problématique l'accessibilité aux soins.

Je formulerais toutefois une réserve sur ce dernier point : il faut savoir que les gardes des médecins reposent sur le volontariat contrairement à celles des pharmaciens, qui se répartissent obligatoirement les gardes sur une zone géographique donnée et les déclarent à la préfecture, un an à l'avance. Comment assurer la cohérence entre les deux professions sur un territoire donné si un médecin non volontaire vient remplacer un médecin volontaire parti à la retraite ?

Enfin, il conviendrait d'étendre la PDSA aux transports sanitaires afin de garantir à chacun, sans qu'il soit besoin de recourir à un véhicule du SAMU, l'accès à un médecin de garde en MMG, en maison de santé pluridisciplinaire ou à toute autre structure.

Telles sont les conclusions de mon rapport que je vous demande aujourd'hui d'approuver.

Je tiens en conclusion à rappeler que, jusqu'en 2017, il n'est pas prévu d'instaurer quelque obligation que ce soit, pour les médecins, de participer au système de garde ou de s'installer dans les déserts médicaux. La mission a voulu rester fidèle aux engagements du Président de la République et de Mme la ministre de la santé en la matière.

M. Jean-Pierre Door, président. Je tiens à rappeler que la dernière enquête du conseil national de l'Ordre des médecins, récemment parue, souligne le caractère alarmant du contexte général, qui est lié à la pénurie de médecins sur le territoire, quelles que soient les régions, ainsi qu'au vieillissement de ceux qui assurent la permanence des soins et au déclin du volontariat – le taux est passé de 75 % à 60 %. Le maintien dans les prochaines années de cette mission de service public n'est donc pas garanti.

La permanence des soins ambulatoires ne doit pas être confondue avec l'aide médicale urgente ni avec la continuité des soins dont elle constitue une des modalités.

La Haute autorité de santé définit, dans ses recommandations, la permanence des soins « *comme une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient.* » Elle précise également qu'« elle couvre les plages horaires comprises en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant. »

Notre objectif prioritaire sur notre sujet était de résoudre un problème médical en amont du service hospitalier, public ou privé. La mission n'a pas eu pour ambition de révolutionner la permanence des soins. Nos seize recommandations ont d'ailleurs été consensuelles.

L'organisation de la permanence des soins ambulatoires doit, à mes yeux, rester départementale. Elle repose sur les associations départementales qui sont coordonnées par tous les professionnels de santé – médecins, pharmaciens, infirmiers et transporteurs sanitaires. Le rôle des CODAMUPS-TS doit être renforcé car c'est en leur sein qu'on trouve l'expertise nécessaire. Ils doivent cependant se réunir plus régulièrement.

Par ailleurs, les relations entre le 15 et le 18 reposent trop souvent sur une forme de concurrence, si bien que les SAMU et les SDIS doublonnent trop souvent leurs services, ce qui n'est pas sans conséquence notamment en termes de temps passé et de coût.

Les maisons médicales de garde – elles sont désormais plusieurs centaines en France – doivent être identifiables et situées à proximité des centres hospitaliers publics ou privés. Elles doivent être soutenues par les ARS et les collectivités locales, et accessibles gratuitement aux patients aux heures de service *via* l'instauration en leur sein du tiers-payant, ce qui suppose que le médecin de garde de la MMG ait la possibilité de télétransmettre des feuilles de soins électroniques. Or trop souvent le médecin ne dispose pas sur place de l'équipement nécessaire.

La protection juridique des médecins effecteurs doit être renforcée, notamment en cas d'accident de la route.

La rémunération des astreintes doit être identique sur tout le territoire national et non pas aller de 1 à 4.

Il convient également d'expérimenter, grâce à l'informatique, la régulation téléportée au domicile du médecin régulateur libéral, en interconnexion avec le SAMU. Dans certaines zones rurales, comme en Corse, le médecin pourrait ainsi prendre sa garde à son domicile.

Il convient par ailleurs d'instaurer une garde spécifique pour les actes médicaux administratifs obligatoires que sont les examens de garde à vue et les certificats de décès. On ne trouve plus de médecins pour les réaliser. Ces actes doivent être indemnisés, ce qui n'est actuellement pas le cas. Il appartient à l'assurance maladie d'intervenir. Cette question doit être étudiée en urgence.

Enfin, les ARS (agences régionales de santé), les collectivités locales ou la sécurité sociale doivent informer nos concitoyens des numéros à appeler en cas d'urgence pour éviter qu'ils n'appellent à chaque fois le 15, ce qui provoque l'engorgement des hôpitaux.

Il serait contreproductif de remettre en cause le volontariat. En revanche, il conviendrait de faire de la permanence des soins ambulatoires un des sujets à traiter dans le cadre des négociations conventionnelles, qui se tiendront dans quelques mois, entre les organismes payeurs et les représentants des professions de santé. Ces derniers doivent à la fois proposer des solutions et indiquer leurs demandes de rémunérations.

M. Gérard Bapt. Au nom du groupe Socialiste, républicain et citoyen, je tiens à vous féliciter, monsieur le président et madame la rapporteure, du travail prolongé, soutenu et astreignant que vous avez effectué.

Vous avez su dégager les problèmes et montrer les progrès réalisés depuis la mise en place, dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires, de la régulation : celle-ci a permis d'améliorer la prise en charge des patients.

Vous avez mis le doigt sur trois difficultés majeures.

La première est le manque d'information des familles : lorsqu'elles ne savent pas qui contacter, elles ont pour réflexe, surtout lorsqu'un de leurs enfants est malade, de se rendre au service d'admission des urgences de l'hôpital le plus proche.

La deuxième est la prise en charge des patients résidant en EHPAD, qui est à la fois coûteuse et insatisfaisante au plan hospitalier.

La troisième tient à la démographie notamment des médecins généralistes, qui entraîne l'augmentation de la surface des zones de garde.

Vous avez souligné le fait que le financement, même national, doit être adapté aux réalités locales. Le prochain PLFSS ne devrait-il pas être l'occasion d'avancer sur la question de la prise en charge sur les crédits des ARS de certains actes d'urgence et des certificats de décès ? Les familles règlent-elles le médecin venu constater un décès ? Est-il légal de considérer ce déplacement comme une visite ? Je ne le pense pas. Puisque l'établissement d'un certificat de décès, qui sera confié à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), est une mission de service public, sa rémunération ne devrait-elle pas relever des crédits de la mission Santé ?

De plus en plus, les EHPAD sont organisés en chaîne : ne conviendrait-il pas de faire pression sur eux pour qu'ils prévoient, à une échelle qu'ils détermineraient, une présence médicale de garde ? Les moyens modernes de communication rendraient la chose aisée.

Vous avez insisté sur l'harmonisation des tarifs de la permanence des soins ambulatoires : en effet, une si grande différence entre les régions et les catégories d'actes n'est pas acceptable.

M. Jean-Pierre Door, président. Je vous confirme que les caisses d'assurance maladie ne prennent pas en charge la rémunération de l'établissement des certificats de décès. Il est décevant impossible par ailleurs de la réclamer à la famille.

Mme Isabelle Le Callennec. Je tiens à vous féliciter moi aussi de la qualité de ce rapport qui était très attendu, la santé étant avec l'emploi une des premières préoccupations des Français.

Le diagnostic est sans appel : un pilotage défaillant, un volontariat des professionnels de santé plus ou moins assumé – il est passé de 85 % en 2005 à 60 % aujourd'hui – et une régulation téléphonique insatisfaisante. De plus, l'évolution des dépenses, faute de coordination efficace, peut nous inquiéter.

Vous avez également évoqué les fortes disparités territoriales et sociales : les députés que nous sommes peuvent facilement les constater dans leurs circonscriptions.

Vous préconisez d'améliorer la gouvernance de la permanence des soins *via* un pilotage national et un pilotage local confié aux acteurs de terrains. Nous avons intérêt à

généraliser les contrats locaux de santé et à expérimenter des financements globalisés dans le cadre des enveloppes régionales.

Vous avez raison de vouloir mieux coordonner les gardes des médecins et des pharmaciens, lesquels jouent un rôle majeur en matière de prévention.

Vous envisagez d'étendre la permanence des soins ambulatoires aux gardes ambulancières et aux kinésithérapeutes : cela ne se fera pas sans négociations.

Vous proposez des pistes utiles pour organiser les soins de premier recours et avancez des solutions pour l'accès aux soins des résidents des EHPAD.

Je note avec satisfaction que vous avez pris en considération les difficultés liées au régime juridique des certificats de décès.

La régulation est un des facteurs clés de l'amélioration du système. Or les associations de médecins libéraux évoquent régulièrement le déficit des moyens pour l'organiser. Monsieur le président, vous savez que les MMG sont parfois en difficulté financières, du fait qu'il convient d'assurer un secrétariat ou de disposer d'un matériel de transmission moderne.

La nécessité d'une meilleure coordination entre les « blancs » et les « rouges », les SDIS et les SAMU, est de nouveau mise en avant : cela fait des années qu'on en parle ! Espérons que nous y parviendrons enfin. À cette fin vous avez raison, monsieur le président, de vouloir conserver l'échelon départemental pour assurer cette coordination et réaliser ainsi des économies importantes en évitant les doublons.

Il convient également d'améliorer l'information des patients, qui sont de plus en plus tentés de se rendre directement à l'hôpital lorsque l'offre de soins ambulatoire est défaillante. Or cela suppose précisément de promouvoir l'ambulatoire, ce que ne fait pas le projet de loi de modernisation de notre système de santé, qui nous paraît privilégier l'hôpital. Il faudrait, de plus, révéler la vérité sur les coûts. Nos concitoyens doivent connaître la différence de coût entre une prise en charge à l'hôpital et en ambulatoire : leur responsabilisation concourra à la maîtrise des dépenses de sécurité sociale.

Toutefois, ces améliorations ne seront réalisables que si les médecins libéraux jouent le jeu et les professionnels sont vraiment incités à participer à la permanence des soins. Or les braquer sur la question de la généralisation du tiers-payant comme le Gouvernement l'a fait à l'occasion de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale du projet de loi de modernisation du système de santé n'est certainement pas le meilleur moyen de les inciter à se mettre autour de la table et à s'impliquer dans la permanence des soins ambulatoires. Le texte est sur le point d'être examiné en commission des affaires sociales du Sénat : c'est un moment à saisir pour espérer recueillir l'adhésion des médecins.

Le groupe des Républicains, qui votera ce rapport, sera très attentif à la traduction de toutes ces propositions dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale et à la répartition des enveloppes financières dans les régions dont le nombre est passé de vingt-deux à treize, ce qui n'est pas sans conséquence sur les agences régionales de santé. Il est de ce fait impératif de trouver le bon échelon pour mettre en application les préconisations du rapport.

Mme Dominique Orliac. Je tiens à vous remercier, madame la rapporteure, monsieur le président, au nom du groupe Radical, républicain, démocrate et progressiste, de

cet état des lieux presque exhaustif de la permanence des soins ambulatoires, dont l'avenir est très incertain. Pourtant, depuis sa mise en place à la suite des grèves des médecins de 2001 et 2002, la prise en charge des patients en urgence s'est progressivement améliorée.

Il est important que la population puisse mémoriser un numéro de téléphone unique et ne confonde pas la permanence des soins ambulatoires avec l'urgence vitale, qui est du ressort des centres 15.

Nous ne pouvons que constater les grandes inégalités entre les régions en la matière. En Midi-Pyrénées, un numéro unique a été mis en place pour tous les départements. Malheureusement, ce numéro n'est pas le même dans toute la France, ce qui n'est pas sans poser des problèmes pour les Français résidant en limite de deux régions. Je le répète : il est urgent de mettre en place un numéro unique dans toute la France, et qui soit connu de tous.

Comment sont, par ailleurs, déterminées les enveloppes régionales finançant la permanence des soins ambulatoires ? Quels sont les critères ? De grandes inégalités existent en la matière. La région des Pays-de-la-Loire, qui sert apparemment de référence, est généreusement dotée.

Vous avez également évoqué, madame la rapporteure, l'importance du volontariat dans les départements ruraux : l'approche territoriale est essentielle, car tous les médecins qui participent à la permanence des soins ambulatoires doivent avoir la possibilité de se rencontrer pour s'organiser, l'échelon national devant permettre, quant à lui, de pallier les inégalités régionales.

S'agissant des personnes âgées résidant dans les EHPAD, leur prise en charge médicale présente de réelles insuffisances. Vous avez bien fait de soulever cette question dans le rapport.

Il convient de resserrer les relations, au sein des départements, entre les caisses primaires d'assurance maladie, les ARS et les ordres de médecins pour adapter la coordination de la permanence des soins au contexte local, les situations étant très différentes en zone rurale et en zone urbaine.

En dépit de toutes les avancées déjà réalisées ou proposées, l'avenir de la permanence des soins ambulatoires demeure incertain puisque, comme vous l'avez souligné, monsieur le président, nous assistons à une érosion du volontariat. La prise en compte dans les négociations conventionnelles du financement de la permanence des soins est essentielle, notamment, dans les départements ruraux, pour les médecins généralistes installés dans des zones déficitaires au tissu démographique très lâche.

M. Jean-Pierre Door, président. Je tiens à vous remercier, madame Orliac, de votre assiduité à nos travaux.

M. Jean-Louis Touraine. Ce rapport, dont l'analyse est pertinente et qui est riche en enseignements, dresse le constat d'une dégradation progressive, depuis plus de dix ans, de la permanence des soins ambulatoires, dégradation dont les facteurs sont multiples.

Premier facteur : la diminution, depuis 2003, du volontariat individuel des médecins libéraux. Il est évidemment nécessaire de compenser les contraintes liées aux gardes par des incitations très fortes. L'organisation actuelle, qui repose sur le conseil de l'ordre et le préfet,

manque d'efficacité car elle est trop complexe et mal comprise. Que proposez-vous, madame la rapporteure, pour remédier à cet état de fait ?

Comment également, dans le cursus des études médicales, donner des habitudes nouvelles aux futurs médecins en matière de permanence des soins ambulatoires ?

La pyramide des âges constitue le deuxième facteur de cette dégradation progressive, compte tenu de la forte proportion de médecins libéraux âgés de plus de cinquante-cinq ans.

Troisième facteur : la féminisation de la profession médicale liée à un facteur générationnel, les jeunes médecins hommes aspirant autant que leurs consœurs à un équilibre de vie différent de celui du passé.

Quatrième facteur : l'attractivité insuffisante de la permanence des soins ambulatoires.

Il ne faut pas oublier la question des EHPAD et de l'hospitalisation à domicile des personnes âgées. Il convient de développer davantage encore les parcours de soins coordonnés pour personnes âgées. Avez-vous d'autres propositions à faire en la matière ?

Vous avez raison : il faut instaurer le tiers-payant intégral dans les maisons médicales de garde, au même titre qu'à l'hôpital. Je ne doute pas de l'aide que nous apporteront nos collègues du parti républicain de droite pour le mettre en place rapidement. Il faut également développer, à proximité des MMG, un plateau technique permettant la réalisation des examens biologiques.

Je tiens enfin à rappeler que la personne interpellée en état d'ivresse publique et manifeste doit subir un examen médical avant son placement en cellule de dégrisement, ce qui impose l'appel en urgence d'un médecin.

Quant à la régulation médicale, son amélioration devrait permettre de mieux lutter contre les inégalités.

Quid enfin de la permanence des soins ambulatoires outre-mer ?

Mme Véronique Besse. Ce rapport nous permet de disposer d'un état des lieux réaliste et objectif de la permanence des soins ambulatoires, qui fait partie des grands enjeux de demain, compte tenu, notamment, de l'augmentation du nombre de personnes âgées et du développement de la précarité sur tout le territoire.

Les soins sont de moins en moins accessibles, en raison de trois facteurs : la désertification médicale, les contraintes budgétaires et la diminution du volontariat.

Tant que nous n'aurons pas pris à bras-le-corps la question de la désertification, quitte à froisser le monde médical, pour répartir le mieux possible les médecins, dont le nombre est suffisant, sur l'ensemble du territoire national, nous ne pourrions pas résoudre les problèmes que nous rencontrons actuellement pour organiser la permanence des soins. Chacun comprend qu'un médecin installé dans une zone déficitaire et qui fait déjà des journées à rallonge n'a pas envie, en plus, de se porter volontaire le soir pour assurer la permanence des soins. S'il faut conserver le principe du volontariat, pourquoi ne pas l'élargir aux internes et aux autres professionnels de santé ? Chacun doit se sentir concerné.

M. Jean-Louis Costes. La discontinuité des soins est une des failles principales de notre système de santé à laquelle il faut absolument remédier. L'autre faille est l'immense disparité entre les territoires, d'autant que celle-ci tend à s'aggraver, ce qui est inacceptable.

J'espère que les propositions du rapport ne resteront pas lettre morte mais auront une traduction réglementaire.

Prenons garde à ce que les maisons médicales de garde ne constituent pas un nouveau miroir aux alouettes : alors que nous n'arrivons déjà pas à trouver de médecins pour les maisons de santé pluridisciplinaires que nous créons, comment en faire venir dans des MMG ?

J'ai noté avec intérêt les propositions du rapport en matière de délégation de tâche : je pense notamment au statut d'infirmier-clinicien – vous citez des exemples aux États-Unis, au Royaume-Uni et au Québec. L'instauration d'un infirmier de référence pour les hospitalisations à domicile me paraît une idée tout aussi pertinente.

J'ai la chance de résider dans un département où le 15 et le 18 ont fusionné : la communication en direction de nos concitoyens fonctionne bien.

Monsieur Door, vous avez raison : l'organisation de la permanence des soins ambulatoires doit rester départementale.

M. Gérard Sebaoun. Le rapport met en évidence les inégalités tant territoriales que sociales d'accès aux soins, notamment aux urgences.

En effet, la liberté totale donnée à nos concitoyens d'appeler les urgences n'est pas sans poser de problèmes dans les zones urbaines et péri-urbaines, où interviennent des organismes tels que SOS Médecins : le manque de régulation réelle aboutit à une surconsommation incontestable des interventions.

Un chapitre du rapport est consacré aux détenus qui devraient bénéficier du droit commun. Or vous notez que le taux d'extraction dans les petits établissements peut atteindre 40 %, ce qui entraîne des coûts considérables et désorganise l'administration pénitentiaire. En fonction de la volonté contractuelle des directeurs des établissements pénitentiaires, l'accès aux urgences, voire aux soins quotidiens, est très différent d'une maison d'arrêt ou d'un centre de détention à l'autre, ce qui nous met en difficulté par rapport aux règles européennes.

Vous avez parfaitement raison d'insister sur la nécessité de déléguer des tâches. Vous citez l'exemple de l'expérimentation Action de santé libérale en équipe (ASALEE) en cours dans la région Poitou-Charentes. Le cursus doit être revu.

M. Bernard Perrut. Ce rapport permet d'aborder l'organisation de la permanence des soins ambulatoires à partir des réalités du terrain, du vécu et des besoins des usagers. C'est la raison pour laquelle les élus locaux peuvent volontiers se retrouver dans les propos que vous avez pu tenir, monsieur le président, madame la rapporteure.

La mission souligne à juste titre que l'organisation actuelle n'est pas suffisamment identifiée par les usagers – le numéro à appeler doit notamment être clarifié. Le fait que la permanence des soins ambulatoires ne réduit pas suffisamment l'afflux des patients au service des urgences des hôpitaux tient à la fois aux heures d'ouverture des maisons médicales et au coût qu'il convient d'assumer lorsqu'on s'y rend. Le rapport permet de mettre en évidence

d'autres difficultés auxquels les maires sont confrontés toutes les semaines, comme celles qui accompagnent l'établissement des certificats de décès ou les examens médicaux des personnes gardées à vue.

Votre rapport prend en considération ces carences dans l'organisation de la permanence des soins : nous ne pouvons qu'espérer son amélioration. Il convient notamment d'évaluer son coût et de se diriger vers un financement globalisé.

S'agissant des EHPAD, trop d'inégalités territoriales subsistent, notamment en matière d'accès aux soins, qu'il faut, dans de nombreux cas, décaler jusqu'aux heures ouvrables, à moins de se résoudre à transférer le patient au service des urgences des hôpitaux. Des initiatives sont prises sur le terrain : à Villefranche-sur-Saône, les EHPAD se sont réunis pour mettre en place une astreinte commune avec un médecin ou une infirmière. Les collectivités locales doivent s'investir pour mettre en place des locaux et prendre en charge les fluides et l'organisation : c'est ainsi qu'à Villefranche-sur-Saône, quatre-vingts médecins se relaient tout au long de l'année. Un regret, toutefois : à partir de minuit, les personnes doivent se rendre aux urgences. Il faudrait réussir à combler cette faille dans le mécanisme.

Mme Michèle Delaunay. Il s'agit d'un rapport fondamental.

À Paris, Xavier Emmanuelli a installé une permanence des soins médico-sociaux la nuit. Des médecins à la retraite répondent aux personnes identifiées comme se trouvant en détresse médico-sociale et leur rendent éventuellement visite.

La permanence des soins n'est pas assurée dans les EHPAD : en cas de problème de santé la nuit, la personne âgée est systématiquement envoyée aux urgences. Il conviendrait de rendre obligatoire la mutualisation d'une infirmière de nuit, voire d'une antenne médicale entre les EHPAD d'un secteur déterminé.

Je tiens à formuler une réserve sur les transports sanitaires. N'est-il pas possible de recourir à ses voisins si on ne dispose pas d'un véhicule ? La mesure proposée dans le rapport dérivera nécessairement : des personnes appelleront systématiquement un taxi médical ou une ambulance et l'étape suivante sera le remboursement de l'essence assorti de frais kilométriques.

M. Arnaud Richard. Vous insistez sur la nécessité d'informer les patients des mécanismes de la permanence des soins ambulatoires et des bienfaits de sa régulation. Serait-il envisageable et opportun de faire du centre 15 un filtre d'accès aux urgences pour éviter leur engorgement ?

Le rapport préconise de rendre obligatoire, en cas d'hospitalisation à domicile, la désignation d'un infirmier de référence, joignable en permanence, avec l'organisation d'un réseau d'infirmiers en mesure d'intervenir en dehors des heures ouvrables, tout en ayant accès à une fiche synthétique résumant le dossier médical de l'intéressé. Vous préconisez également l'établissement de délégations de tâches entre médecins et infirmiers, avec la possibilité de prescriptions encadrées. Dans quelle mesure le développement des pratiques avancées sur lequel le Gouvernement est resté au milieu du gué lors de l'examen du projet de loi de modernisation de notre système de santé pourrait-il favoriser un meilleur fonctionnement de la permanence des soins ambulatoires ?

Le rapport de l'Ordre national des médecins du 23 avril dernier indique la dégradation du service des gardes que les médecins de ville assurent la nuit, le week-end et les jours fériés, en pointant la suppression des primes. Or votre rapport souligne que, selon les jeunes médecins, le fait que le dispositif de la permanence des soins ambulatoires soit « convenablement rémunéré » conduit certains médecins à s'inscrire systématiquement, laissant peu de place aux jeunes diplômés. Quelle serait la meilleure politique de rémunération en la matière ?

Mme Bérengère Poletti. La démographie médicale est au cœur de la question de la permanence des soins ambulatoires. Il y a encore trente ou quarante ans, les médecins généralistes visitaient leur patientèle à n'importe quelle heure du jour, de la nuit et le dimanche, leur femme répondant au téléphone. C'est époque est révolue. De plus, le nombre des spécialistes a augmenté.

Mme Lemorton rejette à l'avance tout projet d'exercer une quelconque coercition sur les médecins : il faut savoir que, dans les départements déficitaires, les médecins qui sont au bord du surmenage seraient plutôt favorables à une intervention des pouvoirs publics. Doit-on obliger les médecins à s'installer dans les zones déficitaires ? Je l'ignore. En revanche, nous ne sommes pas obligés de continuer à laisser les médecins s'installer dans des régions où ils sont déjà très nombreux. Il faudra bien un jour faire preuve de courage et résoudre le problème des déserts médicaux.

Vous proposez d'améliorer la coordination entre le médecin de garde et le pharmacien. Il faudra trouver d'autres solutions dans les zones rurales en matière de responsabilité de la délivrance de médicaments.

Mme Monique Iborra. Ce rapport objectif met en évidence les dysfonctionnements de la permanence des soins ambulatoires et les difficultés rencontrées par les patients : éclatement des structures, prises en charge difficiles, multiplication des acteurs. Si les ARS pilotent le dispositif avec conscience, il n'en reste pas moins que trouver un médecin en dehors des heures ouvrables demeure très difficile.

Il serait paradoxal de mettre en avant les coûts de l'hôpital public avant de disposer d'une évaluation fiable du coût de la permanence des soins ambulatoires. Or vous avez rencontré des difficultés à recueillir au plan national les éléments permettant d'évaluer ce coût.

Mme Poletti a raison : nous devons nous montrer courageux. Toutefois, non seulement l'opposition ne l'a pas été jusqu'à ce jour, mais, de plus, lorsqu'elle était au pouvoir, elle a mis en place des politiques sur lesquelles, madame Poletti, vous nous demandez aujourd'hui de revenir. Si le consensus politique est souhaitable, il ne doit pas se traduire par une défense des intérêts catégoriels au détriment de l'intérêt général, en l'occurrence celui des patients.

La majorité et l'opposition sont préoccupées par la situation de la permanence des soins dans les EHPAD. C'est la raison pour laquelle, madame la présidente, j'ai demandé, vous le savez, la création d'une mission parlementaire sur le sujet. C'est un problème au moins aussi urgent que ceux que vous avez soulignés, monsieur le président.

M. Jean-Pierre Barbier. Organiser et coordonner une multiplicité de missions avec une multiplicité de compétences, c'est l'enjeu principal que nous devons assumer.

Il conviendrait de relier l'ensemble des professionnels de santé d'un territoire donné, notamment les médecins, les pharmaciens, les kinésithérapeutes et les infirmiers.

De moins en moins de médecins s'installant en milieu rural, ils ont à assumer une charge de travail de plus en plus lourde : c'est pourquoi ils ne peuvent assumer en sus des missions de coordination. Ce n'est donc pas une question de rémunération. Le rôle de pivot ne pourrait-il pas, en fonction des territoires, être partagé par d'autres professionnels de santé qui pourraient se porter, eux aussi, volontaires pour organiser les soins ?

Parmi tous les professionnels de santé que j'ai évoqués, le pharmacien est le seul à disposer d'un maillage territorial, de personnels et d'une permanence téléphonique. Cela lui permettrait d'organiser la permanence des soins avec les autres professionnels de santé et d'assurer également les besoins en matière médico-sociale.

Mme Chaynesse Khirouni. Vous le savez, la nuit amplifie l'inquiétude des parents lorsqu'un de leurs enfants est malade, ce qui les conduit à se rendre aux urgences ou à recourir à SOS Médecins en cas, notamment d'encombrement des bronches ou de fièvre élevée. En effet, il n'est pas toujours aisé de définir, chez le nourrisson ou le très jeune enfant, les caractéristiques d'une situation clinique qui peut rapidement se dégrader.

Avez-vous des préconisations particulières à formuler en matière de permanence des soins pédiatriques ? Convient-il d'envisager une réponse spécifique en direction des nourrissons et des très jeunes enfants ?

Mme Kheira Bouziane. Lors de l'examen du projet de loi de modernisation de notre système de santé, j'ai présenté un amendement, que j'ai retiré à la demande de la ministre de la santé, visant à débloquer l'installation des pharmaciens en zone rurale. À l'heure actuelle, un pharmacien ne peut s'installer dans une commune de moins de 2 500 habitants. Or le développement des territoires ruraux répond aujourd'hui davantage à une logique de bassin d'emploi qu'à une problématique communale. Mme Touraine a promis de se pencher sur la question.

On ne saurait par ailleurs évoquer l'optimisation de la permanence des soins ambulatoires sans soulever la question de la démographie médicale. *Quid* de la reconnaissance du rôle que doivent jouer dans la PDSA les médecins étrangers, dont la présence sur le territoire national est à la fois utile et souvent appréciée ?

Je regrette, comme Mme Poletti, que le secteur de la santé, qui est solvabilisé par la sécurité sociale, ne soit pas soumis à certaines des obligations auxquelles sont soumis d'autres services publics, comme l'éducation ou la sécurité.

M. Dominique Tian. Les grandes villes rencontrent, comme les zones rurales, des difficultés à organiser la permanence des soins ambulatoires. Marseille connaît ainsi des problèmes d'organisation des gardes de médecins et de pharmaciens. J'ai rencontré récemment l'adjoint délégué au bataillon des marins-pompiers : il m'a assuré que les urgences coûtaient très cher à la ville de Marseille, du fait qu'en l'absence de réponse adaptée du médecin ou du pharmacien de garde, c'est le bataillon des marins-pompiers de Marseille qui assure régulièrement le transport des malades aux urgences qui sont, elles-mêmes, totalement embouteillées. Le système se caractérise donc à la fois par son inefficacité et son coût élevé.

Ce rapport pose les bonnes questions : il est urgent de dégager des solutions, ne serait-ce qu'en trouvant les professionnels qui seront inscrits sur le tableau de garde. L'ARS et le préfet jouent insuffisamment leur rôle. Une prise de conscience est nécessaire.

Mme Annie Le Houerou. Ce rapport établit un bon diagnostic de la permanence des soins ambulatoires sur le territoire national.

Vous souhaitez encourager le développement des MMG : c'est un excellent moyen à la fois de coordonner et donc de garantir la réponse médicale au-delà de vingt heures ainsi que les dimanches et jours fériés et de soulager les services des urgences.

Toutefois, dans ma circonscription, les MMG sont souvent sollicitées pour pallier l'insuffisance de médecins traitants en dehors de toute situation d'urgence : des renouvellements d'ordonnance ou l'établissement de certificats médicaux pour la pratique d'un sport y sont communément demandés, dans le cadre d'une consultation de soixante-cinq euros !

Le coût de la consultation dans les MMG n'est pas sans poser, d'ailleurs, la question de l'accessibilité aux soins pour tous, puisqu'il faut avancer les frais, ce dont tous les patients ne sont pas capables. Je me félicite de l'instauration du tiers-payant dans les MMG.

Enfin, en zone rurale, l'accès aux MMG est impossible aux personnes ne disposant pas d'un moyen de locomotion.

Mme Valérie Boyer. Comment améliorer la permanence des soins ambulatoires quand tout est fait pour déstructurer le réseau des pharmacies d'officine, sur lequel les professionnels de santé et les patients pourraient s'appuyer ? En effet, alors qu'il est difficile d'obtenir d'un médecin qu'il s'installe dans une zone déficitaire, les pharmaciens d'officine, eux, n'ont pas déserté le territoire. Or la volonté d'autoriser les supermarchés à vendre des médicaments a dévalorisé la profession alors que, je le répète, celle-ci pourrait constituer un pivot de la permanence des soins aux côtés des autres professionnels de santé.

La délégation des tâches et la coopération entre les professionnels de santé doivent être améliorées. La loi HPST avait permis de franchir une première étape en la matière : malheureusement, en trois ans, rien n'a été fait pour permettre à ces professionnels de se structurer et de participer à la permanence des soins. La fragilisation des établissements de santé privés a eu également des conséquences négatives.

M. Tian a raison : à Marseille, le fait pour les marins-pompiers de devoir pallier les défaillances de la permanence des soins a un coût très important pour la collectivité. Les marins-pompiers de Marseille méritent que nous nous montrions courageux.

M. Jean-Pierre Door, président. Tous les départements rencontrent les mêmes difficultés.

Mme Bernadette Laclais. Ce rapport, appuyé sur des visites de terrain, a le mérite de formuler des propositions concrètes parfaitement réalisables.

Il serait possible d'avancer rapidement, puisque plusieurs textes actuellement en cours d'examen recourent ce sujet : le rapport de la mission devrait notamment éclairer la deuxième lecture du projet de loi de modernisation de notre système de santé. Quant au texte

relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, il pose la question de la montée en puissance de la présence d'infirmières la nuit dans les EHPAD.

Puissent ces questions faire l'objet d'un consensus !

Je tiens à souligner, monsieur le président, que, dans les zones de montagne, le relief et le climat s'ajoutent aux difficultés d'intervention rencontrées partout ailleurs, sans compter, parfois, les pratiques des touristes.

M. Dominique Dord. Les difficultés d'organisation de la permanence des soins ambulatoires sont révélatrices de la spécificité, voire de l'ambiguïté du système de santé français, qui est à la fois public et libéral.

Une approche internationale manque au rapport alors que la permanence des soins ambulatoires se pose dans tous les pays du monde. Pouvez-vous nous faire part de quelques expériences étrangères ?

M. Michel Issindou. Je tiens à saluer le caractère réaliste du rapport qui propose des mesures pragmatiques.

Madame la rapporteure, vous avez affirmé qu'il n'est pas question de revenir aujourd'hui ni sur le volontariat en matière de garde ni sur la liberté d'installation des médecins. C'est le point de vue défendu par le Président de la République et la ministre de la santé : c'est pourquoi ils s'efforcent encore aujourd'hui de combler les failles du système par des mesures d'incitation à l'installation dans les déserts médicaux. Le peu d'efficacité de ces mesures rend toutefois peu soutenable le point de vue du Président de la République.

Nous serons contraints, un jour, pour éviter que la situation ne se dégrade de manière trop importante, de revenir sur la liberté d'installation, même si personne, à droite ou à gauche, ne le souhaite et ne s'est engagé en ce sens jusqu'à aujourd'hui.

M. Michel Liebgott. Les délégations évoquées dans le rapport sont pertinentes : dans le domaine de l'ophtalmologie, la prise en charge de soins par des infirmiers dans le cadre d'un protocole thérapeutique a donné de bons résultats, l'ophtalmologue n'intervenant qu'en cas d'urgence avérée. Des consultations sont assurées même les jours fériés, lorsque la semaine a été trop chargée.

Les élus locaux doivent se mobiliser pour informer leurs concitoyens, notamment les personnes âgées qui ignorent souvent où et quand téléphoner. L'information est trop difficile à trouver en situation d'urgence.

Enfin, il faut savoir s'inspirer des exemples étrangers. L'aspect coercitif s'imposera un jour pour surmonter les difficultés.

M. M. Jean-Pierre Door, président. Monsieur Perrut, en nuit profonde, c'est-à-dire de minuit à huit heures du matin, le nombre des appels est statistiquement inférieur à trois. C'est pourquoi la nuit profonde a été exclue de la garde ambulatoire, qui n'a été instaurée qu'entre vingt heures et minuit et le week-end, les urgences traitant les appels en nuit profonde.

Alors que le transport par véhicule sanitaire léger (VSL) ou par ambulance vers l'hôpital est remboursé, en revanche le déplacement vers une MMG ou chez le médecin ne

l'est pas. La personne qui ne dispose pas d'un moyen de locomotion n'a donc, à l'heure actuelle, d'autre choix que d'appeler une ambulance et de se rendre à l'hôpital. Si nous voulons diriger ces patients vers les MMG, il convient de prendre en charge leur déplacement.

Monsieur Barbier, j'ai insisté sur le rôle des CODAMUPS-TS, qui réunissent médecins, pharmaciens, kinésithérapeutes, infirmiers : ils doivent se réunir régulièrement autour du préfet et du directeur de l'ARS pour discuter de l'organisation de la permanence des soins. L'échelon départemental de coordination de tous les professionnels de santé est le seul et c'est, de plus, le meilleur.

La permanence des soins ambulatoires et le volontariat des médecins libéraux doivent constituer un volet important des négociations conventionnelles entre les organismes d'assurance maladie et les professionnels de santé. La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) doit intégrer la permanence des soins.

Madame Boyer, il convient d'instaurer, partout en France, une coordination entre les SDIS et les SAMU pour éviter la compétition et les doublons entre le 15 et le 18. Il faut à cette fin prévoir une interconnexion efficace des systèmes de régulation, pour éviter que le SDIS ne se déplace en dehors de son domaine de compétence direct. C'est une demande récurrente des médecins-pompiers.

Monsieur Dord, je me suis rendu en Allemagne, aux Pays-Bas et au Danemark : ces pays connaissent les mêmes problèmes que la France. Toute coercition a entraîné des effets contraires à ceux recherchés, que ce soit en Allemagne, en Autriche, en Hongrie ou aux Pays-Bas.

Mme la rapporteure. Monsieur Bapt, une expérimentation est en cours en Poitou-Charentes qui conduit à rémunérer, sur le FIR, l'établissement des certificats de décès à hauteur de quatre-vingt-dix euros. Il conviendra d'évaluer cette expérimentation.

S'agissant de la différence de rémunération, selon les régions, de l'effectif et de la régulation, il faut savoir que les problématiques territoriales sont différentes. Lorsqu'une jeune femme médecin libéral accepte en Picardie, qui souffre de pénurie médicale, d'assurer la régulation, il est normal qu'elle gagne davantage que ses confrères qui refusent de l'assurer et restent chez eux. Qu'elle touche 120 euros par heure pour une prestation de six heures ne me paraît pas injustifié. Il convient toutefois, vous avez raison, d'évaluer les différentes tarifications.

Madame Le Callennec, l'opposition, en 2009, souhaitait la création d'une agence nationale dont le rôle aurait été de coordonner toutes les ARS : c'est la majorité de l'époque qui n'en a pas voulu. Cette instance nous fait aujourd'hui défaut.

S'agissant du coût des urgences, je tiens tout d'abord à souligner le fait que nos concitoyens n'abusent pas de celles-ci. Ils ne se déplacent pas la nuit sans raison. Il a été observé une augmentation de 30 % de la fréquentation des urgences depuis 2003, c'est-à-dire depuis que les médecins n'ont plus l'obligation d'exercer une garde. Comment ne pas faire le lien ? Quand bien même nos concitoyens connaîtraient les coûts respectifs de la permanence des soins ambulatoires et des urgences, si aucun médecin de garde ne peut s'occuper d'eux, ils iront aux urgences.

Il faut savoir qu'en 2013, 118 points d'accueil d'urgence relevaient d'établissements de santé privés à but lucratif sur un total de 734. On dénombrait par ailleurs aux alentours de 580 points d'accueil relevant d'établissements publics de santé, pour lesquels ce service fait partie intégrante de leur mission.

Monsieur Touraine, vous avez raison, il faut améliorer l'information des futurs médecins dans leur cursus et déverrouiller les obstacles empêchant les médecins remplaçants de participer à la permanence des soins ambulatoires. Le rapport insiste aussi sur la nécessité de développer la coordination médicale et paramédicale entre les EHPAD. Les acteurs doivent être davantage responsabilisés.

Madame Orliac, vous avez évoqué la disparité des enveloppes FIR : celles-ci, comme je l'ai dit, font l'objet d'une discussion en PLFSS puisqu'elles constituent désormais un sous-objectif de l'ONDAM. Il convient de les évaluer région par région.

Monsieur Sebaoun, vous avez raison, les associations de permanence de soins des médecins libéraux comme SOS Médecins présentent quelques défaillances en termes de régulation. Il suffit d'un appel pour déclencher le départ d'un véhicule. La Cour des comptes l'a déjà signalé. Je tiens à rappeler que, dès 2003, il a été souligné que l'instauration du volontariat avait pour contrepartie le contrôle de l'État. Le manque de régulation au sein des associations de médecins pose un vrai problème.

Monsieur Perrut, les patients ne vont pas par plaisir à l'hôpital : ils préféreraient sans aucun doute être accueillis dans une permanence de soins ambulatoires où ils n'auraient pas à attendre deux ou trois heures avant d'être pris en charge. L'attractivité financière n'est donc pas la seule raison pour laquelle les services des urgences des hôpitaux sont embouteillés. Si nos concitoyens s'y rendent, c'est soit parce qu'ils n'ont pas d'autre solution soit parce qu'ils n'ont pas l'information nécessaire pour faire appel à la PDSA.

Madame Delaunay, vous avez bien expliqué le problème des EHPAD.

Le risque de dérive des transports sanitaires existe, c'est vrai. Néanmoins, il convient de résoudre le problème d'accès à une MMG en l'absence de tout moyen de locomotion ou si la personne n'est plus capable de conduire, comme c'est le cas pour une simple entorse, par exemple. Je ne suis pas certaine que nous devons nous reposer sur la solidarité entre voisins : ce serait un peu jouer à la roulette russe – souvenons-nous de la canicule de 2003. Notre système repose sur la solidarité nationale, qui doit jouer à plein.

Monsieur Richard, la régulation est également pratiquée par des médecins libéraux dans les centres 15 – j'ai cité l'exemple d'un jeune médecin picard. Ces médecins intègrent ces structures la nuit et pratiquent la régulation aux côtés de leurs confrères hospitaliers.

M. Door et moi-même en sommes convaincus : il faut développer les pratiques avancées. Madame Boyer, vous avez évoqué l'article 51 de la loi HPST. Chacun ici connaît le poids des corporatismes dans le système de santé : ils s'opposent à toute avancée en matière de transfert de tâches. C'est ainsi que les gynécologues s'opposent à tout transfert d'une de leur compétence aux sages-femmes, le collège des oto-rhino-laryngologistes (ORL) s'est opposé à la délégation aux pharmaciens des diagnostics rapides des angines à streptocoques, il a fallu reculer sur la vaccination par les pharmaciens prévue dans le cadre du projet de loi de modernisation de notre système de santé – ma liste n'est pas exhaustive. Nous manquons tous de courage devant le corporatisme médical, et ce, alors même que les professionnels de santé

pourraient se former dans le cadre du développement personnel continu pour acquérir de nouvelles compétences.

Vous avez raison : il faut savoir si l'argent de la permanence des soins ambulatoires est bien distribué.

Madame Poletti, au sein de cette commission, beaucoup de députés, de droite comme de gauche, sont derrière vous. Je peux vous communiquer un récent sondage IPSOS : 91 % de nos concitoyens identifient un problème de mauvaise répartition des médecins sur le territoire et 71 % aimeraient de ce fait les priver de la liberté d'installation. J'envoie un message au corps médical : lorsque l'opinion des Français se retournera, du fait qu'ils solvabilisent le système et qu'ils auront besoin d'un médecin près de chez eux, la bataille ne dépendra plus des députés : elle sera perdue. Les élus devront répondre à la population. Je vous remercie, madame Poletti, de votre intervention – je suis du reste heureuse qu'elle provienne de vos bancs. Je rappelle que, pour ma part, je n'ai fait que rappeler le message que le Président de la République et la ministre de la santé délivrent depuis 2012. Je pense que si tous les groupes parlementaires avaient pu, sans pression, examiner la proposition de loi visant à limiter la liberté d'installation des médecins déposée par M. Folliot, de l'Union des démocrates indépendants, et signée par certains députés du groupe des Républicains, elle aurait été adoptée. Je le dis comme je le ressens au sein de nos murs.

Madame Iborra, c'est vrai, l'installation des médecins a un coût. Il est vrai, aussi, que le déplacement des médecins n'est pas la seule réponse, ce qui ne fait que mettre davantage en lumière l'importance de la régulation, dans le cadre de laquelle nos concitoyens sont bien soignés : il faut le leur faire comprendre. Un président de syndicat m'avait affirmé que la régulation était pratiquée gratuitement : non, la régulation, qui permet d'éviter des visites et donc des dépenses, a un prix. En Picardie, je le rappelle, elle est rémunérée entre quatre-vingt-dix et cent-vingt euros de l'heure.

Vous avez eu raison de réitérer votre demande de mission d'information. Le champ que vous avez défini est peut-être insuffisamment large. Il pourrait être envisagé une mission courte de trois mois.

Monsieur Barbier, votre propos n'avait rien de corporatiste : il entre dans le cadre de l'article 51 de la loi HPST. Leur maillage territorial permettrait aux pharmaciens d'effectuer du bon travail y compris dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires. Du reste, les commissaires qui, ici, sont pharmaciens, pourraient citer des cas où, sans provoquer d'accident, ils se sont substitués aux médecins à la demande de ces derniers, qui étaient surchargés. Le pharmacien est sous-utilisé en PDSA.

Madame Khirouni, je ne suis pas favorable à l'instauration d'une PDSA spécifique à la pédiatrie. Les parents s'inquiètent facilement pour leurs enfants, surtout la nuit – on peut les comprendre –, et, de plus, ils exercent souvent une pression sur les médecins : pour leur permettre d'aller travailler le lendemain, la crèche doit accueillir leur enfant – toutes les conventions collectives ne prévoient pas de jour d'absence « enfant malade ». La demande d'urgence provient de ces deux causes. Plutôt que d'instaurer une PDSA pédiatrique, il faut insister sur la régulation téléphonique, qui permet de rassurer et conseiller les parents. Un mal de tête chez un enfant n'est pas nécessairement le symptôme d'une méningite.

Madame Bouziane, il existe deux catégories de médecins étrangers : ceux qui sont ressortissants de l'Union européenne et ceux qui ne le sont pas et qui doivent subir des

examens, notamment de langue. Des médecins se sont émus que des équivalences de diplômes aient pu être accordées à des médecins étrangers dont les compétences n'étaient pas suffisantes. Faisons attention à ce que de tels cas ne se reproduisent pas.

Madame Le Houerou, je tiens à le répéter : sans poser la question de la généralisation du tiers-payant, il convient de l'instaurer dans les MMG, à charge pour celles-ci, comme l'a souligné M. Door, de se doter des équipements nécessaires.

Madame Boyer, je vous rappelle que les supermarchés ne sont toujours pas autorisés à vendre des médicaments. J'espère que tous les parlementaires, de tous bords politiques, pourront encore tenir longtemps sur le sujet : c'est une question de santé publique.

La délégation des tâches fluidifierait non seulement la permanence des soins ambulatoires mais le système de santé dans son ensemble.

Monsieur Issindou, je n'ai fait, je le répète encore, que rappeler le message du Président de la République : aucune coercition ne sera exercée sur les médecins, en matière d'installation comme de permanence des soins ambulatoires.

Aujourd'hui, l'installation d'une maison de santé pluridisciplinaire qui, aux yeux de certains, constitue l'unique réponse à la désertification médicale, coûte, toutes aides confondues des collectivités territoriales, des ARS, des CPAM et de l'État, entre 500 000 et 2 millions d'euros. Pourrions-nous continuer longtemps encore à en installer ?

Monsieur Liebgott, vous avez souligné avec raison l'intérêt d'une campagne de communication. En direction des personnes âgées, le mieux est d'utiliser le canal de la télévision ou celui de la radio. Toutefois, cette information ne répondra à leur angoisse que si elles ont un médecin à proximité de chez elles, notamment en zone rurale. Il faut savoir qu'un grand nombre de médecins traitants ne prennent pas leur retraite, par devoir.

M. Jean-Pierre Door, président. Je tiens à souligner le fait que les professionnels de santé occupant une maison de santé à titre libéral versent un loyer au mètre carré. Le remboursement de l'investissement dans une telle maison demande entre sept et neuf ans.

Le loyer est versé à la collectivité locale qui a procédé à l'investissement.

Mme la rapporteure. Donc, l'ARS et la CPAM ne reçoivent rien.

M. Jean-Pierre Door, président. En effet. L'ARS verse généralement, pour sa part, entre 50 000 et 100 000 euros.

Nous devons désormais nous prononcer sur la publication du rapport de la mission d'information.

La Commission décide à l'unanimité, en application de l'article 145 du Règlement, d'autoriser la publication du rapport.

Mme la rapporteure. Je vous remercie, monsieur le président, de ce travail mené en commun.

(Présidence de Mme Catherine Lemorton, présidente de la Commission)

La Commission en vient ensuite, sur le rapport de M. Philip Cordery, à l'examen de la proposition de résolution européenne appelant à une coordination des politiques européennes en matière de prévention et de lutte contre le tabac, dans le texte adopté par la Commission des affaires européennes (n° 2805 annexe au rapport) (n° 2716).

Mme la présidente Catherine Lemorton. Mes chers collègues, je vous informe que le passage en séance publique du texte que nous examinons maintenant aura lieu le lundi 8 juin, en deuxième point de l'ordre du jour.

M. Philip Cordery, rapporteur. Avant d'évoquer le fond du sujet, je rappelle qu'en vertu des articles 151-2 et suivants de notre règlement, les propositions de résolution européenne sont d'abord examinées par la Commission des affaires européennes, puis renvoyées devant la commission permanente compétente au fond. C'est cette étape qui nous réunit aujourd'hui. La présente proposition de résolution européenne appelant à une coordination des politiques européennes en matière de prévention et de lutte contre le tabac a été inscrite à l'ordre du jour de la séance publique : elle ne fera donc pas l'objet d'une adoption tacite mais d'un débat dans l'hémicycle suivi d'un vote, et je m'en félicite.

La consommation de tabac constitue la première cause de décès prématurés en Europe, pour près de 650 000 Européens, soit plus que la population du Luxembourg. Selon le périmètre des affections prises en compte, on estime que le tabac tue entre 73 000 et 90 000 fumeurs par an en France. Pour notre pays, le coût social du tabac est estimé à 47 milliards d'euros par an, dont 18 milliards pour la seule sécurité sociale. Par contraste, les recettes de la fiscalité du tabac s'élèvent à 11 milliards d'euros en 2014.

Dans l'espace européen, les actions de lutte contre le tabagisme menées à l'échelle nationale sont fragilisées par la disparité des politiques, et en particulier par les différences de prix du tabac dans les différents États membres. La coordination de l'action au plan européen, notamment entre États frontaliers, paraît donc indispensable. Toutefois, affirmer l'importance d'une harmonisation par le haut en Europe ne constitue en aucun cas un argument pour négliger les possibilités que nous offre d'ores et déjà la législation nationale. C'est la raison pour laquelle, lors de l'examen du projet de loi de modernisation de notre système de santé, nous avons refusé de faire de la coordination européenne un préalable à toute mesure ambitieuse : cela aurait constitué une piètre excuse à l'inaction.

Au contraire, nous avons choisi de faire de la lutte contre le tabagisme un des domaines d'actions prioritaires de la prévention en santé. Nous avons adopté des mesures extrêmement volontaristes pour mettre en œuvre le programme national de réduction du tabagisme et aller au-delà des mesures de coordination déjà prévues au niveau européen.

Le projet de loi a ainsi décliné plusieurs des mesures de ce qui constitue le premier plan ambitieux de lutte contre le tabagisme engagé par la France depuis près de dix ans : instauration du « paquet neutre » ; interdiction de fumer dans un véhicule en présence d'un enfant de moins de douze ans ; encadrement du vapotage ; transparence sur les activités de *lobbying* de l'industrie du tabac ; interdiction de toute action de mécénat dans le domaine de la santé. Le projet de loi comporte également des mesures de transposition de la dernière directive « tabac », en particulier l'interdiction des arômes et des substances supposément vertueuses, comme la taurine. Toutes ces mesures se sont ajoutées aux dispositions permettant d'améliorer l'accès au sevrage tabagique.

C'est sur la base de cette impulsion nouvelle au niveau national que notre pays doit pouvoir appeler à une harmonisation supplémentaire des politiques européennes. Les efforts que nous engageons nous autorisent à inviter nos partenaires européens à être plus ambitieux dans ce combat.

La lutte contre le tabagisme passe par deux axes principaux : d'une part, les mesures de santé publique qui préviennent l'entrée dans le tabagisme ou aident à en sortir ; d'autre part, l'action sur le prix du tabac, dans lequel les taxes sont déterminantes. C'est sur ce second point que la situation est la plus délicate au plan européen.

Nous le savons, des augmentations importantes des prix permettent d'obtenir des baisses significatives de la consommation de tabac, comme le plan cancer engagé en 2004 a permis de le montrer en France. Une hausse rapide du prix atteignant 40 % a alors entraîné la baisse des ventes de près de 30 %. Toutefois, depuis 2007, la diminution de la consommation de tabac s'est interrompue, et on peut même constater une légère hausse. Parmi les adultes, la consommation quotidienne de tabac a augmenté de deux points entre 2005 et 2010, pour atteindre 30 %. Chez les jeunes âgés de dix-sept ans, elle dépasse 31 %, ce qui représente une augmentation de 2,6 points en trois ans à la fin de la dernière décennie.

Or nous rencontrons aujourd'hui des difficultés pour mobiliser de nouveau l'outil tarifaire à cause du commerce « hors réseau » alimenté, d'un côté, par la contrebande organisée par les industriels et, de l'autre côté, par les ventes transfrontalières licites qui résultent des différences de prix de part et d'autre d'une frontière. Entre pays d'Europe occidentale à niveau de vie comparable, le prix du paquet de cigarettes le plus demandé varie de 4,80 euros au Luxembourg à 9,94 euros au Royaume-Uni. Il est de 7 euros en France, bien plus élevé que dans chacun de nos voisins frontaliers : 5,47 euros en Belgique et en Allemagne, 4,75 euros en Espagne.

Différents facteurs entrent en ligne de compte. Tout d'abord, le prix de vente est fixé librement par les producteurs, mais il tient compte des niveaux de vie des populations et fait toujours l'objet d'un agrément, de droit ou de fait, des autorités nationales. Ensuite, à niveaux de vie constants, la fiscalité est l'élément décisif ; elle peut varier de près de vingt points entre pays comparables. Le minimum de perception pour 1 000 cigarettes est ainsi de 210 euros en France, contre 105 au Luxembourg, 128 en Espagne et 137 en Belgique.

On en constate les effets dans les zones frontalières : alors que l'écart du chiffre d'affaires « tabac » par fumeur représentait, pour une dépense annuelle d'environ 300 euros par fumeur, 12 euros en 2002, il était multiplié par près de six moins de dix ans plus tard, atteignant 76 euros. C'est ainsi un chiffre d'affaires de 1,4 milliard d'euros qui a été absorbé par le commerce transfrontalier, soit près de 200 millions de paquets de cigarettes.

L'harmonisation par le haut ne peut venir que de la coopération entre États. En effet, l'Union européenne ne dispose pas de la compétence fiscale permettant de définir, par exemple, un taux de taxes additionnelles sur le prix des tabacs. La directive du 21 juin 2011 concernant la structure et les taux des accises applicables aux tabacs manufacturés comporte des mesures très limitées : l'accise globale minimale sur les cigarettes a été portée de 57 % à 60 % du prix de vente, et le niveau minimal des droits sur le tabac à rouler passera de 47 euros par kilogramme en 2014 à 60 euros en 2020.

Nous ne pourrions apporter une réponse à la hauteur du défi sanitaire auquel nous sommes confrontés que si les États membres coordonnent véritablement leur action en

matière fiscale. Aussi, cette proposition de résolution appelle-t-elle à l'harmonisation des politiques menées dans l'Union dans les différents domaines de la lutte contre le tabagisme.

Tout d'abord, en ce qui concerne la lutte contre toute publicité pour le tabac, dont l'aboutissement ultime est le paquet neutre, la proposition de résolution demande à la Commission européenne de fournir à l'ensemble des États membres des éléments d'évaluation *a posteriori* de l'introduction du paquet neutre par certains États membres. Dans la mesure où certains États auront adopté le paquet neutre et d'autres le paquet « directive », la Commission européenne ne manquera pas d'éléments de comparaison sur les effets de l'un et de l'autre en termes de santé publique, de commerce transfrontalier et de contrebande.

Cela permettra sans doute de démontrer les effets bénéfiques du paquet neutre sur la lutte contre les ventes illégales : l'origine des paquets achetés deviendra plus visible, et les buralistes en zone frontalière en ont bien compris l'intérêt. Cette demande d'évaluation est d'ailleurs cohérente avec l'article 5 *duovicies* du projet de loi de modernisation de notre système de santé, issu d'un amendement de notre collègue Bernadette Laclais, qui prévoit la remise d'un rapport sur les effets du paquet neutre.

Logiquement, la proposition de résolution invite également le gouvernement français à promouvoir le paquet neutre auprès de ses partenaires européens. Ceux de nos collègues qui ont refusé l'adoption du paquet neutre, par crainte de voir la France s'engager seule dans cette voie en Europe continentale, devraient à tout le moins soutenir cet aspect de la proposition de résolution : puisque le paquet neutre sera appliqué en France, autant s'assurer que le Gouvernement s'efforcera d'y rallier le plus grand nombre de nos partenaires européens, en particulier nos voisins, afin de maximiser les effets de la mesure. Au demeurant, la France n'est pas seule dans ce combat : elle pourra s'appuyer sur l'action du Royaume-Uni et de l'Irlande.

Le deuxième moyen de lutte à mobiliser est l'outil tarifaire. La proposition de résolution appelle à une harmonisation par le haut de la fiscalité, avec une attention particulière pour les zones frontalières. L'appel s'adresse aux autres États membres, et non d'abord aux institutions communautaires, puisque, dans ce domaine, comme je l'ai déjà indiqué, les décisions relèvent de la règle de l'unanimité.

Malgré les contraintes budgétaires, il nous semble que la Commission européenne devrait accroître sa participation financière aux campagnes nationales de lutte contre le tabac. En raison des spécificités du rapport social au tabac dans les différentes nations européennes, cette approche paraît plus efficace que d'engager des campagnes de prévention à l'échelle européenne. C'est, en outre, conforme au principe de subsidiarité.

Cette politique doit être complétée par un renforcement de la lutte contre les achats transfrontaliers illicites de tabac. Pour mémoire, l'article 18 de la directive du 3 avril 2014 autorise les États membres à interdire la vente à distance transfrontalière de produits du tabac destinés aux particuliers. Cette mesure est largement transposée par la France : ainsi, en décembre dernier, l'article 93 de la loi de finances rectificative pour 2014 interdit et réprime, outre la vente, déjà interdite, l'achat de tabac à distance. Cet article définit également les moyens opérationnels utilisables par les services des douanes, en liaison avec les sociétés de distribution. En vue d'améliorer la coopération entre les différentes administrations des douanes, la proposition de résolution demande à la Commission européenne de préciser les modalités pratiques de mise en œuvre de cette interdiction par les États membres.

Enfin, je salue l'initiative de notre collègue Michèle Delaunay qui a proposé, lors de l'examen de ce texte par la Commission des affaires européennes, l'ajout d'un ultime alinéa appelant la Commission européenne à élaborer, puisque la procédure civile est de compétence nationale, des recommandations en vue d'harmoniser les procédures civiles en matière de recours des victimes du tabac et de promouvoir les actions de groupe. Nous aurons tout à gagner à comparer les approches nationales afin de mieux contrer les stratégies des multinationales.

Je vous propose donc, mes chers collègues, que nous adoptions cette proposition de résolution européenne dans le texte adopté par la Commission des affaires européennes.

Mme Michèle Delaunay. Les chiffres des dégâts sanitaires provoqués par le tabac ont été réévalués : ce sont 750 000 Européens qui chaque année décèdent du tabac, dont 78 000 en France et 128 000 en Allemagne. C'est une raison suffisante pour saluer l'initiative de Philip Cordery qui porte le débat au niveau européen, sans lequel aucune politique de lutte contre le tabagisme ne trouvera sa pleine force.

Cette proposition de résolution réunit les quatre piliers de la politique anti-tabac, dont le maître-outil est l'harmonisation par le haut de la fiscalité du tabac. Le premier plan cancer l'a démontré : c'est l'arme majeure permettant de dissuader les fumeurs, en particulier les jeunes.

Le texte prévoit également l'évaluation et la comparaison des effets du paquet neutre, la lutte contre les commerces transfrontaliers, illicite et licite, et l'harmonisation des politiques européennes de prévention.

Jean-Louis Touraine, Bernadette Laclais, Jean-Louis Roumegas et moi-même avons proposé un amendement tendant à inclure dans la proposition de résolution un cinquième pilier : la possibilité de déclencher des actions de groupe. Nous ne pouvons laisser les victimes du tabac et leurs familles seules, sans le secours de la loi. Cet amendement a été adopté à l'unanimité au moment même où, au Québec, une action de groupe, faite au nom d'un million de victimes du tabac, a permis de faire condamner Imperial Tobacco Canada, Rothmans Benson & Hedges et Japan Tobacco International, à plus de 15 milliards de dollars canadiens. Déjà, il y a trois ans aux États-Unis, le cigarettier Reynolds avait été condamné à verser 25 milliards de dollars. Lorsque les amendes ou les dédommagements se chiffrent en milliards, les multinationales commencent à s'inquiéter. L'action de groupe est donc une arme majeure.

Nous devons saluer cette initiative à laquelle le groupe socialiste, républicain et citoyen souscrit totalement. Elle s'inscrit dans la politique menée par la ministre de la santé Marisol Touraine. Nous devons considérer aujourd'hui l'objectif de sortie du tabac comme aussi important que l'abolition de la peine de mort.

M. Jean-Pierre Door. La lutte contre les effets délétères du tabagisme est indispensable : sur tous les bancs de l'Assemblée nationale, nous en convenons depuis longtemps. En tant qu'homme de santé, je connais les dégâts terribles causés par le tabac. C'est pourquoi nous avons toujours voulu l'application de la directive européenne de 2014.

La présente proposition de résolution va dans le bon sens. Depuis des années, nous appelons de nos vœux une action du Gouvernement en faveur de l'harmonisation européenne des politiques de lutte contre le tabac. Chacun sait, en effet, que les Français n'achètent en

France que 25 % de leur consommation de tabac, le reste provenant, parfois frauduleusement, de l'étranger, *via* notamment internet. Il ne faut pas non plus omettre les ventes illicites dans la rue : le marché parallèle du tabac, qui ne cesse de progresser, devient très pesant.

Ce texte nous pose toutefois un problème de méthode. Alors que sa première recommandation, à l'alinéa 18, vise à demander à la Commission européenne une étude d'impact sur l'introduction du paquet neutre, la deuxième recommandation, à l'alinéa 19, appelle le Gouvernement à en faire dès à présent la promotion auprès de ses partenaires européens, alors même que plusieurs de nos voisins, notamment la Belgique et l'Allemagne, n'ont pas approuvé cette introduction. Il serait plus logique de disposer de l'étude d'impact avant de la promouvoir : on ne met pas la charrue avant les bœufs.

Les Républicains voteront la proposition de résolution, appelant à l'indispensable harmonisation fiscale et à la lutte contre la fraude, même si notre amendement de suppression de l'alinéa 19 n'est pas adopté.

M. Arnaud Richard. Le tabac, qui est la première cause de décès prématurés évitables dans l'Union européenne, tue 200 personnes par jour en France. Nous ne saurions nous résoudre à accepter ce fléau et nous devons tout mettre en œuvre pour protéger les jeunes du tabagisme. Cet objectif est partagé. Lors de l'examen du projet de loi de modernisation du système de santé, j'ai d'ailleurs fait adopter un amendement imposant aux buralistes l'obligation d'exiger un justificatif de l'âge de l'acheteur.

La proposition de résolution poursuit le même objectif, même si sa méthode me laisse perplexe. Elle prévoit, en premier lieu, de demander à la Commission européenne une étude d'impact sur l'introduction du paquet neutre au sein de l'Union européenne. Cette disposition apparaît surprenante eu égard au fait que la majorité a d'ores et déjà adopté un dispositif qui va plus loin que celui proposé par la directive européenne. Pour rendre plus efficace sa politique de lutte contre le tabagisme, la France aurait dû l'inscrire dans une démarche européenne collective, sans chercher à mettre en œuvre des mesures qui peuvent apparaître excessives, sous peine de favoriser la contrebande et le commerce transfrontalier que la proposition de résolution entend pourtant combattre. Or telle n'est pas la démarche privilégiée par le Gouvernement et la majorité : cette proposition de résolution ne saurait faire office de session de rattrapage.

Notre politique de santé doit tenir compte de la diversité des taux de fiscalité appliqués au tabac au sein de l'Union européenne, d'autant que, comme le souligne la proposition de résolution, la fiscalité est l'arme la plus efficace pour prévenir le tabagisme et inciter à l'arrêt de la consommation de tabac.

Monsieur le rapporteur, l'Europe peut-elle s'emparer de l'outil fiscal en permettant l'harmonisation des taxes vers le haut sans l'accord des États membres ? Sinon, quelle serait l'attitude de la France en la matière ?

Si les députés de l'Union des démocrates indépendants partagent les objectifs poursuivis par la proposition de résolution européenne, ses recommandations les laissent sceptiques : elles traduisent les contradictions de la politique gouvernementale en matière de lutte contre le tabac.

M. Stéphane Claireaux. Cette proposition de résolution a provoqué, au sein du groupe Radical, républicain, démocrate et progressiste, des débats animés, l'introduction du

paquet neutre suscitant même, de la part de ses membres, l'expression de deux avis différents : les uns y étaient favorables, estimant que toute mesure allant dans le sens d'une prévention du tabagisme était bonne, les autres considéraient que le simple respect des directives européennes en la matière était amplement suffisant.

L'apposition d'images choc sur les paquets est très controversée. La quasi-totalité des cigarettes vendues à Saint-Pierre-et-Miquelon est importée du Canada voisin, dont les paquets de tabac affichent, depuis une vingtaine d'années, des images choquantes. Or celles-ci n'ont pas, semble-t-il, décidé de nombreuses personnes de mon entourage à arrêter de fumer. Leur seul intérêt est de contribuer à véhiculer l'image néfaste du tabac.

En revanche, le prix du paquet peut jouer un rôle déterminant dans la lutte contre le tabagisme : l'impact d'un prix élevé sera plus fort, notamment pour dissuader les jeunes de commencer à fumer. Les effets d'une augmentation du prix du paquet de cigarettes dans la lutte contre le tabagisme sont plus certains.

Notre groupe ne formule aucune objection particulière contre cette proposition de résolution européenne.

M. Jean-Louis Touraine. Les chiffres parlent d'eux-mêmes : 78 000 de nos concitoyens meurent chaque année directement victimes du tabac et 90 000, si on ajoute les effets indirects couplés à d'autres facteurs. Ces chiffres sont effrayants. La France a été terriblement frileuse depuis quinze ans : il est bon qu'elle se reprenne.

Pour parvenir à une dissuasion effective, le combat doit être mené au plan européen, *via* notamment une harmonisation par le haut ou, au moins, une coordination des taxes pesant sur le tabac. Il est nécessaire également de limiter les ventes transfrontalières.

Il y a quelques années, j'ai proposé le paquet neutre comme un des moyens parmi d'autres de lutter contre le tabagisme. Entre-temps, l'Australie, l'Irlande et le Royaume-Uni l'ont adopté : c'est désormais au tour de la France. L'Europe doit continuer dans cette voie pour que le monde évolue vers ce que l'OMS appelle « un monde sans tabac », lequel suppose de restreindre progressivement, de manière considérable, les ventes de tabac et donc de trouver des solutions de remplacement pour les buralistes. Une telle politique doit être menée pour toutes les générations nées au XXI^e siècle, avant la fin duquel ce fléau ne devra plus peser sur la jeunesse de notre pays.

Le combat contre les *lobbies* doit être commun en Europe : ils agissent, en effet, aussi bien au niveau du Parlement européen que des gouvernements nationaux. Il convient également de mettre en commun des moyens permettant de lutter contre le détournement des lois nationales. C'est ainsi que le financement par l'industrie du tabac d'œuvres artistiques à visée promotionnelle ou publicitaire n'est pas combattu en Europe avec les mêmes moyens, la même efficacité ni les mêmes actions juridiques qu'aux États-Unis ou au Canada.

L'Europe n'est pas encore exemplaire ; elle doit le devenir. Elle doit également entraîner le reste du monde. Les pays en voie de développement sont devenus des cibles pour l'industrie du tabac, ce qui ne manquera pas de provoquer chez eux des catastrophes dont l'importance dépassera les chiffres européens.

Mme Bérengère Poletti. J'ai déjà dit à M. le rapporteur combien j'approuve son initiative, qui rejoint celle que j'ai défendue dans le cadre du projet de loi de financement de

la sécurité sociale par la voie d'un amendement qui, malheureusement, n'a pas recueilli l'assentiment de la majorité et qui visait à demander au Gouvernement de prendre les mesures nécessaires avec les autres gouvernements européens pour avancer sur la voie d'une harmonisation des politiques européennes.

De nombreuses mesures ont déjà été prises pour combattre le fléau du tabagisme. Si l'augmentation brutale et importante du prix du paquet de cigarettes a un impact, toutefois, l'effet de la mesure n'a qu'un temps. L'interdiction dans les lieux publics a également permis de diminuer le tabagisme passif tout en dissuadant de nombreuses personnes de fumer. On parle maintenant du paquet neutre ou des images choc. Pour autant, ces mesures ne parviennent pas à lutter contre le développement du trafic de tabac dans les zones frontalières. Les bons résultats que l'Australie a obtenus, elle les doit à son insularité. Tel n'est pas le cas de la France, qui a de nombreuses frontières et est en compétition avec de nombreux pays.

Certes, nous voterons la proposition de résolution. Toutefois, je tiens à souligner que les actions de groupe ont pour effet de remettre en cause la responsabilité individuelle : or chacun doit être responsable de ses choix. Est-il, par ailleurs, possible de conduire une action de groupe contre une entreprise étrangère ?

M. le rapporteur. Je vous remercie de votre soutien global à la proposition de résolution européenne.

Tous, nous reconnaissons que les distorsions entre les pays européens sont néfastes : dès lors, ou nous nous contentons de regretter la perméabilité des zones frontalières, ou nous nous montrons offensifs en demandant à nos voisins de conduire la même politique que nous. Il convient, à cette fin, de porter le débat au niveau européen. Telle est la logique volontariste de la majorité.

À partir du moment où plusieurs pays ont mis en application le paquet neutre, la Commission européenne peut se fonder sur leur expérience, qui sert d'étude d'impact, pour mieux informer les autres États membres.

Monsieur Richard, la fiscalité étant un domaine qui requiert l'unanimité des États membres de l'Union européenne, la proposition de résolution leur demande d'agir ensemble sur cette question. Tant mieux si les Vingt-huit agissent dans le même sens. Si seuls deux ou trois de nos voisins parmi ceux qui ont la fiscalité la plus basse – la Belgique, le Luxembourg ou l'Espagne –, l'augmentent, ce sera toujours une avancée.

Madame Poletti, les actions de groupe ne sont pas possibles au plan européen. C'est pourquoi la proposition de résolution demande à la Commission européenne d'élaborer une recommandation visant à harmoniser en Europe les procédures civiles afin que des actions de groupe puissent être menées dans différents pays de manière conjointe. La représentation collective des citoyens vis-à-vis des multinationales est, en effet, une arme essentielle dans la lutte contre le tabagisme. Nous appelons à une harmonisation des législations européennes.

La Commission en vient à l'examen de l'article unique de la proposition de résolution européenne.

Article unique

La Commission examine l'amendement AS1 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Nous pensons qu'il est nécessaire de procéder à une étude d'impact sur l'introduction du paquet neutre avant de demander à nos voisins de l'adopter à leur tour. Ils sont peu nombreux, les pays qui ont adopté le paquet neutre dans le monde. Il serait donc plus judicieux d'attendre les résultats de l'étude d'impact avant d'en faire la promotion. C'est pourquoi l'amendement AS1 vise à supprimer l'alinéa 19.

Ne nous contentons pas de faire des vœux et passons à l'action ! Aujourd'hui, c'est le paquet « directive » qui est une obligation.

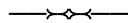
Réfléchissons également au devenir des buralistes, qui font, à l'heure actuelle, l'objet d'une mission.

M. le rapporteur. Avis défavorable pour les raisons que j'ai données dans ma réponse à M. Door. À partir du moment où le paquet neutre a déjà été adopté dans plusieurs pays, la Commission européenne dispose des éléments relatifs à son évaluation. La France souhaite se montrer offensive en étant à l'avant-garde de la lutte contre le tabac au niveau européen. Ne nous replions pas sur le plus petit dénominateur commun.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte à l'unanimité l'article unique de la proposition de résolution européenne sans modification.

La séance est levée à douze heures trente.



Présences en réunion

Réunion du mercredi 3 juin 2015 à 9 heures 30

Présents. – M. Élie Aboud, M. Bernard Accoyer, M. Joël Aviragnet, M. Pierre Aylagas, M. Gérard Bapt, M. Jean-Pierre Barbier, Mme Véronique Besse, Mme Gisèle Biémouret, Mme Kheira Bouziane-Laroussi, Mme Valérie Boyer, Mme Martine Carrillon-Couvreur, M. Gérard Cherpion, M. Stéphane Claireaux, Mme Marie-Françoise Clergeau, M. Philip Cordery, M. Jean-Louis Costes, M. Rémi Delatte, Mme Michèle Delaunay, M. Jean-Pierre Door, M. Dominique Dord, Mme Françoise Dumas, Mme Hélène Geoffroy, M. Jean-Patrick Gille, M. Henri Guaino, Mme Joëlle Huillier, Mme Sandrine Hurel, Mme Monique Iborra, M. Michel Issindou, Mme Chaynesse Khirouni, Mme Bernadette Laclais, Mme Conchita Lacuey, Mme Isabelle Le Callennec, Mme Annie Le Houerou, Mme Catherine Lemorton, M. Jean Leonetti, M. Céleste Lett, Mme Geneviève Levy, M. Michel Liebgott, Mme Gabrielle Louis-Carabin, M. Laurent Marcangeli, Mme Véronique Massonneau, M. Pierre Morange, M. Hervé Morin, Mme Dominique Orliac, Mme Luce Pane, M. Bernard Perrut, Mme Martine Pinville, Mme Bérengère Poletti, M. Arnaud Richard, M. Denys Robiliard, M. Gérard Sebaoun, M. Christophe Sirugue, M. Dominique Tian, M. Jean-Louis Touraine, M. Francis Vercamer, M. Jean-Sébastien Vialatte, M. Jean Jacques Vlody

Excusés. – Mme Sylviane Bulteau, Mme Marie-Arlette Carlotti, M. Richard Ferrand, Mme Jacqueline Fraysse, M. Christian Hutin, M. Denis Jacquat, M. Jean-Philippe Nilor, Mme Monique Orphé, M. Arnaud Robinet, M. Jean-Louis Roumegas, M. Jonas Tahuaitu