

A S S E M B L É E      N A T I O N A L E

X I V <sup>e</sup>      L É G I S L A T U R E

# Compte rendu

## Commission des affaires sociales

- Suite de l'examen, en nouvelle lecture, des articles du projet de loi, modifié par le Sénat, relatif à la santé (n° 3103) (*M. Gérard Sebaoun, Mme Bernadette Laclais, M. Jean-Louis Touraine, Mme Hélène Geoffroy, M. Richard Ferrand, rapporteurs*) ..... 2
- Présences en réunion ..... 41

Mardi

10 novembre 2015

Séance de 9 heures 45

Compte rendu n° 14

SESSION ORDINAIRE DE 2015-2016

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



## COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Mardi 10 novembre 2015

*La séance est ouverte à neuf heures quarante-cinq.*

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

*La Commission des affaires sociales poursuit l'examen, en nouvelle lecture, sur le rapport de M. Gérard Sebaoun, de Mme Bernadette Laclais, de M. Jean-Louis Touraine, de Mme Hélène Geoffroy, et de M. Richard Ferrand, des articles du projet de loi, modifié par le Sénat, relatif à la santé (n° 3103).*

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Hier, les sujets évoqués méritaient les nombreuses prises de parole auxquelles nous avons assisté, notamment dans les rangs de l'opposition. Je pense avoir été assez conciliante en la matière.

Nous allons, ce matin, revenir à la règle que nous avons fixée hier à seize heures pour les temps de parole, en nous fondant sur l'article 100, alinéa 7 du règlement, à savoir deux minutes pour l'un des auteurs de l'amendement et deux minutes pour un orateur d'opinion contraire. Faute de quoi, certains d'entre vous ne pourront pas partir dans leur circonscription pour préparer la cérémonie du 11 novembre, alors que d'autres s'en seront allés une fois leur sujet de prédilection traité...

### Chapitre V

#### **Renforcer les outils proposés aux professionnels pour leur permettre d'assurer la coordination du parcours de leur patient**

##### **Article 25 : Échange, partage de données et dossier médical partagé**

*La Commission examine, en discussion commune, les amendements AS25 de Mme Bérandère Poletti et AS124 de M. Élie Aboud.*

**M. Jean-Pierre Door.** La définition de l'équipe de soins refonde totalement le système de santé français. Elle ouvre en effet le secteur de la santé à des non-professionnels de santé, supprime le libre choix du patient et remet en question l'existence d'un exercice libéral des professionnels de santé.

La qualification d'équipe de soins est octroyée à un ensemble de professionnels dès lors qu'un seul et unique professionnel de santé en fait partie, la présence d'un médecin étant optionnelle.

Notre amendement AS25 propose, à l'alinéa 23, de substituer aux mots « au moins un professionnel de santé » les mots « uniquement des professionnels de santé et des personnels exerçant dans un établissement ou un des services de santé [...] ».

**M. Élie Aboud.** Mon amendement AS124 est pratiquement identique. Le secret médical ne doit pas être sacrifié dans cette affaire. D'où la nécessité de mon amendement.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure pour le titre II.** Je ne suis pas favorable à ces amendements : l'expérience de la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques ou des patients âgés montre le bénéfice d'un partage des informations entre les professionnels de santé et les non-professionnels de santé.

Cela étant, il ne faut effectivement pas sacrifier le principe du secret médical, auquel tout le monde est attaché. Le ministère m'a fait savoir que seules les informations strictement utiles doivent être échangées ou partagées et un décret en Conseil d'État, pris après avis de la CNIL, viendra encadrer cette possibilité.

C'est la raison pour laquelle j'émet un avis défavorable à ces amendements. J'ajoute, sur la forme, que si ces amendements étaient adoptés, nous aurions un alinéa 21 et un alinéa 23 quasiment identiques.

*La Commission rejette successivement les amendements AS25 et AS 124.*

*La Commission est saisie de l'amendement AS336 de la rapporteure.*

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Cet amendement vise à supprimer, à l'alinéa 45, les mots « sous réserve de l'accord préalable du patient et » pour que le médecin traitant ait accès aux données masquées du dossier médical partagé.

L'accord du patient préalable à la consultation par le médecin traitant des données rendues inaccessibles est source de difficultés. Pivotal de la coordination des soins, le médecin traitant doit pouvoir accéder à l'ensemble des informations du patient afin d'assurer une prise en charge optimale. D'où la suppression des mots : « sous réserve de l'accord préalable du patient et ».

*La Commission adopte l'amendement.*

*La Commission en vient à l'amendement AS337 de la rapporteure.*

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Cet amendement vise à supprimer l'alinéa 46, à l'évidence redondant. L'accès des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes au dossier médical partagé est couvert par les termes génériques de « professionnels de santé ». Nous avons fait le choix de ne pas préciser davantage pour ne pas se retrouver avec un inventaire à la Prévert. Une liste serait source d'inconvénients et d'inquiétudes pour les professionnels qui n'y figurent pas. Ils sont intégrés dans la formulation générique que nous avons choisie.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 25 modifié.*

**Article 25 bis (nouveau) : Accès des médecins en établissement au dossier pharmaceutique du patient**

*La Commission adopte l'article 25 bis.*

## **Chapitre VI** **Ancrer l'hôpital dans son territoire**

### **Article 26 : Refondation du service public hospitalier**

*La Commission examine l'amendement AS347 de la rapporteure.*

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Cet amendement propose de supprimer les alinéas réinstaurant les quatorze missions de service public.

**M. Denis Jacquat.** Outre le fait qu'on ne reparle pas de convergence, je voudrais savoir, madame la rapporteure, quelle est la nouvelle politique française hospitalière concernant l'articulation entre les hôpitaux publics et les hôpitaux d'instruction des armées.

Depuis la restructuration militaire, de plus en plus de conventions sont passées, sous l'égide des agences régionales de santé (ARS), entre les hôpitaux militaires et les hôpitaux publics. L'inquiétude est grande, même si les hôpitaux militaires dépendent du ministère des armées, car c'est l'ARS qui régule les conventions. Les personnels sont très inquiets, car ils ont l'impression d'une asphyxie des centres d'instruction des armées. Ils souhaiteraient connaître la nouvelle politique menée à cet égard.

**M. Bernard Accoyer.** Cet amendement conduit à restaurer le texte que le Gouvernement avait fait approuver par sa majorité à l'Assemblée. Il persiste dans cette obsession dogmatique visant à donner une sorte de monopole public à l'hospitalisation. C'est une erreur profonde et nous aurons l'occasion de l'expliquer à l'occasion des amendements qui suivent. Mais l'exposé des motifs de l'amendement de la rapporteure illustre bien cette attitude partisane reposant sur des préjugés et extrêmement dangereuse, dans la mesure où la France et l'assurance maladie n'ont plus les moyens de nourrir deux systèmes qui seraient opposés.

Vous allez mettre en difficulté le secteur privé, qui va finir par disparaître. Vous aurez ensuite un monopole public qui coûtera de plus en plus cher. Il y aura inmanquablement une baisse de la qualité des soins, car l'émulation et la concurrence sont indispensables pour assurer la qualité. Sans parler des listes d'attente, car les coûts exploseront et c'est à ce niveau qu'il faudra réguler. Nous dénonçons avec force ces dispositions.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Monsieur Accoyer, vous relancez un débat que nous avons eu en première lecture, qui a eu lieu au Sénat, et que nous aurons encore une fois dans l'hémicycle la semaine prochaine. Je n'y reviens donc pas.

Monsieur Jacquat, je veux bien essayer de répondre à votre question, mais je pense qu'elle s'adresse plutôt à la ministre de la santé. Je vous invite à la poser à nouveau la semaine prochaine. Je peux tout de même vous dire qu'il est prévu que les hôpitaux des armées, faisant partie du service public hospitalier (SPH), sont alignés de ce point de vue sur le même statut. Une ordonnance traite de ce point à la fin du texte. Cela étant, la ministre vous apportera sans doute une réponse plus complète.

*(M. Jean-Patrick Gille remplace Mme Catherine Lemorton à la présidence).*

*La Commission adopte l'amendement AS347.*

*La Commission est saisie des amendements identiques AS61 de Mme Valérie Boyer, AS107 de M. Jean-Pierre Door, AS115 de M. Bernard Accoyer et AS268 de M. Gilles Lurton.*

**Mme Valérie Boyer.** Le Sénat a fait évoluer dans le bon sens la rédaction de l'article 26 en permettant aux établissements privés d'exercer des missions de service public. C'est le sens de mon amendement AS61, qui vise à supprimer l'alinéa 54.

En revanche, le Sénat a maintenu l'interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires. L'alinéa 54 prévoit d'imposer aux cliniques privées le contrôle des honoraires des médecins. Or le droit laisse le médecin libre de fixer et de contrôler ses dépassements, qu'il doit appliquer avec « tact et mesure ». C'est prévu dans la convention. Mais les tarifs prévus par la sécurité sociale n'ont pas évolué depuis plusieurs années. C'est la raison pour laquelle nous sommes dans cette situation. Outre l'expression « tact et mesure » contenue dans le code de déontologie, les dispositifs issus de la convention sont là pour limiter les dépassements d'honoraires.

Je propose de supprimer l'alinéa 54 afin de permettre aux cliniques d'exercer réellement des missions de service public, comme cela est prévu dans la nouvelle rédaction de cet article, et surtout pour mettre fin à cette opposition stérile entre public et privé. Les établissements publics, comme les établissements privés, exercent leur activité avec de l'argent public et répondent souvent aux mêmes missions. Arrêtons de les dresser les uns contre les autres et permettons aux établissements privés de fonctionner comme je le propose.

Aujourd'hui, la loi limite déjà le droit du médecin à pratiquer des dépassements d'honoraires dans certains cas précis : urgence, permanence des soins. Cette quatrième obligation, fixée dans l'alinéa 54, doit être supprimée, car elle n'a pas lieu d'exister.

**M. Jean-Pierre Door.** L'alinéa 54 illustre la volonté du Gouvernement de contrecarrer les dispositions de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST).

Dans l'article 26, qui traite du service public hospitalier, vous aviez totalement mis de côté les établissements privés. Le Sénat a fait évoluer l'article dans le bon sens en rétablissant, pour les établissements privés, la possibilité d'exercer des missions de service public. En revanche, il a oublié l'interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires. C'est une mesure tout à fait inégalitaire. Les médecins des établissements privés exerçant librement ne peuvent pas se voir imposer par la direction d'un établissement privé de se mettre en secteur 1 ou secteur 2 ; en revanche, dans les hôpitaux publics, il y a des médecins de secteur 2. Vous allez donc instaurer une inégalité dans le secteur public hospitalier avec, d'un côté, des établissements privés soumis à l'interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires, de l'autre, des établissements publics libres de le faire. Notre amendement propose de supprimer l'alinéa 54, qui montre cette différence de traitement. Cela étant, je le sais, c'est la philosophie de la gauche que d'être contre le secteur privé dans le monde médical.

**M. Bernard Accoyer.** L'intitulé même « service public hospitalier » montre que vous voulez tourner le dos à ce qui a prévalu jusqu'à présent : le service public de l'hospitalisation, qui recouvrait plusieurs catégories d'établissements, l'hôpital public, mais également les établissements privés à but non lucratif et les établissements privés à but lucratif.

En tournant le dos à cette définition, vous montrez une position de parti pris éminemment dangereuse par son dogmatisme et par ses conséquences. En interdisant aux établissements qui accueillent les urgences tout dépassement d'honoraires, vous refusez d'admettre une réalité pourtant reconnue par tous : l'inadaptation de la nomenclature au coût des prestations et des charges. En effet, l'assurance maladie n'a pas fait évoluer la nomenclature et, compte tenu de leur coût, les nouvelles technologies ne sont pas couvertes. Par conséquent, les dépassements sont indispensables pour l'équilibre de cet exercice, même si, bien entendu, le tact et la mesure doivent s'imposer partout.

Dans ces conditions, de nombreuses spécialités, notamment chirurgicales ne peuvent plus être exercées normalement en secteur 1. Mais le Gouvernement, par principe, est totalement opposé au secteur 2 et multiplie toutes les mesures pour l'étouffer et le faire disparaître. Ayez au moins le courage de le dire !

Sans tenir compte de l'évolution des charges qui pèsent sur les établissements et sur les praticiens, en particulier les charges assurantielles, mais aussi les charges technologiques – matériels à usage unique, matériels toujours plus coûteux –, vous êtes en train de charger la barque du public. Un jour, l'assurance maladie ne pourra plus la porter, et ce que vous dénoncez avec véhémence, le risque d'une médecine à plusieurs vitesses, sera, par votre faute, devenu réalité en France.

En outre, votre projet de tarifs dégressifs et le maintien de l'autorisation des dépassements d'honoraires dans les établissements publics posent un problème d'égalité. C'est même un problème constitutionnel, que nous ne manquerons pas de soulever lorsque nous saisissons la juridiction constitutionnelle.

**M. Bernard Perrut.** Je profite de cette occasion pour rappeler notre attachement à la pluralité de nos systèmes de santé. Le Sénat a fait évoluer la rédaction de cet article dans le bon sens puisqu'il a rétabli pour les établissements privés la possibilité d'exercer des missions de service public. Mais il impose aux cliniques privées le contrôle des honoraires des médecins, alors qu'elles n'ont aucun droit de contrôle sur les honoraires des médecins libéraux, tout en ne touchant pas à la possibilité qui existe pour les praticiens exerçant une activité libérale au sein de l'hôpital public de pratiquer des dépassements d'honoraires, ce qui concerne près de 5 000 praticiens. C'est une disposition incohérente.

Nous proposons donc de supprimer l'alinéa 54 pour permettre aux cliniques d'exercer réellement des missions de service public, comme le prévoit la nouvelle rédaction de l'article.

Les cliniques privées ont toute leur place dans notre système de santé. Avec seulement 17 % des financements dits hospitaliers, les établissements privés prennent en charge 34 % des patients hospitalisés. Le côté exemplaire de l'hospitalisation privée doit être également montré en matière d'efficacité médico-économique. C'est un acteur économique et social important, avec des emplois non délocalisables, qui maille les territoires français avec des prestataires. 71 000 salariés et 32 000 médecins libéraux y travaillent. Enfin, n'oublions pas que l'hospitalisation privée paie chaque année 600 millions d'euros d'impôts. Nous devons donc respecter la place des hôpitaux privés dans notre système de santé.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Vous ne serez pas surpris de m'entendre donner un avis défavorable à ces amendements...

Nous avons déjà eu ce débat en première lecture et nous l'aurons sans doute encore la semaine prochaine. Vous voulez supprimer une disposition essentielle à nos yeux, qui a vocation à s'appliquer à l'ensemble des établissements qui participent au service public hospitalier. Je ne peux que vous dire à nouveau notre désaccord sur ce point.

Le Sénat a rétabli une disposition, qui me semble d'ailleurs contradictoire par rapport à celles qu'il a également réintroduites, et que nous venons de supprimer. S'il y avait déséquilibre, il était plutôt dans la rédaction de l'article 26 retenue par le Sénat.

**M. Arnaud Robinet.** L'article 26 illustre parfaitement à quel point nos deux visions sont radicalement différentes.

Notre système de santé repose sur deux piliers : le service public, d'un côté, le système privé ou libéral, de l'autre. L'option choisie par le Gouvernement vise à amplifier l'hospitalo-centrisme alors que notre pays devrait s'engager dans la voie de la déshospitalisation de la France : les centres hospitaliers universitaires (CHU), les hôpitaux publics devraient retrouver leur véritable mission, c'est-à-dire l'excellence, la recherche et l'innovation.

Avec l'article 26, vous renforcez cet hospitalo-centrisme en déséquilibrant totalement notre système de santé. Le Gouvernement confirme, par la voix de la ministre et de la rapporteure, l'interdiction pour les médecins de pratiquer des dépassements d'honoraires pour que les établissements puissent entrer dans le SPH, ce qui revient à en exclure de fait les cliniques privées.

Bernard Perrut a rappelé l'importance des établissements privés dans le système de santé français, en matière de santé, mais aussi en matière économique. La mesure que vous proposez est d'autant plus inégalitaire que les médecins des établissements publics de santé peuvent de leur côté pratiquer des dépassements d'honoraires sans que l'appartenance des établissements publics au SPH soit remise en cause.

Il y a là un vrai problème d'égalité entre établissements et entre professionnels de santé. Vous confirmez votre choix délibéré de déséquilibrer notre système de santé en renforçant l'hospitalo-centrisme, alors que les établissements publics devraient aujourd'hui retrouver leur véritable mission.

**M. Gérard Sebaoun.** Je suis favorable au maintien de cet alinéa pour les raisons suivantes.

Vous faites un amalgame qui n'a pas lieu d'être. Vous dites que le secteur privé doit participer au service public hospitalier. Nous sommes d'accord. Si c'est un choix, les règles doivent être les mêmes. Par contre, il n'y est pas obligé.

Prenons l'exemple d'un patient qui arrive aux urgences dans une clinique privée participant au service public hospitalier. Il est normal que celui-ci se voie appliquer les mêmes règles qu'à l'hôpital. Et ne me dites pas qu'à l'hôpital, les dépassements d'honoraires sont appliqués lorsqu'on reçoit un patient aux urgences : c'est absolument faux. Vous faites volontairement l'amalgame entre l'hôpital et la clinique pour ce qui relève de l'hospitalisation programmée et ce qui relève de l'urgence.

Si les cliniques veulent continuer à vivre en dehors du service public hospitalier, avec des praticiens qui, par convention en secteur 2, peuvent exiger des dépassements

d'honoraires, elles le peuvent. Si elles rentrent dans le service public hospitalier, elles doivent se soumettre à ses règles, qui sont des règles d'équité pour les patients qui les fréquentent.

**M. Élie Aboud.** À ceci près qu'un patient qui entre dans un système hospitalier est immédiatement réorienté dans tel ou tel secteur où il peut rencontrer des praticiens hospitaliers qui peuvent pratiquer leurs propres tarifs.

Que la puissance publique, de droite ou de gauche, donne un signal pour encourager l'hôpital, personne n'est contre. Mais il faut que ce soit fondé sur la justice. Aujourd'hui, on ne peut pas accepter qu'un praticien hospitalier, qui n'a pas le souci de l'assurance de responsabilité civile ni de l'achat du matériel, soit soumis aux mêmes conditions qu'un autre praticien qui exerce le même métier. C'est profondément injuste.

J'ai commis un rapport, autrefois, sur le clinicien hospitalier, qui était une passerelle entre le privé et le public. Malheureusement, ce rapport a été enterré ; et pourtant tout le monde était d'accord à cette époque.

*La Commission rejette les amendements.*

*La Commission examine, en discussion commune, les amendements AS62 de Mme Valérie Boyer, AS63 de M. Jean-Pierre Door, AS269 de M. Gilles Lurton, AS65 de Mme Valérie Boyer, AS67 de M. Jean-Pierre Door, AS116 de M. Bernard Accoyer et AS270 de M. Gilles Lurton.*

*Les amendements AS62, AS63 et AS269 sont identiques.*

*Les amendements AS65, AS67, AS116 et AS270 sont identiques.*

**Mme Valérie Boyer.** Cette discussion est aberrante. On vient de constater qu'il y avait une erreur technique et on l'érige en dogme contre le privé par rapport au public. Vous faites en sorte que les établissements publics puissent avoir un secteur privé, mais vous interdisez au secteur privé de pratiquer les dépassements d'honoraires qui sont autorisés dans le public... On marche sur la tête ! Je rappelle qu'il existe les urgences et la permanence des soins, où le secteur 1 est requis. Je ne comprends pas les décisions aberrantes que vous prenez contre les établissements privés et contre les médecins. Il s'agit de spécialités rares et vous faites tout pour empêcher ces praticiens de travailler correctement.

Mon amendement AS62 propose d'améliorer l'état de santé de chacun au meilleur coût.

La maîtrise des dépenses de santé corrélée au maintien d'un niveau de prise en charge de qualité est un enjeu capital de notre système de santé. Le service public hospitalier doit prendre en considération cet enjeu majeur pour donner aux usagers du système de santé un service en rapport avec leurs besoins, tout en respectant un véritable optimum financier.

C'est la raison pour laquelle nous proposons de remplacer cet alinéa par le respect du principe de l'efficacité, c'est-à-dire le meilleur soin au moindre coût. Dans un contexte économique contraint, le respect de ce principe est aussi un enjeu de responsabilité collective.

J'espère que nous allons prendre des décisions pragmatiques et non dogmatiques.

**M. Jean-Pierre Door.** Mon amendement AS63 est défendu, mais je voudrais compléter les propos de Mme Boyer et répondre à M. Sebaoun.

Dans l'hôpital public, les professionnels de santé sont sous la responsabilité de la direction hospitalière, et donc, de l'ARS. Il y a une échelle de responsabilité des praticiens, que l'on appelle d'ailleurs des praticiens hospitaliers.

Dans un établissement privé, les professionnels de santé sont totalement libres d'exercice et libres de leur choix d'exercice. Ils ont leur propre responsabilité assurantielle et professionnelle et sont totalement indépendants.

Vous faites un amalgame entre les deux. Ou bien vous acceptez que les établissements privés fassent partie du secteur public hospitalier, ou bien vous refusez qu'ils y rentrent. Mais 100 % des établissements privés ont une diversité d'exercice professionnel en secteur 1 et secteur 2, ce qui n'est pas le cas dans le monde hospitalier.

**M. Gilles Lurton.** L'objectif de tout système de santé est d'améliorer l'état de santé de chacun, si possible au meilleur coût. C'est ce que propose l'amendement AS269.

Quand je lis tous les alinéas de l'article 26 sur le service public hospitalier, à aucun moment il n'est question de l'amélioration de la qualité des soins.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Avis défavorable à ces trois amendements.

Je ne vois pas comment ce que vous proposez peut s'insérer dans le dispositif. Il y a des garanties minimales applicables à toutes les personnes ayant recours aux services des établissements relevant du service public hospitalier : un accueil adapté, une permanence d'accueil et de prise en charge, une égalité de soins et de qualité, l'absence de dépassements d'honoraires. Dans ce cadre, il convient d'accueillir tout le monde, quel que soit l'état de santé de la personne concernée. Voilà pourquoi je ne comprends pas le sens de ces amendements tels qu'ils sont rédigés, ni comment ils s'insèrent dans le dispositif.

J'en viens aux questions qui ont été débattues par la majorité et l'opposition.

L'objectif de cette loi santé est d'éviter qu'il y ait des restes à charge importants pour le patient. On peut défendre le public, comme le privé. L'objectif est de garantir une égalité de traitement des patients, avec la meilleure prise en charge. L'ensemble du texte veille, y compris dans les articles suivants, sur la base des amendements adoptés en première lecture, à ce que les dépassements d'honoraires et les restes à charge pour le patient soient les moins lourds possible. Telle est notre logique.

Vous en défendez une autre, c'est votre droit. Nous défendons une position différente, et je vois, dans tous les articles de ce texte, une continuité et une cohérence que je ne retrouve pas dans ce qui a été voté par le Sénat. C'est la raison pour laquelle j'ai émis un avis défavorable à l'ensemble des amendements qui traitaient de ces questions pour revenir à la cohérence de la première lecture, qui me semble être celle défendue depuis 2012 par le Gouvernement.

**M. Gérard Sebaoun.** Dans le cadre du service public hospitalier, les établissements privés se tourneront vers les praticiens qui travaillent en leur sein pour leur rappeler les règles que vient d'énoncer Mme la rapporteure. Certes, monsieur Door, un praticien du secteur 2

peut parfaitement les refuser, mais il s'agit alors d'un problème de contrat entre lui-même et l'établissement pour lequel il travaille.

Madame Boyer, en première lecture, nous avons presque unanimement voté un amendement que j'avais porté avec Christian Paul, visant à obliger les praticiens hospitaliers ayant une activité libérale – soit un peu moins de 6 000 personnes – à être conventionnés en secteur II. Vous aviez, je crois, soutenu cette avancée. Mais si vous souhaitez aller jusqu'à la suppression du secteur privé à l'hôpital, on peut en parler !

**M. Jean-Patrick Gille, président.** Nous passons à la seconde série d'amendements identiques.

**Mme Valérie Boyer.** Monsieur Sebaoun, vous voulez en fait supprimer le secteur privé dans les établissements privés ! La discussion est invraisemblable : partant d'un oubli technique, vous en faites un dogme et vous voulez désormais obliger les établissements privés à n'avoir que du secteur 1, alors que la loi prévoit déjà que ce dernier s'impose à tous en cas d'urgence ou de permanence des soins. Je ne comprends pas votre logique !

L'amendement AS65 propose de rédiger ainsi l'alinéa 54 : « L'accessibilité des soins. Cette obligation est définie par décret en Conseil d'État. » L'accessibilité des soins est une des composantes du service public hospitalier, mais sa mise en œuvre doit tenir compte des spécificités des modes d'organisation des établissements de santé et notamment de l'exercice libéral des médecins dans les établissements de santé privés. En effet, les établissements de santé privés n'ont aucune possibilité de contraindre la pratique tarifaire des médecins – il est bon de le rappeler.

Enfin, chers collègues de la majorité, sachez que nous aussi souhaitons que la loi serve le patient. Il n'y a pas d'un côté ceux qui pensent au patient et de l'autre, ceux qui n'y pensent pas ; c'est précisément parce que nous y pensons que nous voulons permettre aux praticiens d'exercer leur activité comme ils le souhaitent, en toute liberté, au sein des établissements privés et dans le secteur privé des établissements publics.

**M. Arnaud Robinet.** Malgré les difficultés budgétaires et financières, le seul objectif du projet de loi doit évidemment être l'intérêt du patient. Aujourd'hui, nous n'avons plus les moyens d'opposer le privé au public, séparant le monde hospitalier en blanc et noir, gentils et méchants. Il nous faut nécessairement jouer sur la complémentarité entre ces deux types d'établissements. Comme vous, nous considérons que l'accessibilité des soins doit être une des composantes du service public hospitalier, mais sa mise en œuvre doit tenir compte des spécificités des modes d'organisation des établissements de santé, et notamment de l'exercice libéral des médecins dans les établissements privés. On le sait, ces derniers ne fonctionnent pas de la même manière que leurs homologues publics ; ils n'ont notamment aucune possibilité de contraindre la pratique tarifaire des médecins. C'est pourquoi notre amendement AS67 propose de poser le principe de l'accessibilité des soins, dont les modalités de mise en œuvre seront définies par décret en Conseil d'État.

**M. Bernard Accoyer.** Mon amendement AS116 est identique. L'alinéa 54 exclut *de facto* les établissements privés du service public de l'hospitalisation, sans aucun fondement. Ce faisant, il fait courir un grand danger à notre système de soins : il faut savoir que le secteur privé assure 65 à 70 % des actes chirurgicaux en France. Le libre choix étant le premier droit des patients, ceux-ci doivent pouvoir se faire opérer là où ils le désirent et se sentent en confiance. En interdisant tout dépassement d'honoraires, vous menacez la survie des

établissements privés, car dans un grand nombre de spécialités chirurgicales, les praticiens ne peuvent plus exercer en secteur 1 en raison de l'inertie dans l'évolution de la nomenclature, des techniques, des technologies, des matériels et de l'usage unique, qui a fait exploser les coûts non pris en charge. Dans ces conditions, cette modification législative expose tout notre système de soins à un risque énorme : si l'hospitalisation privée venait à disparaître – sans aucune raison d'ailleurs car le dépassement d'honoraires n'est pas pratiqué dans les urgences des établissements privés hospitaliers –, on verrait s'instaurer un monopole hospitalier public. Alors que les coûts du secteur public sont d'ores et déjà 30 à 40 % plus chers que ceux du privé, comment pourrait-on alors maîtriser les dépenses de l'assurance maladie ? On connaît le retard majeur de l'hospitalisation publique en matière de chirurgie ambulatoire ; la mort du privé ferait exploser les listes d'attente. Je vous en laisse la responsabilité !

**M. Bernard Perrut.** La satisfaction des usagers est le premier objectif des cliniques et hôpitaux privés, qui proposent une prise en charge de grande qualité. Dans l'un comme dans l'autre secteur, nos professionnels de santé font le même métier et soignent les mêmes patients. Pour répondre aux besoins de la population, les cliniques et hôpitaux privés sont implantés partout en France, dans les communes défavorisées – 20 % – comme favorisées – 19,5 %. Souvent, les patients ignorent d'ailleurs le statut de l'établissement de santé qu'ils fréquentent, le choisissant parce qu'il est proche de leur domicile ou recommandé par leur médecin. Ces établissements privés accueillent tous les patients assurés sociaux, et notamment 25 % des patients dits précaires, bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU), de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'aide médicale d'État (AME). Ils disposent également de cent trente services d'urgence sur notre territoire, où les patients sont pris en charge sans dépassement d'honoraires. Nous devons respecter cette complémentarité, dès lors que les activités des établissements de santé privés sont régies par des textes définissant les normes de sécurité et de qualité des soins, que la mise en œuvre de ces règles est contrôlée par les ARS, et que les cliniques sont régulièrement évaluées. C'est le but de mon amendement AS270.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** J'émettrai un avis défavorable à l'ensemble de ces amendements qui n'ont qu'un seul objectif : revenir sur le débat que nous venons d'avoir.

Monsieur Perrut, l'article 26 prévoit déjà, dans son alinéa 37, que l'établissement de santé privé doit assurer « l'égal accès à des soins de qualité ». Si tel est l'objet de votre amendement, il est donc satisfait ; quant à vos autres questions, nous y avons déjà répondu.

**M. Gérard Sebaoun.** Il ne faudrait pas accrédi-ter l'idée que l'ensemble des spécialistes chirurgicaux pratiquent des dépassements d'honoraires ! C'est absolument faux : les dépassements se pratiquent surtout dans les grands centres et dans certains points du territoire. Nous vous fournirons tous les chiffres pour le débat dans l'hémicycle.

**M. Arnaud Robinet.** Vous avez parfaitement raison sur ce point !

*La Commission rejette successivement les amendements identiques AS62 de Mme Valérie Boyer, AS63 de M. Jean-Pierre Door et AS269 de M. Gilles Lurton, puis les amendements identiques AS65 de Mme Valérie Boyer, AS67 de M. Jean-Pierre Door, AS116 de M. Bernard Accoyer et AS270 de M. Gilles Lurton.*

*Elle examine ensuite les amendements identiques AS66 de Mme Valérie Boyer, AS117 de M. Bernard Accoyer, AS214 de M. Arnaud Robinet et AS271 de M. Gilles Lurton.*

**Mme Valérie Boyer.** Mon amendement AS66 propose de supprimer l’alinéa 55 qui dispose : « Le patient bénéficie de ces garanties, y compris lorsqu’il est transféré temporairement dans un autre établissement de santé ou dans une autre structure pour des actes médicaux ». Cette disposition rend opposables les garanties du service public hospitalier à des établissements de santé qui n’y participent pas nécessairement. En effet, si un établissement habilité « service public hospitalier » adresse un patient à un établissement non habilité SPH, ce dernier doit alors respecter toutes les obligations du service public hospitalier, ce qui met en cause la libre gouvernance des sociétés et donc plus largement le droit. De plus, cet alinéa porte atteinte à la fluidité du parcours de soins des patients et au libre choix du patient, de son praticien et de sa structure de soins.

Une fois encore, cette position dogmatique ne correspond pas à la façon dont on se soigne aujourd’hui en France. Les patients ne font pas la différence entre le public et le privé ; ils suivent leur médecin et sont pris en charge et remboursés de la même façon. Revenir à ces batailles d’arrière-garde en opposant public et privé n’a aucun sens ! Alors qu’on essaie de fluidifier le parcours de soins, que les praticiens de toutes les structures ont les mêmes pratiques et une même formation, que tous les soins sont payés par l’argent public, que les médecins exercent parfois entre la ville et l’hôpital, entre les cliniques privées et les établissements hospitaliers, voilà que vous cherchez à reconstruire artificiellement des barrières préjudiciables au patient et à son parcours de santé. Vous faites une grave erreur en multipliant les contraintes là où les choses fonctionnent correctement ; ne venez pas vous plaindre ensuite des déserts médicaux et des difficultés d’accès aux soins !

**M. Bernard Accoyer.** Cet amendement de repli AS117 vient en réaction à des dispositions qui rappellent les nationalisations entreprises en 1981 par le gouvernement Mitterrand, décalées par rapport au devenir du monde. Ce projet de loi relatif à la santé reprend exactement la même posture et votre dogmatisme vous conduit à dire le contraire de ce que vous souhaitez. En effet, vous en venez à vous en prendre au parcours de soins dont chacun s’accorde à reconnaître l’importance. Le patient doit choisir l’établissement qui présente la meilleure performance et le meilleur rapport qualité-prix des soins ; mais vous interdisez le transfert, même temporaire, d’un malade dans un établissement où travaillerait un seul praticien pratiquant des dépassements d’honoraires. Cette construction, qui nie complètement la réalité, ne peut pas tenir. Dans votre esprit, le secteur 2 est synonyme de dépassements d’honoraires excessifs ; certes, il y en a, mais où sont-ils ? Ils sont concentrés dans les hôpitaux publics et en région parisienne ! Nous ne pouvons pas accepter votre démarche qui n’a ni queue ni tête.

**M. Arnaud Robinet.** Mon amendement AS214 a le même objet. Beaucoup a été dit sur la stratégie du Gouvernement, qui consiste à opposer le public et le privé pour aller vers une étatisation du système de santé français. Ce Gouvernement a clairement un problème avec les professions libérales ; on l’a vu quand il s’est agi des professions juridiques, à l’occasion de la loi Macron. Là, vous pointez du doigt toute une profession, les médecins, coupables à vos yeux de pratiquer les dépassements d’honoraires. Or ceux-ci ne représentent que quelque 5 % des honoraires sur le territoire national. Quant aux dépassements excessifs, ils sont pratiqués en secteur hospitalier public et concentrés sur deux régions : l’Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d’Azur. Vous stigmatisez toute une frange de professionnels de santé – les professions libérales et les établissements privés – et continuez à opposer, dogmatiquement, le privé au public pour mener une politique excessivement hospitalo-centrée

qui met à mal le bon fonctionnement des hôpitaux publics : vous demandez tout aux CHU, concentrant les patients et le parcours de soins sur les hôpitaux ; mais ces derniers – que vous avez omis de réformer – ne sont pas aptes à assurer les missions que vous leur confiez. Seule une complémentarité entre le privé et le public peut permettre aux hôpitaux publics de retrouver leur véritable vocation.

**M. Gilles Lurton.** Mon amendement AS271 a également pour objet de supprimer l'alinéa 55, par lequel vous décrêtez : « Le patient bénéficie de ces garanties, y compris lorsqu'il est transféré temporairement dans un autre établissement de santé ou dans une autre structure pour des actes médicaux. » Mais vous ne pouvez imposer aux établissements privés de santé, qui bénéficient d'une autonomie de gestion et d'une libre gouvernance, les conditions d'habilitation du service public hospitalier.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Je veux bien entendre des arguments, pour peu qu'ils relèvent d'une logique audible... Que dit l'alinéa 55 que vous voulez supprimer ? « Le patient bénéficie de ces garanties, y compris lorsqu'il est transféré temporairement dans un autre établissement de santé ou dans une autre structure pour des actes médicaux. » Si l'on met le patient au cœur du dispositif et que l'on se soucie de son parcours et de ses restes à charge, comment supprimer cet alinéa 55 ? Si un patient choisit un hôpital public et qu'on lui impose un transfert – pour des raisons de complémentarité entre les établissements, de besoin technique ou d'autorisation particulière –, il est normal qu'il dispose des mêmes droits tout au long de sa prise en charge. Vous vous évertuez à instaurer une opposition artificielle. Avis défavorable.

*La Commission rejette les amendements.*

*Elle est saisie de l'amendement AS346 de la rapporteure.*

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Nous proposons de rétablir en partie la rédaction de l'article 26 adoptée par l'Assemblée nationale. Le Sénat a supprimé la possibilité pour les établissements de santé de participer aux communautés professionnelles territoriales de santé sur désignation de l'ARS, mais cette suppression ne semble pas compatible avec les obligations afférentes au service public. En effet, la désignation intervient dans un contexte de carence de l'offre de soins. L'amendement AS346 propose une nouvelle rédaction de l'alinéa 85, celle du Sénat n'étant pas opportune en matière de décisions d'autorisation. Il n'a en effet jamais été question de lier l'autorisation à l'appartenance ou non au service public hospitalier. Cet amendement procède également à une coordination s'agissant du diagnostic territorial, et à la correction d'une coquille.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 26 modifié.*

**Article 26 bis A : Maisons d'accueil hospitalières**

*La Commission adopte l'article 26 bis A sans modification.*

**Article 26 bis B :** *Prise en compte de la dimension psychologique lors de l'élaboration du projet d'établissement à l'hôpital*

*La Commission examine l'amendement AS338 de la rapporteure.*

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** L'amendement AS338 vous propose, là encore, de rétablir la version adoptée en première lecture. Il me semble important d'établir un projet relatif aux aspects psychologiques des soins – mesure qui avait bénéficié d'un consensus.

*La Commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 26 bis B est ainsi rédigé.*

**Article 27 :** *Groupements hospitaliers de territoire*

*La Commission étudie l'amendement AS68 de Mme Valérie Boyer.*

**Mme Valérie Boyer.** Je suis inquiète de voir que l'on se préoccupe davantage du statut des établissements que du parcours du patient et de la qualité des soins dispensés ! Pour ne pas contrevenir au droit en vigueur, les groupements hospitaliers de territoire (GHT) ne devraient pas avoir d'impact sur les autres établissements de santé du territoire qui ne sont pas membres de cette entité. C'est pourquoi mon amendement AS68 propose de compléter l'alinéa 6 de l'article 27 par les deux phrases suivantes : « L'organisation du groupement hospitalier de territoire et l'élaboration du projet médical partagé sont basées uniquement sur le champ d'activité des établissements composant le groupement. Ce dernier n'a pas vocation à coordonner l'offre de soins des établissements de santé privés qui n'y sont pas associés. » On s'intéresse ici au fond du problème – la qualité des soins – et non à la vision dogmatique du statut.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Avis défavorable. Le GHT est créé par voie conventionnelle, or une convention n'impose d'obligations qu'aux parties contractantes et n'emporte pas d'effet sur ceux qui n'y sont pas associés.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle en vient à l'amendement AS132 de M. Élie Aboud.*

**M. Élie Aboud.** Je propose d'adopter la rédaction suivante : « Cette convention prévoit l'articulation de leur projet médical avec celui du groupement, sur les domaines faisant l'objet de la convention ou de l'accord ». Cela permettra de valoriser les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) et la coopération entre ceux-ci et les GHT. La réintégration et la reconnaissance des ESPIC jouent un rôle majeur dans le service public hospitalier.

**M. Arnaud Robinet.** Les GHT s'inscrivent dans la suite logique de la loi HPST, dite loi Bachelot. Ici, on ne parle que des établissements publics, mais quel est l'avis de la rapporteure sur la proposition du Sénat d'assurer la représentation des établissements privés ? Si l'on veut faire jouer la complémentarité et assurer le maillage territorial, il semblerait intéressant que les établissements privés soient également représentés dans les GHT.

**M. Jean-Pierre Door.** Le sujet est important. Dans le cadre de l'organisation des soins que vous appelez de vos vœux, au sein d'un système qui combine le service public hospitalier et le GHT, il faut corriger un oubli : *quid* des groupements de coopération sanitaire (GCS) qui permettraient de réunir, au sein du service public hospitalier, le service public comme le service privé ? Aujourd'hui, les GCS existent sur le territoire, mais que deviendront-ils demain ? Seront-ils encore présents ? Seront-ils intégrés au service public hospitalier ou aux GHT ? À cette question, nous n'avons de réponse ni de la part de la ministre, ni de la Commission, ni du Sénat.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Monsieur Aboud, je vous suggère de retirer votre amendement AS132 ; à défaut, j'émettrai un avis défavorable. Il me semble, en effet, que votre proposition vient compliquer la lecture de l'article 27 qui prévoit déjà des conventions d'association entre CHU et GHT.

Monsieur Robinet, l'alinéa 12 de l'article 27 répond à votre interrogation : « Les établissements privés peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire. Ce partenariat prend la forme d'une convention de partenariat prévue à l'article L. 6134-1. Cette convention prévoit l'articulation de leur projet médical avec celui du groupement. Dans les territoires frontaliers, les établissements situés dans l'État limitrophe peuvent être associés par voie conventionnelle. » Cette réponse ne vous satisfait peut-être pas, mais elle existe.

Monsieur Door, le GHT se substitue aux communautés hospitalières de territoire, mais pas aux groupements d'intérêt économique (GIE), ni aux GCS. Ces deux statuts ne sont pas remis en cause ; nous souhaitons simplement inciter ces structures à coopérer.

*La Commission rejette l'amendement.*

*La Commission est saisie des amendements identiques AS69 de Mme Valérie Boyer et AS272 de M. Gilles Lurton.*

**Mme Valérie Boyer.** L'amendement AS69 permet de vérifier qu'en cas de création d'un GHT, toute cession d'autorisation respecte les principes suivants : l'opération répond aux besoins de santé de la population identifiés par les schémas ; elle est compatible avec les objectifs fixés par ce schéma ; elle satisfait à des conditions d'implantation et à des conditions techniques de fonctionnement. Nous souhaitons faire en sorte que le système fonctionne mieux, quel que soit le statut de l'établissement.

**M. Bernard Perrut.** M. Lurton, M. Cinieri et moi-même sommes très attentifs au GHT que nous sommes d'ailleurs en train de mettre en place dans nos territoires respectifs. L'article 27 précise notamment la convention constitutive du GHT, élaborée puis transmise au directeur de l'ARS qui apprécie la conformité de la convention avec les projets régionaux de santé et qui peut demander que soient apportées des modifications. Le texte prévoit donc que les directeurs d'ARS approuvent la convention ainsi que son renouvellement et sa modification. Notre amendement AS272 propose de vérifier, en cas de création d'un GHT, que toute cession d'autorisation respecte certains principes rappelés à l'instant par notre collègue : répondre aux besoins de santé de la population identifiés par les schémas ; être compatible avec les objectifs fixés par ce schéma ; satisfaire à des conditions d'implantation et à des conditions techniques de fonctionnement.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Ces amendements sont déjà satisfaits en droit puisque l'approbation de la convention de GHT vaudra approbation des changements

d'autorisation dans des conditions définies par le code de la santé publique. Je vous invite à vous faire confirmer cette lecture par la ministre lors de l'examen du texte en séance publique. À défaut de leur retrait, j'émettrais un avis défavorable à ces amendements.

**M. Bernard Accoyer.** Entre les contraintes imposées aux établissements participant au service public hospitalier et les GHT, où la place réservée au privé n'apparaît nulle part dans le texte, nous voyons que nous sommes toujours sur la même ligne. Si l'on veut ajouter des compétences tout en respectant le principe du libre choix, il est assez surprenant que l'on prive les patients et les GHT de la richesse et de la diversité des établissements.

Mais il se pose aussi un deuxième problème : la psychiatrie est particulièrement mal traitée dans cet article et l'on néglige également le danger que représente la concurrence entre établissements publics qui ne respectent pas la hiérarchie des compétences et des capacités à apporter le juste soin dans certains cas, je pense en particulier aux urgences dans les domaines de la cardiologie interventionnelle, les hémorragies digestives ou les accidents vasculaires cérébraux.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** L'alinéa 9 de l'article 27 prévoit bien que les communautés psychiatriques de territoire sont associées.

**M. Bernard Accoyer.** Mais le privé n'est pas mentionné.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Il me semble que la communauté psychiatrique, que nous avons définie, prévoit les deux.

*La Commission rejette les amendements.*

*Puis elle en vient à l'amendement AS349 de la rapporteure.*

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** L'amendement AS349 tend à procéder à plusieurs modifications. La présence du président du conseil de surveillance au sein du comité stratégique, qui a été instaurée par le Sénat, ne me semble pas opportune. Le comité stratégique est en effet chargé de la mise en œuvre de la convention de GHT et du projet médical partagé. Il n'est pas souhaitable d'autoriser les présidents de conseil de surveillance à être parties prenantes de la gestion des GHT. Nous les avons intégrés dans le dispositif mais leur présence aux comités stratégiques ne paraît pas opportune.

En outre, cet amendement complète le dispositif d'examen préalable des projets médicaux avant détermination du périmètre des GHT. Il prévoit les cas de carence d'élaboration et de transmission des projets médicaux partagés au directeur général de l'ARS.

Enfin, il consolide le dispositif de transformation des CHT en GHT.

**M. Bernard Perrut.** Je suis un peu surpris par votre position. Le président de conseil de surveillance a une implication directe à la tête de l'établissement, souvent en termes d'impulsion politique vis-à-vis de l'ARS et de la communauté hospitalière. Pourquoi vouloir le faire sortir de ce comité stratégique où il pourrait jouer son rôle d'ouverture vis-à-vis de l'extérieur, ce qui permettrait de ne pas laisser seulement les professionnels de santé dans la mise en œuvre de la convention de GHT ?

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Monsieur Perrut, en première lecture, nous avons inscrit la présence du président dans le conseil de surveillance, ce qui correspond bien

à l'esprit de ce genre d'instance. Le comité stratégique a une autre vocation et il ne me semble pas opportun d'y faire siéger le président. Nous sommes bien dans l'esprit des missions de l'une et l'autre de ces instances.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement AS133 de M. Élie Aboud.*

**M. Élie Aboud.** Dans la droite ligne des propos que vient de tenir Mme la rapporteure, nous proposons de remplacer « une communauté hospitalière » par « un groupement hospitalier ».

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Avis favorable !

*La Commission adopte l'amendement.*

**M. Jean-Pierre Door.** Avant de terminer l'article 27, je voudrais poser une question à Mme la rapporteure qui, comme moi, a dû recevoir un message de la part de la Conférence nationale des directeurs des centres hospitaliers (CNDCH). Pourquoi l'alinéa 5 de l'article 27 ne prévoit-il pas d'accorder la personnalité morale aux GHT ? La CNDCH propose qu'elle leur soit octroyée afin qu'il soit possible de construire une structure commune qui faciliterait l'application de plusieurs mesures préconisées pour les GHT et l'adhésion des élus à une démarche de mutualisation. Je n'ai pas déposé d'amendement en ce sens mais je vous pose la question ; je connais votre intérêt pour ce dossier et j'imagine que vous avez reçu le même message que moi de la part du CNDCH.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** Monsieur Door, lors de la première lecture, nous avons déjà discuté de ce point sur lequel je répons dans un commentaire d'article qui figure au rapport. Le Gouvernement a choisi de favoriser la coopération et le conventionnement plutôt que de donner le statut de personne morale au GHT. Ce choix a été réaffirmé par la ministre en séance, lors de la première lecture, et elle aura l'occasion de vous répondre à nouveau. J'ai reçu les mêmes personnes que vous et je connais leurs arguments ; mais le Gouvernement a fait un autre choix.

**M. Denis Jacquat.** La rapporteure pourrait être en désaccord avec le Gouvernement.

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** En l'occurrence, ce n'est pas le cas mais je comprends que la question puisse se poser. Peut-être y reviendra-t-on dans quelques années. En attendant, les arguments du Gouvernement sont tout à fait valables.

*La Commission adopte l'article 27 modifié.*

**Article 27 ter :** *Extension des missions de contrôle de la Cour des comptes et des chambres régionales des comptes aux établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux privés*

*La Commission est saisie des amendements identiques AS70 de Mme Valérie Boyer, AS120 de M. Bernard Accoyer, AS218 de M. Arnaud Robinet et AS273 de M. Gilles Lurton.*

**Mme Valérie Boyer.** Mon amendement AS70 propose de supprimer cet article qui vise à donner le pouvoir à la Cour des comptes de contrôler les cliniques privées. En plus de contrevenir au droit des sociétés, cet article est inutile. D'une part, les comptes des cliniques

bénéficient d'une certification par des commissaires aux comptes, contrairement à ceux d'une grande majorité d'établissements publics. D'autre part, ces comptes certifiés sont transmis aux greffes des tribunaux de commerce et donc accessibles.

À l'heure où nous devons discuter de l'indispensable maîtrise des dépenses publiques, je comprends mal que la Cour des comptes ne concentre pas ses efforts sur le contrôle des établissements publics. Pour en revenir au débat qui nous anime depuis ce matin, si la Cour des comptes contrôle les établissements privés, cela signifie que ces derniers doivent être traités comme des établissements publics : il faut donc rétablir la convergence, leur donner accès aux MIGAC et oublier notre précédente discussion sur le secteur privé du privé. Il serait bon de mettre un peu de cohérence dans notre travail et dans les statuts.

**M. Bernard Accoyer.** Mon amendement AS120 a le même objet. Le groupe socialiste de l'Assemblée nationale en est resté à 1981...

**M. Jean-Patrick Gille, président.** Si seulement c'était possible !

**M. Bernard Accoyer.** On voudrait faire intervenir la Cour des comptes à la place des contrôles et des certifications de comptabilité qui sont au cœur du droit des sociétés privées... Cette posture est révélatrice du dogmatisme qui marque ce texte, comme le déplorent les professionnels. La gestion des hôpitaux publics souffre d'un déficit particulièrement criant : l'absence de certification des comptes. Avant d'envoyer la Cour des comptes vers les hôpitaux privés dont la comptabilité est certifiée, il conviendrait d'abord de faire du ménage dans les hôpitaux publics en certifiant leurs comptes. S'ils avaient été certifiés, nous n'en serions peut-être pas à constater les niveaux d'emprunts toxiques de l'hospitalisation publique et nous verrions sans doute plus clair dans l'utilisation des MIGAC. Dans le domaine comptable, nous sommes beaucoup moins exigeants vis-à-vis des hôpitaux publics que du secteur privé. Pourquoi ?

**M. Arnaud Robinet.** Mon amendement AS218 est identique. Nous vous prenons une fois encore la main dans le pot de confiture : vous manifestez votre volonté de vous attaquer au système de santé privé et libéral français. Vous êtes comme une armée en ordre de marche, déterminée à mettre à mal le secteur privé et à aller tout droit vers une nationalisation de notre système de santé. Comme Valérie Boyer, à un moment où l'on parle de maîtrise de l'argent public, je pense que la Cour des comptes devrait se concentrer sur les établissements publics dont nous connaissons les difficultés. D'ailleurs, ces dernières sont dues à la politique – notamment de baisse de tarifs – que vous menez vis-à-vis des hôpitaux. Cet acharnement envers les établissements privés de santé est la goutte d'eau qui fait déborder le vase à un moment où nous devrions jouer la complémentarité en ayant un seul objectif : le patient, rien que le patient.

**M. Gilles Lurton.** Mon amendement 273 répond au même souci. Je me bornerai à une question : comptez-vous soumettre les établissements publics à la certification par des commissaires aux comptes dont bénéficient les cliniques ?

**M. Élie Aboud.** Où est le bon sens ? On demande à un organisme public de contrôler un organisme privé, tout en refusant la convergence tarifaire au prétexte que le privé n'est pas comme le public. Rappelons qu'un centre hospitalier sur deux est déficitaire !

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** J'émettrais un avis défavorable aux quatre amendements de suppression qui nous sont proposés. Si cette disposition a été adoptée par

l'Assemblée nationale à l'initiative de Mmes Delaunay et Lemorton, membres du groupe Socialiste, républicain et citoyen, elle n'a pas été remise en cause par le Sénat.

**M. Élie Aboud.** Peut-être que les sénateurs dormaient !

**Mme Bernadette Laclais, rapporteure.** À supposer qu'il faille craindre un dogmatisme du groupe Socialiste, républicain et citoyen à l'Assemblée nationale, ce groupe, à ce que je sache, n'est pas majoritaire au Sénat. Il faut savoir regarder les choses avec le plus d'objectivité possible. Cette mesure vise seulement à faire en sorte que la Cour des comptes puisse exercer un contrôle quand des deniers publics sont utilisés. Il ne s'agit pas de confier à la Cour des comptes autre chose que ce qu'il lui semblera opportun de contrôler. Précisons qu'elle le fait déjà pour des associations qui bénéficient aussi de deniers publics. Il n'y a rien de scandaleux à ce que cet article soit confirmé. C'est ce que je vous propose de faire en repoussant ces amendements de suppression.

*La Commission rejette les amendements.*

*Puis elle adopte l'article 27 ter, sans modification.*

**Article 27 sexies :** Règles d'organisation financière des établissements de santé privés non lucratifs antérieurement soumis au régime de la dotation globale

*La Commission adopte l'article 27 sexies sans modification.*

**Article 27 septies (nouveau) :** Plateaux mutualisés d'imagerie médicale

*La Commission adopte l'article 27 septies sans modification.*

### **Titre III**

## **Innover pour garantir la pérennité de notre système de santé**

### **Chapitre I<sup>er</sup>**

## **Innover en matière de formation des professionnels**

**Article 28 :** Développement professionnel continu des professionnels de santé

*La Commission examine, en présentation commune, les amendements AS180 et AS172 de M. Jean-Louis Roumégas.*

**Mme Véronique Massonneau.** Notre amendement AS180 propose d'insérer, à la première phrase de l'alinéa 6, les mots « notamment en matière de risques pour la santé liés à des facteurs d'environnement » après le mot « compétences ».

La santé environnementale s'intéresse à l'ensemble des effets que peuvent avoir les conditions de vie ou la contamination des milieux sur la santé de l'homme. Pour répondre à ces enjeux pluridisciplinaires, la question de la formation est centrale, en particulier pour une meilleure prise en compte du risque chimique. Les Plans nationaux santé environnement (PNSE) 1 et 2 préoyaient d'intégrer cette dimension dans les formations destinées à différentes catégories de public, mais les objectifs n'ont pas été atteints. Le troisième PNSE et la feuille de route de la conférence environnementale engagent le Gouvernement à compléter les dispositions existantes. Les publics concernés sont notamment les professionnels de santé

et de l'agriculture, les enseignants, les architectes, les urbanistes, les ingénieurs, les conseillers médicaux en environnement intérieur etc.

L'amendement AS172 est très similaire, donc défendu par le même argumentaire.

**M. Gérard Sebaoun, suppléant de M. Jean-Louis Touraine, rapporteur pour le titre III.** Je partage évidemment les propos de Mme Massonneau sur l'importance de la santé environnementale. Son importance est telle que d'aucuns auraient voulu qu'elle fasse l'objet d'un texte séparé. Pour ma part, je considère que la santé est un objet global et que nous avons raison d'y intégrer cette dimension. C'est pourquoi je suis défavorable à ces amendements : les professionnels de santé doivent inclure cette dimension dans leurs connaissances et leurs compétences – et ils ont des progrès à faire. Il n'est pas souhaitable de décliner toutes les thématiques dont celle-ci, particulièrement importante, comme vous l'avez rappelé. Je sollicite donc le retrait de ces amendements pour ne pas avoir à émettre un avis défavorable.

*La Commission rejette successivement les amendements AS180 et AS172.*

*Puis elle examine l'amendement AS311 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Cet amendement a pour objet de rétablir les dispositions adoptées en première lecture à l'Assemblée nationale sur les thématiques prioritaires du développement professionnel continu (DPC) pour les professionnels de santé, qui représentent une véritable avancée.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle en vient à l'amendement AS312 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Cet amendement vise à rétablir cet alinéa dans la rédaction adoptée en première lecture à l'Assemblée nationale. Les actions de DPC constituent une réponse à la fois aux besoins individuels de maintien ou d'évolution des compétences de chaque professionnel et aux besoins collectifs d'un établissement. C'est pourquoi les actions de DPC d'un salarié doivent s'inscrire en cohérence avec les besoins de l'établissement et avec ses projets.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement AS173 de M. Jean-Louis Roumégas.*

**Mme Véronique Massonneau.** Cet amendement tend à compléter l'alinéa 17 par la phrase suivante : « Les universités peuvent dispenser des formations dans le cadre du développement professionnel continu. »

L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a rendu un rapport en avril 2014 sur le développement professionnel continu dans lequel elle fait des propositions d'évolution de ce dispositif datant de la loi de 2009. L'amendement AS173 va dans ce sens puisqu'il propose de renforcer le rôle des universités dans le DPC. En effet, les universités sont chargées d'assurer la formation initiale des médecins mais elles jouent un rôle trop peu important dans l'offre de formation du DPC. Pourtant, cela permettrait de renforcer les liens entre ce dispositif et les recherches universitaires dans le domaine de la santé. Nous pourrions offrir aux professionnels de santé une formation universitaire continue adossée à la recherche publique.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Cet amendement est satisfait par le texte que vous avez cité vous-même. À défaut de son retrait, j'émettrais un avis défavorable à cet amendement.

**M. Élie Aboud.** Sur le fond, nous sommes d'accord, monsieur le rapporteur, mais j'aimerais que vous nous précisiez pourquoi et comment cet amendement est satisfait.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** À l'alinéa 17, il est écrit : « L'université participe, par son expertise pédagogique dans le domaine de la formation initiale et continue des professionnels de santé, au développement professionnel continu. »

**Mme Véronique Massonneau.** Je retire l'amendement.

*L'amendement est retiré.*

*La Commission adopte l'article 28 modifié.*

**Article 28 bis AA (nouveau) :** *Renforcement de la transparence des liens d'intérêt des professionnels de santé dans leur activité d'enseignement*

*La Commission adopte l'article 28 bis AA sans modification.*

**Article 28 bis AB (nouveau) :** *Création d'un statut pour les médiateurs sociaux et culturels en santé publique en Guyane*

*La Commission est saisie de l'amendement AS300 de M. Lionel Tardy.*

**M. Lionel Tardy.** En première lecture, le Sénat a malheureusement ajouté plusieurs demandes de rapports. Vous savez comme moi que ces rapports sont rarement remis dans les temps et que, parfois, ils ne sont même pas remis du tout. Il s'agit ici d'un rapport sur le statut des médiateurs sociaux et culturels en santé publique en Guyane. Si le Gouvernement est favorable à un tel statut qu'il le dise tout de suite. Au moins les choses seront claires.

Dans tous les cas, l'Assemblée nationale peut parfaitement se saisir du sujet, par exemple dans le cadre de la délégation aux outre-mer. Ma demande de suppression concerne bien la forme et non le fond : demander un rapport est souvent contre-productif et dilatoire par rapport à l'objectif recherché. Il est souhaitable d'éviter la multiplication des rapports sur des sujets dont le Parlement peut librement se saisir.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Je vous remercie, monsieur Tardy, pour cet amendement. Pour ma part, je considère qu'il existe un pluralisme culturel en Guyane. Le Gouvernement doit, sans attendre, renforcer la médiation culturelle et sociale en santé publique en outre-mer et en particulier en Guyane. Mais ce rapport différerait encore davantage la mise en place de mesures qui doivent s'appliquer rapidement à la Guyane. C'est pourquoi j'émet un avis favorable à l'amendement.

*La Commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 28 bis AB est supprimé.*

## **Chapitre II**

### **Innover pour préparer les métiers de demain**

**Article 30 :** *Création d'un exercice en pratique avancée pour les professions paramédicales*

*La Commission est saisie de l'amendement AS72 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Cet amendement vise à rétablir la rédaction adoptée en première lecture par l'Assemblée nationale en ce qui concerne l'exercice de la pratique avancée dont il accroît les possibilités de mise en œuvre en incluant les établissements médico-sociaux. Cet exercice ne sera possible que dans le cadre d'une équipe coordonnée par un médecin. En pratique ambulatoire, il sera possible, mais en assistance d'un médecin spécialiste.

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

*La Commission est saisie d'un amendement AS77 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Cet amendement vise à rétablir la rédaction adoptée par notre assemblée en première lecture. Le Sénat a ajouté une référence au grade de master pour les infirmières cliniciennes. Or la fixation du niveau de formation exigible relève du niveau réglementaire.

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

*Elle examine ensuite l'amendement AS80 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Cet amendement met en cohérence la rédaction de l'alinéa 16 avec la terminologie usitée, en remplaçant le mot « mutuelle » par les termes « qualifications professionnelles des ressortissants européens ».

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

*Elle en vient enfin à l'amendement AS82 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Cet amendement vise à supprimer l'alinéa 21 qui prévoit de transmettre au Parlement un bilan de l'exercice en pratique avancée des professions paramédicales dans les deux ans suivant l'entrée en vigueur du dispositif. Le calendrier proposé me semble prématuré.

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

*Elle **adopte** l'article 30 **modifié**.*

**Article 30 bis A (supprimé) :** *Suppression de l'ordre national des infirmiers*

*La Commission est saisie d'un amendement AS201 de Mme Le Houerou.*

**Mme Annie Le Houerou.** Cet amendement vise à rétablir l'article 30 bis A supprimé par le Sénat ; autrement dit, il propose de revenir à la suppression de l'ordre national des infirmiers (ONI).

La création de l'ONI est intervenue en 2006 après celle, en 2004, de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et de l'ordre des pédicures-podologues. Elle a suscité alors de vives réactions de la part des infirmiers. La majorité d'entre eux s'opposaient à la création d'une structure ordinaire ainsi qu'à l'obligation d'y adhérer, qui constitue une condition à la licéité de l'exercice professionnel. En 2008, 87 % des infirmiers ont catégoriquement refusé de voter lors des élections ordinaires ; en 2014 et en 2015, ils ont été environ 80 % à ne pas y participer. Ce refus massif pose un problème juridique puisqu'il place 500 000 infirmiers non-inscrits en situation de pratique illégale de leur profession. Comment les contraindre à s'inscrire ?

Certes, la gestion désastreuse de l'ordre s'est améliorée depuis 2009. C'est toutefois le minimum que l'on puisse attendre d'une instance en charge d'une délégation de service public et gérant l'argent de ses cotisants.

Ajoutons que les missions assurées actuellement par l'ONI peuvent parfaitement être transférées, moyennant quelques aménagements, à d'autres organismes comme la Haute Autorité de santé, le Haut Conseil des professions paramédicales ou encore les agences régionales de santé, qui les exercent déjà en lien avec lui.

Mon amendement AS201 n'implique pas forcément la disparition de l'ordre : il supprime l'inscription automatique, et donc le risque important de contentieux encouru par ceux et celles qui refusent d'adhérer, soit 80 % de la profession. Nous savons que les professionnels subissent parfois de fortes pressions pour s'inscrire : certains directeurs d'établissements privés sont sommés de donner les noms des infirmiers non inscrits qui exercent dans leur structure et les organismes de formation incitent fortement les jeunes élèves à s'inscrire. Ces inscriptions ne sont toutefois pas souvent suivies de renouvellements.

En outre, mon amendement ne remet pas en cause la liberté d'association et le souhait de certains infirmiers et infirmières de se regrouper pour défendre la profession. Il permet à l'ordre de convaincre les professionnels d'adhérer sans contraindre.

Enfin, il respecte les engagements politiques que nous avons pris en promettant la suppression de l'ONI, en cohérence avec la position que notre groupe a toujours défendue.

**M. Jean-Pierre Door.** On retrouve là le cheval de bataille d'une certaine gauche contre les ordres professionnels... Rappelons ici que l'ONI a été créé à la demande non du Parlement ni du Gouvernement, mais bel et bien de la profession. Il joue un rôle majeur en matière de déontologie et d'éthique, notamment pour ce qui est du contrôle des documents nécessaires à l'exercice libéral, en particulier le casier judiciaire. Voudriez-vous revenir à la situation antérieure où prévalaient les syndicats ? Sans doute cela ne vous déplairait-il pas.

La suppression de l'ordre national des infirmiers, madame Le Houerou, ouvrirait la boîte de Pandore : elle ferait jurisprudence et tous les autres ordres pourraient disparaître.

Vous l'aurez compris, nous tenons à ce que l'ONI soit maintenu.

**M. Bernard Accoyer.** Décidément, c'est la ligne de 1981 qui prévaut toujours au parti socialiste. Pourquoi tant de haine ?

Cet amendement ne tient pas la route une seule seconde. Il ignore les questions d'éthique et les contentieux auxquels sont confrontées les infirmières libérales, que ce soient dans leurs relations avec leurs patients ou entre elles. Les ordres permettent d'éviter des

procédures judiciaires qui coûtent aux professionnels les yeux de la tête en frais d'avocat et décisions de justice.

Cet amendement reprend la position dogmatique de certains syndicats hautement politisés du secteur public hospitalier.

Les problèmes de santé de notre pays ne méritent pas qu'on perde du temps à revenir sur l'existence d'une instance professionnelle qui a su faire sa place en améliorant sa gestion financière et son fonctionnement administratif. Il faut sauvegarder l'ordre national des infirmiers.

**Mme Michèle Delaunay.** Quoi qu'en dise M. Accoyer, je n'ai aucune arrière-pensée dogmatique ni politique ; je constate seulement, dans la réalité de la vie des professionnels, que cet ordre sépare infirmiers salariés et infirmiers libéraux alors qu'il devrait les unir. C'est mon principal reproche : c'est fondamentalement le contraire de l'esprit d'un ordre.

**M. Denis Jacquat.** Comme l'a rappelé à l'instant M. Door, l'ordre national des infirmiers a été créé à la demande de la profession. Dans le domaine médical et paramédical, les ordres ont montré leur grande utilité, en particulier dans le traitement des contentieux. Mon expérience professionnelle de médecin m'a convaincu de leur bien-fondé alors même que j'étais sceptique au début. Pour qu'un ordre fonctionne pleinement, il doit fédérer tous les professionnels : tout le monde doit en faire partie. À titre personnel, je suis extrêmement surpris par l'avalanche de courriers que je reçois chaque jour à propos de l'ONI.

Vous proposez, madame Le Houerou, de transférer ses missions à d'autres organismes. Or ils ne pourraient assurer la même qualité dans leur exécution.

Je comprends parfaitement que vous utilisiez l'argument des promesses électorales. Mais jusqu'où va-t-il ? Souvenons-nous qu'en 1981, le programme du candidat socialiste promettait la suppression de tous les ordres professionnels...

**M. Élie Aboud.** Pourquoi invoquer le respect de promesses électorales alors que Mme la ministre s'est prononcée contre la suppression de l'ONI en première lecture ? Est-ce de la confusion ou, pire, une répartition un peu machiavélique des rôles ?

Aujourd'hui, ma chère collègue, la gestion financière de l'ONI est saine, vous avez eu l'honnêteté de le reconnaître. Et que proposez-vous ? Que les problèmes d'éthique, de contentieux juridiques, de fonctionnement administratif soient gérés par les agences régionales de santé ! Pensez-vous véritablement qu'elles soient en mesure d'assurer ces missions en plus de celles qui leur incombent déjà ? C'est un non-sens.

Cette disposition me paraît avant tout dogmatique, pardonnez-moi de le dire.

**M. Bernard Perrut.** L'ONI est, à mon sens, une réponse appropriée aux besoins de toute une profession. Garante de la déontologie, instance de régulation protectrice des droits fondamentaux, cette structure joue un rôle précieux quand on sait la complexité des règles d'installation et d'exercice dans un secteur de grande technicité.

L'ordre national des infirmiers est à même de conduire toute une profession vers les nouvelles missions et modalités d'organisation que lui imposent l'évolution du système des soins et les mutations de notre société. Du fait des nouveaux défis sanitaires – accroissement du nombre de malades, contraintes budgétaires, complexification des soins, déploiement de la

médecine ambulatoire, parcours de soins –, les professionnels vont être exposés à des transformations majeures. Dans ces conditions, il est indispensable que l'ordre puisse jouer le rôle d'acteur éclairé et soit un représentant légitime de la profession et un interlocuteur crédible des pouvoirs publics.

Supprimer l'ordre reviendrait à confier aux services de l'État le contrôle de l'exercice de cette profession. Ce serait mettre en danger une indépendance professionnelle garante de la qualité et de la sécurité des pratiques. Nous savons comme les infirmiers et les infirmières sont attachés à cette indépendance professionnelle, au secret médical, à la confraternité, à l'assistance à autrui, à la confiance entre le soignant et le soigné, et plus globalement à la santé publique.

Pour toutes ces raisons, nous souhaitons qu'ils puissent continuer à prendre en main leur destin et se faire entendre à travers un ordre national.

**M. Gilles Lurton.** Si le bureau actuel de l'ONI reconnaît qu'il y a eu quelques dysfonctionnements par le passé, les choses ont totalement changé : la situation financière est aujourd'hui assainie et le nombre des adhésions a recommencé à croître.

À vous entendre, madame Le Houerou, 80 % des infirmiers auraient refusé de s'inscrire à l'ordre. Or ce chiffre est contesté : la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) elle-même reconnaît que ces statistiques, fondées sur le fichier ADELI, sont imprécises.

Enfin, s'agissant des litiges, j'abonde dans le sens d'Elie Aboud : depuis 2010, 292 décisions ont été prononcées par les chambres disciplinaires avec 142 sanctions, dont 37 interdictions temporaires d'exercer ; 66 plaintes sont en cours d'instruction devant les chambres disciplinaires et 35 devant les sections des assurances sociales. Depuis 2010, parmi toutes les décisions prononcées par l'ordre, en première instance ou en appel, une seule a fait l'objet d'un recours devant le Conseil d'État. C'est dire comme l'ordre national des infirmiers fait bien son travail.

On ne peut pas d'un coup de crayon supprimer une telle structure.

**M. Gérard Bapt.** Nous sommes ici face à un délicat problème.

D'un côté, il existe un refus réel d'adhérer à l'ONI alimenté par le clivage entre les infirmières salariées, qui n'agissent que sous la responsabilité du médecin prescripteur, et les infirmières libérales. Il y a aussi le fait que l'ONI a connu un début chaotique avec des dettes et des niveaux de cotisation rédhitoires. Plus généralement, les ordres sont régulièrement l'objet de contestations, à commencer par celui des médecins – mais aujourd'hui moins qu'autrefois. Je reconnais avoir moi-même, à une certaine époque, participé à cette contestation...

De l'autre, il faut prendre en considération le fait que les infirmières sont appelées à prendre de plus en plus d'importance dans le parcours de soins et l'organisation des soins. Elles seront amenées à agir, ne serait-ce que pour les consultations d'annonce, à titre individuel. N'oublions pas que cet amendement prend place dans un chapitre dédié aux délégations de compétences.

Enfin, les masseurs-kinésithérapeutes réclament, par exemple, la suppression de leur ordre. Si l'ordre national des infirmiers venait à être supprimé, pourquoi pas les autres ?

Je dois vous dire que j'ai été convaincu par l'audition du président de l'ordre national des médecins, le Dr Bouet : il a souligné la nécessité de maintenir l'ordre national des infirmiers pour traiter non seulement les affaires de déontologie concernant les infirmières libérales, mais aussi les questions liées à l'accueil des infirmières étrangères et au contrôle des équivalences de diplômes.

Le maintien de l'ONI correspond aux vœux du Gouvernement. Je ne voterai pas l'amendement de Mme Le Houerou.

**Mme Bérengère Poletti.** Supprimer l'ordre national des infirmiers ou le rendre facultatif, c'est risquer de créer des désordres profonds dans l'ensemble des ordres, ce qui n'est absolument pas souhaitable. Instaurer une adhésion à la carte n'est pas possible.

L'ONI a effectivement connu de très mauvais débuts : un cabinet un peu fou, des montants de cotisation alimentant un budget correspondant à un train de vie qui aurait dû être plus modeste. Toutefois, l'équipe actuelle a effectué un travail considérable et a apaisé les relations à l'intérieur de l'ONI et sur les territoires. À présent, plus personne ne vient nous demander la suppression de cette structure. Les cotisations sont désormais modulées selon que les infirmiers sont libéraux ou bien salariés, leur montant étant de 10 euros pour ces derniers.

Nous devons laisser l'ordre national des infirmiers travailler et faire la preuve de son utilité. Les délégations de compétences représentent un dossier extrêmement important dont il devra se charger, au même titre que les questions liées aux relations professionnelles, à l'éthique, à la déontologie, à l'accès à la profession, ainsi qu'à la vérification, à l'occasion de l'inscription au tableau, du respect des conditions de compétences, de moralité et d'indépendance. Qui assurera ces missions si nous le supprimons du jour au lendemain ?

**M. Denys Robiliard.** Je ne suis pas opposé par principe aux ordres professionnels, j'appartiens à l'ordre national des avocats, qui a plusieurs siècles et qui garantit l'indépendance de cette profession.

Quelles missions doit assurer un ordre professionnel ? Il lui appartient tout d'abord de définir des règles déontologiques et de s'assurer de leur respect, ce qui n'empêche pas le pouvoir réglementaire ou législatif de continuer d'intervenir. Il lui incombe également de faire la police pour contrôler l'accès à la profession et, le cas échéant, sanctionner les manquements aux règles.

L'ordre national infirmier est-il à même d'effectuer de telles missions ? J'estime que non, même si après de fort mauvais débuts, il connaît une amélioration de sa situation grâce à la direction actuelle. Une majorité de ses membres de droit refusent d'y adhérer ; or l'affiliation facultative est un non-sens dans une démarche ordinale. Qui dit ordre dit adhésion obligatoire, contrairement à une association ou un syndicat. Dans ces conditions, je ne crois pas que l'ONI soit en situation d'exercer les missions qui lui sont confiées. On peut penser que l'institution d'un ordre professionnel, construite pour les professions libérales, n'est pas nécessairement adaptée à une profession où prédominent les salariés et les fonctionnaires, les professionnels libéraux ne formant qu'une faible minorité en son sein.

Reste à trouver des institutions à même d'assurer les missions liées à la déontologie.

**Mme Valérie Boyer.** Je serais vraiment consternée si, par le biais d'un amendement, nous supprimions une instance qui a fait l'objet de la part des infirmières d'un combat de plus

de vingt ans en vue d'accéder à l'autonomie. Rappelons que les questions administratives touchant à cette profession étaient auparavant confiées aux directions départementales des affaires sanitaires et sociales et que les problèmes disciplinaires relevaient, quant à eux, d'une chambre du conseil de l'ordre des médecins !

Si nous voulons conserver à la profession toute son indépendance, il faut maintenir l'ONI, ce qui suppose par conséquent de maintenir le caractère obligatoire de l'adhésion. Certes, il a connu des problèmes de démarrage mais l'équipe actuelle veille aujourd'hui à son bon fonctionnement : elle a su parler aux infirmiers hospitaliers comme aux infirmiers libéraux. N'infantilisons pas à nouveau cette profession en la plaçant sous la tutelle des ARS et des médecins. Ne laissons pas les infirmiers et les infirmières s'atomiser en plusieurs syndicats. Nous avons la chance en France d'avoir des ordres professionnels. Préservons cette spécificité.

**Mme Dominique Orliac.** L'ONI, malgré des débuts difficiles, a su montrer qu'il savait s'organiser et faire preuve de son utilité, notamment dans le domaine de la déontologie. L'adhésion obligatoire est incontournable : la rendre facultative reviendrait à anéantir l'ordre. Le supprimer conduirait à mettre à mal l'indépendance de cette profession et risquerait de fragiliser tous les autres ordres professionnels.

Je partage entièrement les arguments de Gérard Bapt et voterai donc contre l'amendement de Mme Le Houerou.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Mes chers collègues, vos longues interventions ont montré toute l'importance de la question. Vous avez tous reconnu que l'enfant était mal né, mais que depuis, il marche mieux...

Je veux d'abord rendre hommage au travail que Mme Le Houerou a effectué pour notre groupe sur ce sujet difficile. Elle a parfaitement le droit de soutenir une position largement partagée par les infirmiers et les infirmières salariés, majoritaires dans la profession.

En première lecture, je ne vous le cacherai pas, j'avais voté en faveur de l'amendement qui conduisait à supprimer l'ONI. Mais on a le droit, sinon de rétro-pédaler, du moins de réfléchir... Depuis, dans le cadre des travaux de la Commission des affaires sociales, ont été auditionnés le président de l'ONI et le président du Conseil national de l'ordre des médecins et une table ronde, un peu chaotique, réunissant les syndicats a été organisée. Elle a révélé une diversité d'opinions qui montre que nous ne devons pas avoir une vision binaire de la profession, en opposant une partie à une autre.

Cette profession progresse et nous lui confions de nouvelles missions dans ce texte de loi à travers l'article 30, qui instaure un exercice en pratique avancée, et l'article 37 *ter*, qui autorise les recherches biomédicales concernant le domaine des soins infirmiers – ce qui n'est pas rien. La déontologie doit pouvoir être réaffirmée.

Dans les débuts chaotiques de l'ONI, nous avons peut-être une part de responsabilité collective. La loi HPST comportait deux mesures concernant l'ordre : d'une part, l'inscription automatique, d'autre part, la validation du code de déontologie. Or les décrets correspondants ne sont jamais parus : ils auraient peut-être aidé à stabiliser la situation et les parlementaires n'ont pas pressé le Gouvernement de les publier.

Nous faisons aujourd'hui le constat d'une amélioration de l'ONI. Il se rapproche des standards européens : dix-huit pays européens ont un ordre infirmier. La profession compte 500 000 personnes, avec des statuts différents, personne ne le conteste. Mais à ce stade, il serait dangereux de passer du tout au rien.

Nous avons également reçu M. Couty, dont la mission avait proposé une structure différente. Il n'avait pas été suivi, puisqu'une proposition de loi a instauré l'ordre.

Nous devons être très vigilants sur le travail, désormais, de l'ordre, ainsi que sur la progression du nombre d'inscrits. Il me semble que l'évolution est positive – j'ignore si les nouveaux infirmiers s'inscrivent spontanément ou sur injonction. Les générations vont se succéder et l'on peut espérer qu'un consensus se forme autour d'un ordre professionnel.

J'émetts en conséquence un avis défavorable à l'amendement AS201.

**Mme Annie Le Houerou.** J'entends ces arguments. Mais les faits, les chiffres sont là : l'ordre continue d'être contesté à 80 %, ou à tout le moins à 75 % – chiffre qui ne représente pas uniquement les infirmiers salariés. C'est quelque chose qui compte. Ne voyez là aucun dogmatisme de ma part ; je n'ai aucun intérêt personnel dans cette affaire. L'ordre, je le constate, a fait un bon lobbying auprès des députés ; mais j'ai reçu des témoignages en nombre.

Vous parlez de déontologie, de police à l'entrée, de gestion de la profession. Mais l'ordre ne remplit pas ces tâches aujourd'hui. Aucun code de déontologie n'a été adopté, ce qui ne pose pas problème pour autant... La Haute Autorité de santé joue son rôle et publie des recommandations de bonnes pratiques. Le Haut Conseil des professions paramédicales joue également le sien et devrait, à mon sens, se voir confier un rôle moteur dans la modernisation de ces professions – ce qui est d'ailleurs demandé par les infirmiers eux-mêmes. On parle beaucoup de parcours de soins : un Haut Conseil des professions paramédicales renforcé serait à même de développer une perspective large, et de mettre le patient au cœur des préoccupations de tous les professionnels de la santé.

J'entends que la suppression de l'obligation d'inscription au tableau de l'ordre pour les infirmiers serait une catastrophe pour les autres ordres. Mais non ! Les autres ordres ont leur histoire propre, différente de l'ordre des infirmiers : ils ont été créés entre 1945 et 1947, au même moment que la sécurité sociale.

Aujourd'hui, la création *ex nihilo* d'un ordre des infirmiers ne fonctionne pas. *Quid*, d'ailleurs, des autres ordres paramédicaux ? Chacune des deux autres professions devra-t-elle aussi disposer de son ordre propre ?

Je propose donc de donner plus d'importance au Haut Conseil des professions paramédicales, avec des sections par profession pour défendre chaque profession, mais avec aussi les moyens de disposer d'une vision globale.

C'est binaire, c'est vrai : soit l'ordre est obligatoire, soit il ne l'est pas, auquel cas c'est la libre association. Je maintiens donc mon amendement.

**M. Jean-Pierre Door.** Puisque le fait que 70 % des infirmiers refusent l'ordre suffit à vos yeux pour demander sa suppression, le fait que 90 % des médecins refusent la généralisation du tiers payant devrait vous amener à la rejeter !

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 30 bis A sans modification.*

**Article 30 ter : Statut des assistants dentaires**

*La Commission se saisit de l'amendement AS19 de Mme Isabelle Le Callennec.*

**Mme Isabelle Le Callennec.** L'amendement AS19 vise à permettre aux étudiants en chirurgie dentaire suffisamment avancés d'exercer des fonctions d'assistant dentaire, dans des conditions fixées par décret.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Avis défavorable. Cet article sécurise la profession des assistants dentaires ; je vous propose d'attendre les dispositions réglementaires pour soulever cette question. Votre proposition me semble légitime, mais ce serait aller trop vite en besogne.

**Mme Isabelle Le Callennec.** Trop vite, mais dans le bon sens.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Oui, absolument. Ce point sera sans doute mentionné dans les déclinaisons réglementaires.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 30 ter sans modification.*

**Article 30 quater : Accès des non-ressortissants communautaires au troisième cycle d'études médicales ou à une formation médicale complémentaire**

*La Commission examine l'amendement AS71 de Mme Valérie Boyer.*

**Mme Valérie Boyer.** Cet amendement tend à permettre à tout établissement, public ou privé, d'accueillir un interne étranger, dans le cadre d'une convention avec le centre hospitalier universitaire de référence de l'interne, comme c'est déjà le cas pour les internes français. Il s'agit ainsi de promouvoir la qualité et la diversité de notre système de santé français. Pour respecter la fonction pédagogique de l'internat, le CHU reste le garant du bon déroulé de l'apprentissage de l'interne étranger.

Alors que la Cour des comptes va contrôler les établissements privés, il paraît logique de faire bénéficier ces derniers d'un certain parallélisme des formes : le parallélisme ne doit pas toujours venir soutenir la suspicion, le contrôle et le dogmatisme ; il doit aussi faire progresser les pratiques médicales.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** J'entends votre préoccupation, mais votre amendement est déjà satisfait. Les internes à titre étranger sont issus du concours national d'internat en médecine relevant d'un titre étranger ; à ce titre, ils suivent une formation identique à celle des internes formés en France. Ils peuvent donc réaliser d'ores et déjà leurs stages dans tous les lieux agréés, y compris dans des établissements de santé privés. Nous nous en sommes assurés auprès du Gouvernement. Je demande donc le retrait de cet amendement.

**Mme Valérie Boyer.** Excellente nouvelle !

*L'amendement est retiré.*

*La Commission adopte alors l'article 30 quater sans modification.*

**Article 30 quinquies A (nouveau) :** *Recrutement de praticiens en contrats à durée déterminée par les établissements de santé privé non lucratifs*

*La Commission adopte l'article 30 quinquies A sans modification.*

**Article 30 quinquies :** *Clarification des dispositions relatives à la profession de masseur-kinésithérapeute*

*La Commission examine l'amendement AS83 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Cet amendement technique vise à mettre notre législation en conformité avec les dispositions de la directive 2005/36/CE du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 30 quinquies modifié.*

**Article 30 sexies :** *Évolution du statut des pédicures-podologues*

*La Commission se saisit de l'amendement AS84 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Même argument que l'amendement précédent, mais cette fois pour les pédicures-podologues.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 30 sexies modifié.*

**Article 30 septies (nouveau) :** *Possibilité de suspendre l'exercice de la profession de psychothérapeute*

*La Commission se saisit de l'amendement AS95 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** À juste titre, les sénateurs ont souhaité adopter des mesures encadrant l'usage abusif du titre de psychothérapeute, parfois associé à des dérives sectaires.

Cet amendement ne remet pas en cause la démarche des sénateurs, mais précise la rédaction : le dispositif adopté au Sénat s'insère dans le code de la santé publique et assimile improprement les psychothérapeutes à une profession de santé.

Je vous propose donc d'inscrire la possibilité de suspendre le droit d'user de ce titre et de radier les intéressés du registre national de la profession à l'article 52 de la loi du 9 août 2004, qui traite du statut de ces professionnels.

**M. Bernard Accoyer.** Jusqu'en 2004, absolument rien n'empêchait de se parer du titre de psychothérapeute – plusieurs dizaines de milliers de psychothérapeutes autoproclamés

en ont usé et abusé. On connaît les dérives graves qui en ont résulté – abus, drames et ruptures familiales, dépressions, suicides.

Avec certains d’entre vous et bien d’autres, nous nous sommes battus pendant douze ans pour que ces professionnels soient inscrits sur une liste départementale les autorisant à exercer. Ils doivent maintenant satisfaire à certaines exigences et en particulier posséder des connaissances en psychologie clinique ou théorique, sanctionnées par un titre universitaire ou, souvent, par une simple procédure de validation des acquis. Mais les dérives sont encore réelles.

La disposition introduite par le Sénat est donc très utile : elle permet de rayer de cette liste les professionnels dont la pratique est dangereuse pour les patients. Il faudrait certainement aller plus loin ; nous y reviendrons en séance publique.

La modification de forme proposée par notre rapporteur me paraît tout à fait opportune. Je soutiens donc cet amendement.

*La Commission **adopte** l’amendement.*

*L’article 30 septies est **ainsi rédigé**.*

**Article 30 octies (nouveau) :** *Cadre d’exercice de la profession d’orthophoniste*

*La Commission examine l’amendement AS89 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Le projet de loi rénove le statut des orthophonistes et chacun ici s’en réjouit.

Cet amendement propose une nouvelle rédaction de l’article 30 octies. Outre quelques modifications rédactionnelles, il précise notamment que l’orthophoniste est, dans des conditions très particulières, autorisé à accomplir des soins nécessaires mais non prescrits par un médecin. Il rappelle également le principe d’indépendance et de responsabilité.

*La Commission **adopte** l’amendement.*

*L’article 30 octies est **ainsi rédigé**.*

**Article 31 :** *Élargissement du champ de compétences des sages-femmes aux IVG médicamenteuses, à l’examen postnatal et aux vaccinations*

*La Commission **adopte** l’article 31 sans modification.*

**Article 32 quater A (nouveau) :** *Statut des orthoptistes*

*La Commission se saisit de deux amendements identiques, AS31 de M. Fernand Siré et AS36 de Mme Valérie Boyer.*

**M. Bernard Perrut.** Les plus de 3 700 orthoptistes que compte notre pays réalisent des actes de rééducation et de réadaptation, mais également des actes d’exploration de la vision.

Mon amendement AS31 a pour objet de compléter la définition de la pratique orthoptique introduite par le vote d'un amendement gouvernemental au Sénat.

Le traitement orthoptique global de la vision, lors d'une prise en charge rééducative ou réadaptative, se doit d'explorer et d'améliorer toutes les capacités – motrices, sensorielles et fonctionnelles. Il paraît utile de préciser, au plan fonctionnel, que la prise en charge passe obligatoirement par trois axes : la communication visuelle, la saisie de l'information visuelle et l'organisation du geste visuo-guidée.

En effet, depuis près de cinquante ans, les neurosciences ont souligné l'importance de ces trois axes dans l'utilisation que toute personne peut faire de sa vision au quotidien. Seuls les orthoptistes évaluent, mesurent, observent et quantifient ces trois axes, ce qui permet de fixer les objectifs orthoptiques clairs de la prise en charge à venir.

**Mme Valérie Boyer.** Mon amendement AS36 a le même objet. Je rappelle l'importance de la profession d'orthoptiste. En effet, ces professionnels réalisent des actes de rééducation et de réadaptation, mais également des actes d'exploration de la vision. À l'heure où nos concitoyens rencontrent de plus en plus souvent des difficultés à voir correctement, en particulier à cause du temps passé devant les différents écrans, il est utile de préserver cette profession, et donc le quotidien des Français.

Les trois axes déjà cités – la communication visuelle, la saisie de l'information visuelle et l'organisation du geste visuo-guidée – doivent être insérés dans cet article.

Cette profession a montré son utilité depuis cinquante ans ; les neurosciences ont récemment confirmé son utilité. Il est donc indispensable de compléter la définition proposée par l'article.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Avis défavorable. Le rapport Voynet, salué par tous, a permis d'atteindre un équilibre que je vous propose de ne pas remettre en cause. En outre, les précisions que vous demandez sont d'ordre réglementaire.

**M. Élie Aboud.** Lors de la précédente législature, j'avais déposé une proposition de loi qui avait suscité la colère de mes confrères ophtalmologues... Dans le domaine de la santé visuelle, les orthoptistes, les optométristes, les médecins doivent travailler ensemble. On ne peut pas opposer les professions les unes aux autres. Heureusement, les mentalités évoluent.

*La Commission rejette les amendements identiques.*

*La Commission adopte l'article 32 quater A sans modification.*

**Article 32 quater B (nouveau) : Modernisation du cadre d'exercice de l'activité d'opticien-lunetier**

*La Commission se saisit de l'amendement AS86 de M. Razzy Hammadi.*

**M. Razzy Hammadi.** L'inscription obligatoire de l'écart pupillaire sur l'ordonnance a été adoptée, avec le soutien du Gouvernement, en 2013, dans le cadre de la loi relative à la consommation. Elle est rentrée en vigueur en septembre 2014. L'écart pupillaire est une donnée sanitaire stable tout au long de la vie adulte ; elle n'évolue que chez les enfants. Elle intéresse donc le patient, à qui elle permet de renouveler ses lunettes facilement. Les ophtalmologues étaient tenus de la délivrer.

Mais ce projet de loi revient sur cette obligation, pourtant votée il y a dix-huit mois à peine, et par des députés de toutes les sensibilités politiques. Les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous chez un ophtalmologue sont importants, et les lunettes coûtent dans notre pays 30 % à 40 % de plus que la moyenne européenne. Je propose donc de rétablir l'obligation d'inscrire l'écart pupillaire sur l'ordonnance.

Sur la forme, il me semble aussi que nous avons, collectivement, un devoir de cohérence. Une disposition votée en 2013, toutes sensibilités politiques confondues, et entrée en application en 2014, peut-elle être annulée en 2015 ? Vraiment, il me semble indispensable de stabiliser notre législation.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Je comprends votre argument. Néanmoins, force est de constater qu'à ce stade, cette mesure n'est pas réalisée, ou très mal réalisée, par les ophtalmologues.

**M. Razzy Hammadi.** Comment ça, très mal ?

**M. Jean-Patrick Gille.** Disons très peu fréquemment.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Cette disposition n'est de toute façon pas indispensable, dans la mesure où les opticiens peuvent facilement s'en charger, y compris à distance.

Afin que le débat ait lieu en séance publique si vous le souhaitez, je vous propose donc de retirer votre amendement. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

**Mme Dominique Orliac.** Nos discussions tournent toujours, finalement, autour du même sujet : il faudrait organiser une véritable filière visuelle. Nous souhaitons que certaines tâches soient déléguées aux orthoptistes, voire aux opticiens – mais on sait que les optométristes font beaucoup de lobbying.

Mme la ministre de la santé avait lancé une expérimentation, qui s'est déroulée dans les Pays de la Loire. Le rapport rendu par Dominique Voynet est également très intéressant.

**Mme Bérengère Poletti.** C'est tout à fait vrai, mais je crois qu'il faut rester très prudent. Aujourd'hui, cela me paraît prématuré, en tout cas au niveau des parlementaires. Il faut continuer de confier certains dépistages – du glaucome, par exemple – aux médecins ophtalmologues. On ne peut pas se permettre de passer à côté de maladies aussi graves.

La délégation de compétences est souvent proposée ici et là, mais il revient, je crois, aux professionnels de s'emparer du sujet et de faire des propositions dans ce domaine. Gardons-nous de toute décision intempestive.

**Mme Valérie Boyer.** Je suis tout à fait convaincue par les propos de mes collègues. Il faut continuer de travailler sur ce sujet, avec tous les acteurs de la filière visuelle, mais rester très prudent : le diagnostic du médecin doit continuer de prévaloir. Nous pourrions commencer à y réfléchir d'ici à la séance publique.

**M. Razzy Hammadi.** Comment peut-on appeler à la précaution et au sérieux, et accepter que l'on en vienne, après des heures de débat, une commission mixte paritaire, l'avis de la commission des affaires sociales, et finalement l'adoption de cette mesure dans le cadre de la loi consommation et un décret d'application publié il y a quelques mois, à remettre en

cause ladite mesure, du moins à repousser en commission l'amendement qui vise à la maintenir, au motif que l'on en discutera en séance ?

Par ailleurs, vous dites vous-même, monsieur le rapporteur, que l'inscription de l'écart pupillaire est un acte simple, que tout le monde peut effectuer. Si c'est tellement simple, pourquoi l'information n'est-elle pas délivrée ? Tout simplement parce que cela oblige les patients à aller chercher une nouvelle ordonnance – ce qui ne me paraît pas très responsable au regard de la situation de certains patients, qui doivent attendre plusieurs mois avant d'obtenir un rendez-vous. Je retire cet amendement, mais franchement, monsieur le rapporteur, je trouve vos arguments très étonnants.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** C'est insupportable d'entendre des choses pareilles !

*L'amendement AS86 est retiré.*

*La Commission est ensuite saisie de l'amendement AS159 de M. Jean-Pierre Door.*

**M. Jean-Pierre Door.** Cet amendement vise à moderniser le champ de compétence des opticiens-lunetiers en établissant un diplôme d'état pour l'exercice de la profession, inscrit dans le cadre du système européen licence-master-doctorat.

Ce nouveau diplôme devra permettre au métier d'opticien de s'adapter aux évolutions sanitaires, sociales et technologiques pour une meilleure prise en charge des patients.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Avis défavorable. En l'état actuel des choses, la profession d'opticien-lunetier peut être exercée par les titulaires d'un BTS de deux ans. Le fait de passer à une formation de trois ans constitue une évolution importante, qui à mon sens ne peut être imposée sans prendre l'avis des professionnels concernés ainsi que des ministères de l'éducation et de l'enseignement supérieur et de la recherche, auxquels revient la responsabilité de prendre éventuellement une décision par voie réglementaire.

**M. Élie Aboud.** Pour que la filière de l'optique puisse fonctionner correctement, il faut une entente entre les différents professionnels. Or aujourd'hui, ils sont les premiers à souhaiter l'évolution proposée, qui doit avoir pour effet de mieux connecter les maillons de la chaîne dont ils font partie.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement AS48 de Mme Joëlle Huillier.*

**Mme Joëlle Huillier.** L'amendement AS48 a pour objet d'améliorer le confort des utilisateurs de lentilles de contact. Aujourd'hui, les opticiens-lunetiers ne sont habilités qu'à modifier la correction optique des lentilles. Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur la restructuration de la filière visuelle, publié en septembre 2015, préconise pourtant d'élargir les compétences des opticiens-lunetiers et des orthoptistes formés explicitement à cet effet, à l'apprentissage de la pose, de la dépose et de l'entretien des lentilles correctrices ainsi qu'à l'adaptation des lentilles, sur prescription, dans des conditions qui devront être précisées dans un guide de bonnes pratiques.

Mon amendement vise donc à élargir la délégation d'acte aux opticiens-lunetiers à l'adaptation du matériau et de la géométrie de la lentille de contact.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Ce serait aller un peu loin... Si nous sommes tous d'accord sur le fait que la filière visuelle doit évoluer, les lentilles de contact ne sont pas un produit comme les autres. Je ne doute pas de la capacité de la profession d'opticien-lunetier à les prescrire, mais en l'état actuel des choses, il me paraît préférable de laisser la responsabilité de cette décision à l'ophtalmologiste. Je vous invite à retirer cet amendement, et émettrai à défaut un avis défavorable.

**Mme Joëlle Huillier.** Dans la mesure où nous pouvons être assurés d'une révision générale de la filière visuelle, je retire mon amendement.

*L'amendement AS48 est retiré.*

*La Commission est ensuite saisie de l'amendement AS78 de M. Jean-Pierre Door.*

**M. Jean-Pierre Door.** Comme le précédent, cet amendement propose un élargissement des compétences des opticiens-lunetiers et des orthoptistes, conformément aux recommandations de l'IGAS.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Avis défavorable.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement AS14 de Mme Dominique Orliac.*

**Mme Dominique Orliac.** Il ne nous paraît pas logique de pouvoir renouveler des lentilles de contact sans contrôle médical, donc plus facilement que des lunettes, alors que les lentilles présentent justement des risques particuliers du fait de leur contact avec les yeux : infections, kératite, abcès, voire perte de l'œil. Mon amendement AS14 vise donc à introduire une modification de cohérence en ce sens.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Je suis tout à fait convaincu de la pertinence de cet amendement. Avis favorable.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 32 quater B modifié.*

**Article 32 quater (nouveau) :** *Composition du Conseil national de l'ordre des pharmaciens*

*La Commission adopte l'article 32 quater sans modification.*

**Article 33 :** *Prescription de substituts nicotiniques*

*La Commission se penche sur l'amendement AS263 de M. Gilles Lurton.*

**M. Bernard Perrut.** Cet amendement vise à supprimer la possibilité ouverte par l'article 33 aux médecins du travail de prescrire des substituts nicotiniques. Cette évolution ne nous semble pas opportune. Les médecins du travail, dont le nombre est insuffisant au regard

de leur charge de travail, doivent se recentrer sur la surveillance de la santé des salariés au travail.

Par ailleurs, la médecine du travail, financée uniquement par les employeurs, s'inscrit dans une démarche exclusive de prévention et non de prescription : il ne revient pas aux entreprises de financer les activités des médecins du travail en matière de prescription des substituts nicotiques – et qui sait, demain, d'autres prescriptions ?

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Nous sommes ici à la limite entre la prévention et le soin... J'estime que les médecins du travail, qui sont avant tout des médecins, et voient parmi les salariés qu'ils examinent le même pourcentage de fumeurs qu'au sein de la population française – environ 30 % – seraient bien inspirés de leur prescrire des substituts nicotiques, afin de les aider à se libérer du tabac. Je suis donc défavorable à cet amendement.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 33 sans modification.*

**Article 33 bis :** *Consultation d'accompagnement à l'arrêt du tabac pour les femmes enceintes*

*La Commission examine l'amendement AS91 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** L'amendement AS91 vise à rétablir l'article 33 bis adopté par l'Assemblée nationale en première lecture à l'initiative de Jean-Louis Touraine, prévoyant la mise en place à titre expérimental, dans des régions pilotes, d'une consultation systématique et d'un suivi des femmes enceintes consommant des produits du tabac et souhaitant bénéficier de ces mesures.

*La Commission adopte l'amendement.*

*L'article 33 bis est ainsi rétabli.*

**Article 34 :** *Encadrement du recours à l'intérim médical à l'hôpital*

*La Commission est saisie de l'amendement AS32 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** La dernière phrase de l'alinéa 5 de l'article 34 met à la charge des établissements publics de santé le contrôle du respect des conditions légales d'exercice des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques recrutés en mission de travail temporaire. Or cette vérification relève de la responsabilité de l'employeur, qui est en l'occurrence l'agence d'intérim, et non de l'établissement dans lequel est effectuée la mission. C'est pourquoi il est proposé de remplacer cette phrase par une nouvelle rédaction plus appropriée.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 34 modifié.*

**Article 34 bis AA (nouveau) :** *Élargissement des clauses de résiliation de plein droit à l’initiative du bailleur au logement du personnel des établissements publics de santé*

*La Commission adopte l’article 34 bis AA sans modification.*

**Article 34 ter A (nouveau) :** *Remplacement d’un titulaire d’officine*

*La Commission adopte l’article 34 ter A sans modification.*

### **Chapitre III**

#### **Innover pour la qualité des pratiques, le bon usage des médicaments et la sécurité des soins**

**Article 35 :** *Information des professionnels sur l’état des connaissances scientifiques*

*La Commission est saisie de l’amendement AS92 du rapporteur.*

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** Sans modifier sur le fond le dispositif prévu à l’article 35, le Sénat y avait adjoint des mesures complexes de validation des documents par voie réglementaire. Nous proposons de rétablir la rédaction adoptée par l’Assemblée nationale en première lecture, afin de laisser la Haute autorité de santé faire ce qu’elle sait faire : son métier...

*La Commission adopte l’amendement.*

*L’article 35 est ainsi rétabli.*

**Article 35 bis A :** *Prescription d’activités physiques adaptées*

*La Commission est saisie de l’amendement AS40 de Mme Valérie Fourneyron.*

**Mme Valérie Fourneyron.** L’article 35 bis A vise à inscrire pour la première fois dans une loi santé la place de l’activité physique et sportive pour les patients atteints d’une affection longue durée (ALD). Cet article, voté à une très large majorité en première lecture – vingt-quatre voix sur vingt-cinq présents – a été supprimé au Sénat à l’issue d’un vote par assis-débout à une voix près. Je rappelle que, selon l’Organisation mondiale de la santé, la première cause de mortalité évitable est constituée par les maladies liées à la sédentarité ; que, dès 2011, la Haute autorité de santé a rappelé combien la France avait de retard en matière de thérapeutiques non médicamenteuses ; qu’aujourd’hui, enfin, toutes les études scientifiques, nationales et internationales, montrent qu’il est possible de réduire la consommation de médicaments et de faire baisser le taux de récurrence sur les cancers du sein, de la prostate et du côlon – et du coup de réaliser des économies de soins – grâce à la pratique d’une activité physique encadrée.

Nous proposons donc d’inscrire dans la loi ce qui est en plein développement sur le terrain et mis en œuvre tous les jours par les professionnels des réseaux de soin et des centres de cancérologie, par les formateurs CAMI Sport et Cancer et par les éducateurs sportifs formés à l’activité physique adaptée. Cela donnera un cadre pérenne à la prescription d’activités physiques par le médecin traitant et permettra de reconnaître la qualification des acteurs concernés – car il ne faut évidemment pas faire n’importe quoi. Ainsi, nous inciterons encore davantage de médecins à prescrire l’activité physique.

Une étude réalisée par l'IFOP auprès des médecins généralistes montre que ceux-ci sont tout à fait favorables à la prescription d'activités physiques et sportives, reconnues du reste par un nombre croissant de mutuelles. Enfin, j'ai participé au cours des dernières semaines à plusieurs colloques avec des collègues de droite comme de gauche, où nous avons pu constater une réelle mobilisation autour de cette mesure.

**M. Régis Juanico.** Nous souhaitons effectivement voir rétablir l'article 35 *bis* A, issu d'un amendement déposé par Valérie Fourneyron, Brigitte Bourguignon, Pascal Deguilhem et moi-même et adopté en première lecture à l'Assemblée. L'objet était de permettre aux médecins de prescrire par ordonnance une activité physique adaptée dans le cadre d'un parcours de soins des patients atteints d'une ALD.

Comme vient de le dire Valérie Fourneyron, des études scientifiques ont mis en évidence les bienfaits de l'activité physique adaptée, en particulier dans le traitement du cancer du sein, où cette activité contrebalance la toxicité du traitement principal, réduit la fatigue qui en résulte, améliore la résistance à la maladie et accroît de près de 50 % l'espérance de survie – ce taux atteint même 50 % à 60 % pour les cancers du côlon et de la prostate.

De nombreuses initiatives sont en cours sur le terrain ; il s'agit maintenant de leur donner un cadre législatif. Institutionnaliser le sport santé, le sport sur ordonnance, prescrire le footing plutôt que les statines, c'est une mesure plébiscitée par nos concitoyens et un moyen pour la sécurité sociale de réaliser des économies. Ainsi, le fait pour un diabétique de pratiquer une activité physique permet aujourd'hui de réduire de 50 % le coût total de ses soins de santé. Pour toutes ces raisons, mes chers collègues, je vous invite à adopter l'amendement AS40.

**Mme Bérengère Poletti.** Je soutiens pleinement cet amendement et j'ai même du mal à imaginer quels arguments on pourrait lui opposer. En matière de prévention comme de traitement, la prescription d'une activité physique constitue à mon sens une réponse adaptée aux exigences de la vie moderne. On a même découvert que certaines pathologies pouvaient trouver une solution dans la pratique de sports tout à fait particuliers : une expérimentation qui vient d'être menée dans mon département sur le traitement du cancer du sein a montré que la pratique de l'escrime donnait des résultats remarquables. Quant aux malades, ils ont manifesté leur totale adhésion à cette démarche lancée par l'Agence régionale de santé. Une telle mesure doit donc être encouragée et nous devons d'ores et déjà réfléchir aux moyens d'élargir son champ d'application.

**M. Jean-Louis Roumégas.** Je suis moi aussi persuadé que nous avons tout intérêt à adopter cette mesure et même à aller plus loin en reconnaissant davantage le rôle du sport en matière de prévention. Il s'agit pour l'heure d'institutionnaliser la pratique de l'activité physique en complément du traitement administré dans le cadre d'une ALD. La France est en retard en termes de reconnaissance des pratiques complémentaires à la médecine proprement dites et pourtant fondamentales. Certains pays, notamment le Canada, obtiennent de bien meilleurs résultats que nous en termes de prise en charge de certaines ALD – en particulier le cancer et les maladies cardiovasculaires. Nous devons sortir d'une pratique de la médecine exclusivement basée sur le médicament, pour évoluer vers une vision et une prise en charge plus globales de l'individu.

Enfin, mes chers collègues, saisissons l'occasion de montrer que l'Assemblée nationale est plus sportive que le Sénat ! (*Sourires.*)

**M. Jean-Patrick Gille, président.** Cela ne devrait pas être difficile ! (*Sourires.*)

**M. Jean-Pierre Door.** J'avais voté pour l'adoption de cette mesure en première lecture, et je suis évidemment resté favorable au principe de prescrire des activités physiques. Dans le cadre de mes fonctions de cardiologue, j'ai très souvent conseillé la pratique d'une activité physique plutôt que la prise de médicaments, surtout pour les patients en phase post-opératoire.

Une remarque cependant : le remboursement des activités physiques prescrites n'est pas envisagé pour le moment ; à mon sens il ne saurait l'être que si les masseurs-kinésithérapeutes étaient intégrés à la démarche, auquel cas le remboursement deviendrait nécessaire.

**Mme Michèle Delaunay.** L'exercice d'une activité physique est aussi extrêmement efficace en matière de prévention ; cela a été scientifiquement démontré dans la prévention du vieillissement et le retour à l'autonomie de personnes en état de fragilité. Puisqu'il nous est souvent demandé de faire preuve d'innovation, sachons saisir l'occasion qui nous est donnée de permettre à la médecine de prendre un grand tournant.

**M. Gérard Sebaoun, rapporteur.** L'article 35 *bis* A répond à la grande cohérence qui caractérise ce projet de loi. Ainsi, l'article 1<sup>er</sup> affirme l'importance de la pratique des activités physiques et sportives dans le cadre de la lutte contre la sédentarité. La création de l'Agence nationale de santé publique, à l'image de l'Institut national de santé publique du Québec, constitue également un élément important. La mesure qui est ici proposée va dans le même sens et constitue l'aboutissement des expériences très concluantes qui ont été menées, notamment le dispositif « Sport santé sur ordonnance » mis en œuvre à Strasbourg. Je suis donc très favorable à cet amendement, étant toutefois précisé à M. Juanico qu'il ne me paraît pas justifié d'opposer forcément le footing aux statines : les deux peuvent être nécessaires...

**M. Bernard Accoyer.** Franchement, ces dispositions ne relèvent pas de la loi, mais d'une politique de santé... Nous mettons désormais dans la loi n'importe quoi !

**Mme Michèle Delaunay.** Ah, il fallait qu'il trouve quelque chose ! Vous êtes bien le seul à défendre la conception d'une médecine soviétique !

**Mme Valérie Fourneyron.** En adoptant, comme je l'espère, cet amendement, notre assemblée reconnaîtra la place de l'activité physique dans une politique de santé publique moderne, comme cela avait déjà été le cas à l'article 1<sup>er</sup>. De nombreux patients atteints d'une ALD bénéficient déjà, dans le cadre du réseau « Sport, santé, bien-être », d'une prise en charge de plus en plus importante par les mutuelles et des complémentaires santé des activités physiques qu'ils pratiquent.

Aujourd'hui, il était nécessaire d'inscrire dans la loi et de rendre ainsi pérenne ce qui est pratiqué sur le terrain, afin de permettre une véritable qualification des acteurs concernés. Des accords sont en train de se conclure en ce sens entre les facultés de médecine et les facultés proposant des formations aux sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS). Enfin, j'invite notre collègue Bernard Accoyer à se pencher sur l'étude réalisée par l'IFOP auprès de 600 médecins : ils ont tous répondu que l'inscription de ce dispositif dans la loi les inciterait à prescrire des activités physiques plutôt qu'à seulement les conseiller, ce qui est très différent.

**Mme Michèle Delaunay.** Très bien !

*La Commission adopte l'amendement.*

*L'article 35 bis A est ainsi rétabli.*

**M. Jean-Patrick Gille, président.** Nous reprendrons l'examen des articles du projet de loi tout à l'heure, à 16 heures 15. Je vous précise qu'il nous reste 140 amendements à examiner, ce qui représente quatre heures de débat si nous continuons au rythme de ce matin.

*La séance est levée à douze heures quarante.*



## **Présences en réunion**

### **Réunion du mardi 10 novembre 2015 à 9 heures 30**

*Présents.* – M. Élie Aboud, M. Bernard Accoyer, M. Pierre Aylagas, M. Alexis Bachelay, M. Gérard Bapt, Mme Valérie Boyer, Mme Marie-Françoise Clergeau, M. Philip Cordery, Mme Michèle Delaunay, M. Jean-Pierre Door, Mme Françoise Dumas, Mme Hélène Geoffroy, M. Jean-Patrick Gille, Mme Joëlle Huillier, M. Michel Issindou, M. Denis Jacquat, Mme Chaynesse Khirouni, Mme Bernadette Laclais, Mme Isabelle Le Callennec, Mme Anne-Yvonne Le Dain, Mme Annie Le Houerou, Mme Catherine Lemorton, M. Céleste Lett, M. Gilles Lurton, Mme Véronique Massonneau, M. Philippe Noguès, Mme Dominique Orliac, M. Bernard Perrut, Mme Bérengère Poletti, M. Pierre Ribeaud, M. Denys Robiliard, M. Arnaud Robinet, M. Jean-Louis Roumégas, M. Gérard Sebaoun, M. Arnaud Viala

*Excusés.* – Mme Gisèle Biémouret, Mme Marie-Arlette Carlotti, M. Stéphane Claireaux, M. Henri Guaino, M. David Habib

*Assistaient également à la réunion.* – Mme Fanélie Carrey-Conte, Mme Valérie Fourneyron, M. Razy Hammadi, M. Régis Juanico, M. Christophe Léonard, M. Lionel Tardy