

ASSEMBLÉE NATIONALE

DÉBATS PARLEMENTAIRES

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

11^e Législature

SESSION ORDINAIRE DE 2001-2002

132^e séance

COMPTE RENDU INTÉGRAL

2^e séance du mardi 12 février 2002



SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE M. RAYMOND FORNI

1. Questions au Gouvernement (p. 1263).

RÉDUCTION DANS LES TRANSPORTS EN COMMUN
POUR LES BÉNÉFICIAIRES DE LA CMU (p. 1263)

Mme Janine Jambu, M. Jean-Claude Gayssot, ministre de
l'équipement, des transports et du logement.

RÉVISION DES PRÉVISIONS ÉCONOMIQUES (p. 1263)

MM. François Rochebloine, Laurent Fabius, ministre de
l'économie, des finances et de l'industrie.

FILIÈRE DE RECYCLAGE DES PNEUS (p. 1264)

MM. Jacques Rebillard, Yves Cochet, ministre de l'amé-
nagement du territoire et de l'environnement.

PRÉVISIONS ÉCONOMIQUES (p. 1265)

MM. Georges Colombier, Lionel Jospin, Premier ministre.

POLITIQUE DE LA VILLE (p. 1266)

MM. Jean-Pierre Balduyck, Claude Bartolone, ministre délé-
gué à la ville.

ADJOINTS DE SÉCURITÉ (p. 1266)

MM. Thierry Mariani, Daniel Vaillant, ministre de
l'intérieur.

VOLS DE TÉLÉPHONES PORTABLES (p. 1267)

MM. André Godin, Christian Pierret, secrétaire d'Etat à
l'industrie.

COUVERTURE DU TERRITOIRE
PAR LA TÉLÉPHONIE MOBILE (p. 1268)

MM. Patrice Martin-Lalande, Christian Pierret, secrétaire
d'Etat à l'industrie.

POLITIQUE DE GESTION
DES RISQUES INDUSTRIELS (p. 1268)

MM. Vincent Burroni, Yves Cochet, ministre de l'aména-
gement du territoire et de l'environnement.

SITUATION DES INFIRMIÈRES LIBÉRALES (p. 1269)

M. Didier Quentin, Mme Elisabeth Guigou, ministre de
l'emploi et de la solidarité.

CAPES DE CRÉOLE (p. 1270)

MM. Daniel Marsin, Christian Paul, secrétaire d'Etat à
l'outre-mer.

AVENIR DES AIDES-ÉDUCATEURS (p. 1271)

MM. Jean Vila, Jack Lang, ministre de l'éducation natio-
nale.

Suspension et reprise de la séance (p. 1272)

PRÉSIDENTE DE M. CLAUDE GAILLARD, vice-président

2. Désignation d'un candidat à un organisme extraparle- mentaire (p. 1272).

3. Droits des malades. – Transmission et discussion du texte de la commission mixte paritaire (p. 1272).

M. Claude Evin, rapporteur de la commission mixte
paritaire.

M. Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé.

DISCUSSION GÉNÉRALE (p. 1275)

MM. Bernard Charles,
Jean-Luc Préel,
Mme Yvette Benayoun-Nakache,
M. Jean-Michel Dubernard,
Mme Muguette Jacquaint,
MM. Bernard Perrut,
André Aschieri,
Jean-Pierre Foucher,
Philippe Nauche,
Daniel Paul.

Clôture de la discussion générale.

M. Jean Le Garrec, président de la commission mixte
paritaire.

TEXTE DE LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE (p. 1286)

Adoption de l'ensemble du projet de loi compte tenu du
texte de la commission mixte paritaire.

Suspension et reprise de la séance (p. 1324)

4. Professions de santé libérales. – Discussion, en nouvelle lecture, d'une proposition de loi (p. 1324).

M. Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé.

M. Claude Evin, rapporteur de la commission des affaires
culturelles.

EXCEPTION D'IRRECEVABILITÉ (p. 1327)

Exception d'irrecevabilité de M. Philippe Douste-Blazy :
MM. Jean-Luc Préel, Gilbert Gantier, Philippe Nauche.
– Rejet.

Renvoi de la suite de la discussion à la prochaine séance.

5. Délai de dépôt des candidatures à un organisme extra- parlementaire (p. 1332).

6. Ordre du jour de la prochaine séance (p. 1332).

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE M. RAYMOND FORNI

M. le président. La séance est ouverte.
(La séance est ouverte à quinze heures.)

1

QUESTIONS AU GOUVERNEMENT

M. le président. L'ordre du jour appelle les questions au Gouvernement.

RÉDUCTION DANS LES TRANSPORTS EN COMMUN POUR LES BÉNÉFICIAIRES DE LA CMU

M. le président. Pour le groupe communiste, la parole est à Mme Janine Jambu.

Mme Janine Jambu. Ma question s'adresse à M. le ministre de l'équipement, des transports et du logement.

Aujourd'hui, six millions de nos concitoyens vivent en dessous du seuil de pauvreté. Il existe donc un noyau dur de pauvreté dont les dernières statistiques montrent qu'il n'a pas pu être résorbé.

L'existence de ces hommes, de ces femmes et de leurs familles est soumise à une très grande précarité. Chaque jour, il leur faut se battre pour le droit à vivre décemment, pour le droit au travail, à la santé, au logement, aux vacances et aux transports.

Dans la lutte contre cette précarité, les députés communistes ont apporté leur pierre en amendant et en votant la loi créant la couverture maladie universelle, celle organisant la lutte contre les exclusions et celle relative à la solidarité et au renouvellement urbains, laquelle a d'ailleurs provoqué les plus vives réactions à droite (*Exclamations sur plusieurs bancs du groupe du Rassemblement pour la République et du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance*), car elle vise à faire partager les efforts en matière de logement social.

L'article 123 de la loi SRU prévoit que les personnes bénéficiaires de la CMU ont droit à une réduction de 50 % sur les tarifs des transports en commun urbains : bus, tramway et métro. J'ai déjà été interrogée dans ma circonscription par les usagers et les services sociaux sur les modalités d'application concrètes de ce dispositif.

Quand et comment, monsieur le ministre, comptez-vous assurer la mise en œuvre de ce droit qui doit garantir aux personnes les plus modestes un accès simplifié et économique aux moyens de déplacement ? (*Applaudissements sur les bancs du groupe communiste et sur quelques bancs du groupe socialiste.*)

M. le président. La parole est à M. le ministre de l'équipement, des transports et du logement.

M. Jean-Claude Gayssot, *ministre de l'équipement, des transports et du logement*. Madame la députée, vous avez raison : la fracture sociale, il ne suffit pas d'en parler, il faut s'y attaquer ! La loi contre l'exclusion, la loi SRU et la loi créant la couverture maladie universelle participent de cette volonté du Gouvernement.

Un député du groupe du Rassemblement pour la République. Vous disposiez de cinq ans !

M. le ministre de l'équipement, des transports et du logement. Mais voter une loi ne suffit pas non plus, encore faut-il qu'elle soit mise en œuvre.

Et, pour faire bouger les choses, il faut connaître le nombre de personnes qui peuvent être concernées. Dès 1998 et 1999, j'ai rencontré les associations de chômeurs pour mettre en place ce qu'on a appelé le « chèque mobilité », qui a permis à 270 000 chômeurs de la région parisienne de toucher l'équivalent de 1 400 francs de billets gratuits pour le métro et le RER. Grâce à l'article 123 de la loi SRU, que l'ensemble des députés de la majorité ont adoptée, nous avons décidé d'aller plus loin. En effet, tous les bénéficiaires de la couverture maladie universelle, de la complémentaire et de l'aide médicale de l'Etat, ainsi que leurs familles pourront bénéficier d'une réduction d'au moins 50 % sur le prix d'achat des carnets de billets vendus en Ile-de-France pour les déplacements en métro, en bus et en tramway.

Une carte Solidarité transports est créée et pourra être obtenue sur simple demande ; les bénéficiaires devront demander une attestation à leur caisse de sécurité sociale ou d'allocations familiales qu'ils présenteront pour se faire inscrire. Les renseignements à cet égard seront disponibles dès le 20 février et les inscriptions seront ouvertes à partir du 28.

La carte sera adressée aux demandeurs dans un délai d'un mois ; 700 000 personnes en Ile-de-France pourront en bénéficier. Nous voulons l'étendre à toute la France, comme le prévoit l'article 123 de la loi SRU, pour que 4 millions de personnes puissent en profiter. Ainsi, nous attaquons vraiment à l'exclusion et à la fracture sociale ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe communiste et sur plusieurs bancs du groupe socialiste et du groupe Radical, Citoyen et Vert.*)

RÉVISION DES PRÉVISIONS ÉCONOMIQUES

M. le président. Pour le groupe UDF, la parole est à M. François Rochebloine.

M. François Rochebloine. Ma question s'adresse à M. le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie.

Monsieur le ministre, à l'occasion de la présentation de la loi de finances pour 2002 et durant tout le débat budgétaire jusqu'à la fin du mois de décembre, vous n'avez cessé d'affirmer que la croissance économique de la France pour cette année atteindrait 2,5 %.

L'opposition nationale vous a constamment rappelé que la quasi-totalité des organismes indépendants de prévision estimaient vos prévisions surévaluées. Le 7 février dernier, vous avez reconnu que la croissance du PIB ne serait plus que de 1,5 % et que les déficits publics allaient fortement s'accroître, passant de 1,4 % du PIB dans vos prévisions initiales à 1,8 % voire 1,9 %.

Ma question est simple : pourquoi le Gouvernement a-t-il constamment et délibérément menti à la représentation nationale et aux Français ? (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et sur plusieurs bancs du groupe du Rassemblement pour la République.*)

M. le président. La parole est à M. le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie.

M. Pierre Lellouche. M. Fabius revient à 1,5 % !

M. Laurent Fabius, *ministre de l'économie, des finances et de l'industrie*. Monsieur Rochebloine, j'attendais cette question. (« Ah ! » sur les bancs du groupe de l'Union pour

la démocratie française-Alliance, du groupe du Rassemblement pour la République et du groupe Démocratie libérale et Indépendants.) Aussi, je me suis replongé dans les statistiques des années précédentes. (*Exclamations sur les mêmes bancs.*)

J'ai constaté, sans surprise, que, entre le moment, en septembre-octobre, où le Gouvernement dépose ses prévisions pour l'année suivante,...

M. Bernard Deflesselles. Assumez donc !

M. le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie. ... et le mois de février, où il les réajuste, il est très fréquent qu'il y ait des décalages.

M. Jean-Claude Lemoine. On n'oublie rien !

M. le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie. J'en donnerai deux exemples, et je vous demande de vous y reporter si vous en avez le loisir.

En 1996, sous un autre gouvernement, entre la prévision d'octobre et celle de février, la différence était de 1,5 %. (*Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants.*) Et, pour remonter un peu plus loin, en 1993, la différence était de 3,4 %. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

Cette fois-ci, que s'est-il passé ? Un événement majeur : les terribles attentats du 11 septembre. (*Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants.*) J'avais pris soin, lorsque j'avais présenté ces prévisions au nom du Gouvernement, de dire qu'il fallait les prendre avec prudence et que, s'il y avait des décalages, nous ferions jouer les stabilisateurs automatiques.

Par ailleurs, monsieur le député, vous avez déjà développé cet argument à l'appui d'un recours que vous avez introduit auprès du Conseil constitutionnel, lequel a rejeté vos prétentions, estimant que les prévisions du Gouvernement n'étaient pas entachées d'insincérité. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. Gilbert Meyer. Le résultat est le même !

M. le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie. Mais venons-en au fond. Ces ajustements signifient simplement que nous tenons compte de l'évolution de la conjoncture et que nous voulons être le plus transparents possible. Il ne faut cependant pas que ces prévisions cachent l'essentiel. La prévision actualisée pour 2002 est de 1,5 %, ce qui est moins que les années précédentes mais nous situe tout de même, vous le savez fort bien, monsieur Rochebloine, au deuxième rang des pays d'Europe ; notre taux de croissance est triple de celui de nos voisins allemands et double de celui de nos amis américains. (*Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants.*)

Cela ne doit néanmoins pas nous faire oublier que, pour l'année 2003, et c'est également dans les prévisions que j'ai rendues publiques, la prévision moyenne - « le consensus » comme on dit - est de 3 %, ce qui nous place en tête des pays du G 7.

Enfin, monsieur Rochebloine, je ne suis pas sûr que vous soyez totalement convaincu vous-même par votre argumentation. En effet, si la situation des finances publiques est aussi dégradée que vous le prétendez, je comprends mal que, dans les propositions de l'opposition, vous prévoyiez une augmentation des dépenses de

50 milliards d'euros. Si la situation du pays était telle que vous la décrivez, vous auriez le souci de redresser les finances publiques, plutôt que de les dégrader.

En réalité, je vous le confirme, nos prévisions sont parfaitement transparentes. Simplement, à la première contrevérité que vous formulez sur nos prévisions,...

M. Bernard Cazeneuve. C'est vous qui mentez !

M. le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie. ... vous en ajoutez une deuxième à travers vos propres propositions ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

FILIÈRE DE RECYCLAGE DES PNEUS

M. le président. Pour le groupe RCV, la parole est à M. Jacques Rebillard.

M. Jacques Rebillard. Ma question s'adresse à M. le ministre de l'aménagement du territoire et de l'environnement.

Il y a une semaine se déclarait un incendie gigantesque dans un dépôt de 5 millions de pneumatiques à Arleix, en Saône-et-Loire. Si l'incendie est maîtrisé, une semaine après le dépôt continue de brûler, dégageant des fumées nauséabondes ; et cela pourrait encore durer plusieurs semaines.

Des 60 millions de pneumatiques utilisés en France chaque année, seulement 20 à 40 % sont recyclés. Des dépôts comme celui d'Arleix sont nombreux sur notre territoire et présentent un danger réel pour l'environnement.

Comme il y a eu la catastrophe de l'*Erika* pour le pétrole, il y a aujourd'hui la catastrophe d'Arleix pour les pneumatiques. Dans ces conditions, pouvez-vous nous dire, monsieur le ministre, quelles mesures vous comptez prendre pour organiser la filière du recyclage des pneumatiques, pour la financer et pour éliminer tous les dépôts sauvages qui existent dans nos campagnes ou aux abords de nos villes ? (*Applaudissements sur les bancs du groupe Radical, Citoyen et Vert.*)

M. le président. La parole est à M. le ministre de l'aménagement du territoire et de l'environnement.

M. Yves Cochet, ministre de l'aménagement du territoire et de l'environnement. En effet, il y a une semaine, se déclarait un incendie dans ce dépôt, qui existe depuis 1993. A l'époque, aucune autorisation au titre de la législation des installations classées n'avait été demandée. Ce n'est que beaucoup plus tard, en 1999, que, grâce à un contrôle de gendarmerie, nous nous sommes aperçus de son existence. Une procédure a alors été engagée à l'encontre de l'exploitant et du propriétaire, car il n'était pas question de conserver un tel dépôt, qui est considérable. Cette procédure se poursuit car nous voulons maintenant remettre le site en l'état. Mais devant une telle catastrophe, et même si l'exploitant et le propriétaire sont civilement responsables, nous avons proposé que l'ADEME se charge, dans le cadre d'une procédure d'urgence, de cette remise en état du site afin d'en assurer la mise en sécurité et dans le souci de protéger l'environnement. En effet, une nappe phréatique pourrait être menacée par cet incendie. Par conséquent, nous agissons en urgence, à nos propres frais, en attendant l'aboutissement de la procédure judiciaire.

Mais vous m'interrogez aussi sur l'avenir. Je le constate avec regret : la récolte et le traitement des pneus usagés sont notoirement insuffisants.

M. Arnaud Lepercq. Qu'est-ce que vous faites ?

M. le ministre de l'aménagement du territoire et de l'environnement. Dans ce domaine, il faut certes que nous fassions plus. Mais nous avons déjà élaboré un décret qui est actuellement en cours d'examen devant le Conseil d'Etat. Il prévoit que les opérations de reprise et de traitement des pneumatiques usagés seront financées par les producteurs de pneumatiques – fabricants, importateurs, etc. –, que les distributeurs devront reprendre gratuitement ceux qui leur seront retournés par les usagers et qu'ils devront les remettre à des opérateurs agréés localement. (*Applaudissements sur les bancs du groupe Radical, Citoyen et Vert et du groupe socialiste.*)

PRÉVISIONS ÉCONOMIQUES

M. le président. Pour le groupe Démocratie libérale et Indépendants, la parole est à M. Georges Colombier.

M. Georges Colombier. Monsieur le président, à l'excellente question de mon collègue François Rochebloine, M. le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie n'a pas répondu. (« *En effet!* » sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance.)

Une nouvelle fois, le Gouvernement rejette la responsabilité sur les gouvernements précédents. Cela ne constitue pas une réponse et les Français, d'ailleurs, ne sont pas dupes.

Aussi, je me permets de poser la même question à M. le Premier ministre.

Monsieur le Premier ministre, dès le mois de septembre de l'année dernière, l'ensemble de l'opposition avait souligné le caractère irréaliste des hypothèses économiques que le Gouvernement avait retenues pour le budget de l'Etat et le projet de financement de la sécurité sociale en 2002. Nous avons demandé qu'on retienne le taux moyen proposé par les principaux instituts de conjoncture, soit 1,5 %. Vous avez refusé et maintenu le taux, inexact, de 2,5 %. Vous avez sciemment faussé les comptes publics au nom d'un objectif purement électoraliste. (« *Tout à fait!* » sur les bancs du groupe Démocratie libérale et Indépendants.)

Aujourd'hui, sous la pression de la Commission de Bruxelles, qui a dénoncé le caractère erroné de vos prévisions, vous avez été obligé de réviser à 1,5 % le taux de croissance...

M. François Rochebloine. Obligé !

M. Georges Colombier. ... huit semaines à peine après la publication du budget ! Cette politique d'approximation et de dissimulation a une lourde et dangereuse conséquence : la dérive du déficit, aussi bien de l'Etat que des comptes sociaux.

Par souci de transparence, nous vous demandons d'indiquer le montant de cette dérive. Et ne tentez pas de vous défausser en rejetant sur d'autres vos responsabilités. (« *Très bien!* » sur les bancs du groupe Démocratie libérale et Indépendants.) Cela fait maintenant plus de quatre ans que vous êtes au pouvoir. Il convient, à la veille d'échéances importantes, que les Français soient informés sur la situation exacte des déficits et sur leur évolution. (*Applaudissements sur les bancs du groupe Démocratie libérale et Indépendants, du groupe du Rassemblement pour la République et du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance.*)

M. le président. La parole est à M. le Premier ministre. (*Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants.*)

M. Lionel Jospin, Premier ministre. Mesdames, messieurs les députés, j'avais cru comprendre que cette question m'était adressée. Mais si vous préférez que ce soit le ministre de l'économie et des finances, Laurent Fabius, qui vous réponde, je lui demanderai de le faire avec grand plaisir. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste. – Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants.*)

De toute façon, nous dirons la même chose, à savoir que les événements tragiques du 11 septembre (*Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants*) ont plongé les économies les plus importantes, celles des Etats-Unis, du Japon et de l'Allemagne, dans une crise profonde et dans la récession. Pendant cette période, nous pouvons constater que la France, elle, a mieux résisté, puisque, comme l'a rappelé Laurent Fabius, la croissance en 2001 a été de 2 %, c'est-à-dire trois fois plus qu'en Allemagne et deux fois plus qu'aux Etats-Unis. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*) Pourquoi ce résultat ? Parce que, contrairement à d'autres, et j'en remercie le ministre de l'économie et des finances (« *Ah!* » sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants), nous avons pris des initiatives. Avec la prime pour l'emploi, nous avons créé du pouvoir d'achat...

M. Arnaud Lepercq. Et du chômage !

M. le Premier ministre. ... pour des catégories de la population qui consomment. Nous avons soutenu les programmes de CES et d'emplois-jeunes. Nous avons pris des mesures d'aide à l'investissement en faveur des entreprises. Nous avons donc été réactifs...

M. Jean Auclair. menteur !

M. le Premier ministre. ..., et nous avons mieux réagi.

Pourquoi n'avoir pas modifié en octobre les chiffres de prévision de croissance pour l'année 2002 ? D'abord, nous n'avions pas de raison d'aller dans le sens d'un certain pessimisme ambiant. (*Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants.*)

M. Bernard Deflesselles. La preuve !

M. le Premier ministre. Ensuite, nous avons besoin de mieux apprécier la conjoncture de l'époque.

Aujourd'hui où nous disposons d'éléments plus précis, nous révisons nos comptes (*Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants*), et vous devriez nous féliciter de dire les choses telles qu'elles sont. Car nous corrigeons les prévisions au moment où les signes de reprise pour la deuxième partie de l'année 2002 s'affirment aux Etats-Unis et en Europe, et où, comme l'a dit Laurent Fabius, le consensus des observateurs économiques et des conjoncturistes anticipe une montée en puissance au second semestre. Nous avons, comme l'ont dit notamment les deux ministres concernés lors du débat budgétaire, décidé de laisser jouer les stabilisateurs automatiques, et légèrement dériver les comptes publics. Mais nous maîtrisons nos dépenses publiques qui, en volume, restent à 0,3 par an et, en 2003, à 0,5.

Je pense donc que la France, qui résiste mieux que ses voisins et qui a gardé un socle de consommation, sera en mesure de bien profiter de l'élan que reprendra l'économie européenne au second semestre. C'est pourquoi je crois, contrairement à d'autres, que nous aurons un peu plus que peu de marge ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste, du groupe communiste et du groupe Radical, Citoyen et Vert.*)

POLITIQUE DE LA VILLE

M. le président. Pour le groupe socialiste, la parole est à M. Jean-Pierre Balduyck.

M. Jean-Pierre Balduyck. Ma question s'adresse à M. Bartolone, ministre délégué à la ville.

Monsieur le ministre, la politique de la ville et le renouvellement urbain, nous le savons, sont des entreprises de longue haleine. Nous sommes confrontés à une situation complexe. Le constat est connu : pour faire face à des besoins énormes, des quartiers se sont construits rapidement, trop souvent sans souci d'urbanisme et sans politique de peuplement.

Nous nous attelons maintenant à casser les ghettos où se regroupent les exclus, à construire des cités où chacun vivra à égalité de droits et de devoirs. Il s'agit d'encourager la responsabilité des habitants en s'appuyant sur la vie associative et en favorisant la politique de mixité sociale pour un développement plus harmonieux de l'habitat.

A Tourcoing, j'habite un quartier inscrit dans le projet de ville et j'affirme l'efficacité de la politique engagée. Comment comptez-vous poursuivre la politique de renouvellement urbain réimpulsée en 1999 ? (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. le président. La parole est à M. le ministre délégué à la ville.

M. Claude Bartolone, ministre délégué à la ville. Monsieur le député, nous sommes entrés dans le vif du sujet puisque, sur les cinquante grands projets de ville, il n'en reste que deux à signer. Je serai dans quelques jours à Toulouse pour en signer un ; cela nous a demandé un peu plus de temps, le Premier ministre ayant annoncé un doublement des crédits destinés à cette ville à la suite de la catastrophe d'AZF.

S'il est un élément qui montre la réussite du nouveau plan lancé par le Gouvernement, c'est bien la mobilisation de l'ensemble des partenaires : villes, départements, régions, Caisse des dépôts et consignations. Pour chaque euro investi par l'Etat, nous arrivons à une mobilisation trois à six fois supérieure.

La volonté du Gouvernement se manifeste sur le terrain puisque l'idée d'en finir avec les cités-dortoirs est aujourd'hui opérationnelle. Nous allons en effet démolir 9 000 logements obsolètes cette année et construire 53 000 logements, ce qui montre une accélération de la construction de logements sociaux cette année, puisque nous étions à 42 000 l'année dernière.

M. Arnaud Lepercq. Contre 100 000 annoncés il y a cinq ans !

M. le ministre délégué à la ville. Bien entendu, pour offrir des conditions décentes et l'égalité de vie en zone urbaine à nos concitoyens, il faut aller plus loin que le renouvellement urbain. C'est pourquoi le Gouvernement insiste sur la nécessité de donner du sens à « l'emploi pour tous ».

Au 1^{er} janvier, le Gouvernement a institué une prime de 6 000 euros pour toute entreprise qui engagerait un chômeur des quartiers populaires, parce que la meilleure manière de démontrer que les habitants de nos quartiers

populaires peuvent prétendre à une vie normale, c'est de leur permettre de retrouver du travail et de rebâtir un projet de vie en ayant accès à l'emploi.

M. Philippe Briand. Alors, c'est raté !

M. le ministre délégué à la ville. Lorsque j'ai réuni l'ensemble des maires engagés dans ces cinquante grands projets de ville et ces soixante-dix opérations de renouvellement urbain, ils ont bien montré leur volonté d'utiliser chaque euro proposé par l'Etat pour reconstruire la ville, mais ils sont aussi convaincus que c'est par le renforcement des services publics, l'établissement de contrats éducatifs locaux, la présence d'un plus grand nombre d'adultes dans les quartiers que nous pourrions agir pour la prévention et améliorer la sécurité. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

ADJOINTS DE SÉCURITÉ

M. le président. Pour le groupe RPR, la parole est à M. Thierry Mariani.

M. Thierry Mariani. Monsieur le ministre de l'intérieur, vous avez tenu secret le rapport sur les adjoints de sécurité et on comprend pourquoi : il est accablant. Un adjoint de sécurité sur cinq est exclu ou démissionne en cours de contrat. Cette situation est une preuve supplémentaire de l'inefficacité de votre politique contre l'insécurité.

D'après vos déclarations, les adjoints de sécurité devaient constituer l'ossature de la police de proximité, l'un des piliers de votre politique de sécurité ; mais il apparaît, hélas ! au vu de ce rapport officiel qu'ils sont démotivés, qu'ils souffrent d'un manque total de moyens, de reconnaissance et de formation. Les adjoints de sécurité, dont je tiens à souligner le courage du plus grand nombre, sont peut-être les premières victimes de votre politique. Nous le savons tous : la police doit d'abord reposer sur des professionnels bien formés. Vous devez aujourd'hui reconnaître votre échec. L'insécurité ne cesse de progresser et votre politique est inefficace.

Ma question est toute simple : quel enseignement tirez-vous de ce rapport, qui souligne une fois de plus cet échec ? Allez-vous enfin changer de politique pour garantir la sécurité des Français ? (*Applaudissements sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République et sur quelques bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants.*)

M. le président. La parole est à M. le ministre de l'intérieur.

M. Daniel Vaillant, ministre de l'intérieur. Puis-je d'abord vous rappeler, monsieur le député, que l'ossature de la police nationale est constituée par les policiers eux-mêmes, plus nombreux que de votre temps, mieux formés et plus présents sur le terrain grâce à la police de proximité ? (*Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République. - Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste et du groupe Radical, Citoyen et Vert.*)

Le rapport sur l'emploi et les missions des adjoints de sécurité, qui m'a été remis en septembre 2001, au terme d'une mission commune de l'inspection générale de l'administration et de l'inspection générale de la police nationale, met d'abord l'accent, faut-il le rappeler, sur le rôle très positif tenu aujourd'hui par ces personnels. S'ils n'existaient pas, il faudrait les inventer (*Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie-française Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants. - Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste*), constate

par exemple ce rapport qui ajoute plus loin que les ADS ont eu un effet bénéfique pour rajeunir et souvent dynamiser les unités de voie publique.

Il fait par ailleurs des propositions pour améliorer le recrutement et les conditions d'emploi de ces agents contractuels. Un grand nombre d'entre elles ont déjà été suivies d'effet, certaines des améliorations préconisées ayant été engagées avant même le dépôt du rapport. Ainsi, la loi sur la sécurité quotidienne, que vous avez combattue mais qui a été votée par l'Assemblée nationale en novembre 2001, a donné aux adjoints de sécurité une plus grande qualification judiciaire.

M. Renaud Muselier. On voit les résultats !

M. le ministre de l'intérieur. Leur formation initiale a été prolongée de quatre semaines, des actions concrètes ont été menées dans les régions et au niveau national pour favoriser leur insertion au terme de leur contrat de cinq ans. J'ai dans ce but signé, le 31 janvier dernier, un accord-cadre avec le syndicat national des entreprises privées.

Il est regrettable...

M. Pierre Lellouche. C'est vous qui êtes regrettable !

M. le ministre de l'intérieur. ... qu'un grand quotidien, se référant de façon parcellaire à un pré-rapport de travail, et non au rapport définitif sur les ADS, ait choisi le parti pris de dévaloriser ces emplois-jeunes. Il n'était sûrement pas utile de parler de « fiasco ».

Est-ce un fiasco...

Plusieurs députés du groupe du Rassemblement pour la République. Oui !

M. Pierre Lellouche. C'est vous le fiasco !

M. le ministre de l'intérieur. ... que d'avoir proposé un travail à plus de 26 000 jeunes, femmes et hommes, dont près de la moitié sont, à l'origine, des demandeurs d'emploi ?

Est-ce un fiasco (« Oui ! » sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants) que d'avoir, grâce à leur contribution, développé la police de proximité, alors que le problème des effectifs se posait avec acuité à cause de votre manque de prévention et de prévision sur les effectifs ? (*Exclamations sur les mêmes bancs.*)

Plusieurs députés du groupe du Rassemblement pour la République. Cinq ans que vous êtes au pouvoir !

M. le ministre de l'intérieur. Est-ce un fiasco (« Oui ! » sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants) que, d'ores et déjà, plus de 76 % des ADS partis avant la fin de leur contrat aient trouvé un emploi définitif dans la police, dans une autre administration ou dans le secteur privé ?

Puis-je vous rappeler, monsieur Mariani, que la sécurité est une valeur républicaine (*Exclamations et claquements de pupitres sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants*), que c'est la condition pour la liberté et la tranquillité de nos concitoyens, et que cette valeur mérite mieux que l'exploitation politicienne que vous en faites. (*Exclamations sur les mêmes bancs.*)

Non, la sécurité n'est pas un filon électoral. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*) Les Français ne sont pas dupes : ils savent bien que vous n'avez aucune proposition alternative à faire. Alors, ils préfèrent

notre sérieux à votre campagne politicienne qui ne portera pas ses fruits comme vous le souhaitez. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste. – Vives exclamations et huées sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants.*)

M. Franck Borotra. Zéro !

M. Georges Frêche. Bravo, monsieur le ministre, vous avez raison !

M. le président. Mes chers collègues, si vous vouliez éviter de vous donner ainsi en spectacle, l'Assemblée y gagnerait. (*Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants.*)

VOLS DE TÉLÉPHONES PORTABLES

M. le président. Pour le groupe socialiste, la parole est à M. André Godin.

M. André Godin. Monsieur le secrétaire d'Etat à l'industrie, les téléphones portables sont une cible privilégiée des voleurs, qui n'hésitent pas à recourir à la violence pour s'emparer des appareils.

Il ressort d'ailleurs de l'examen des chiffres de la délinquance pour l'année 2001 que les vols ont augmenté de 8 %, influençant dans une large mesure la hausse globale observée. A Paris, par exemple, 40 % des vols avec violence recensés en 2001 sont des vols à l'arraché de téléphones portables.

Il existe pourtant des solutions techniques permettant de rendre inopérants les appareils volés et ainsi de dissuader les voleurs. Il est notamment possible de les bloquer à distance grâce à leur numéro de série IMEI, *International Mobile Equipment Identify*, les numéros étant regroupés au sein d'une base de donnée internationale EIR, *Equipment Identify Register*.

Pourriez-vous indiquer à la représentation nationale quelles mesures vous envisagez de prendre afin d'inciter les opérateurs de téléphonie à développer ce système de sécurité ? (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. le président. La parole est à M. le secrétaire d'Etat à l'industrie.

M. Christian Pierret, secrétaire d'Etat à l'industrie. En effet, monsieur le député, le téléphone portable, grâce à notre politique de télécommunications, est un succès. (*Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants.*) Aujourd'hui, avec 37 millions de portables, la France est en effet l'un des premiers pays membres de l'Union européenne pour la diffusion de cet outil. (*Exclamations sur les mêmes bancs.*)

Cela a entraîné un accroissement significatif des vols et 117 000 plaintes ont été déposées à ce titre. La réponse du Gouvernement est très claire : il faut faire preuve de fermeté pour permettre un retour à une situation normale.

La sécurité, dans ce domaine aussi, est une priorité.

M. Arnaud Lepercq. C'est faux !

M. le secrétaire d'Etat à l'industrie. Il y a trois mesures que nous entendons prendre très rapidement, et nous avons créé à cet effet un groupe de coordination (*Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la*

République et du groupe Démocratie libérale et Indépendants) avec mon collègue de l'intérieur, M. Daniel Vaillant.

Première mesure : rendre le réseau inaccessible aux terminaux volés. C'est en voie d'être réalisé partout.

M. Jean-Louis Debré. Le Gouvernement est aux abonnés absents !

M. le secrétaire d'Etat à l'industrie. Deuxièmement les opérateurs, grâce à cette coordination, vont mettre en commun très rapidement, dans les prochaines semaines, une base de données regroupant les coordonnées des téléphones volés afin de pouvoir, dans l'avenir, empêcher totalement l'utilisation du téléphone lui-même et non pas simplement bloquer l'abonnement.

Troisième mesure technique précise et efficace, le Gouvernement et les opérateurs vont lancer une campagne d'information dans le grand public sur les précautions à prendre par les utilisateurs de portables. Par ailleurs, nous avons décidé d'ouvrir un numéro d'appel pour le public grâce auquel les portables volés seront très rapidement connus et bloqués.

C'est donc un ensemble de mesures fortes, techniques, destinées à assurer la sécurité.

Il reste à donner un conseil aux utilisateurs de portable : ne pas acheter d'appareil à la sauvette car il pourrait très bien ne plus fonctionner les semaines suivantes.

Ainsi, mesdames, messieurs les députés, la sécurité dans ce domaine sera assurée dans les toutes prochaines semaines. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Radical, Citoyen et Vert. - Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République et sur plusieurs bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants.*)

M. Arnaud Lepercq. Baratin !

COUVERTURE DU TERRITOIRE PAR LA TÉLÉPHONIE MOBILE

M. le président. Pour le groupe RPR, la parole est à M. Patrice Martin-Lalande.

M. Patrice Martin-Lalande. Ma question s'adresse à M. le secrétaire d'Etat chargé des télécommunications. Je la pose aussi au nom d'Alain Marleix et de nombreux collègues.

Le téléphone mobile est un succès mondial sans précédent. (« Ah ! » sur de nombreux bancs du groupe socialiste.) Il y a actuellement 700 000 nouveaux abonnés par jour au téléphone mobile dans le monde.

Pourtant, le développement du mobile en France se heurte à des problèmes graves. Pourquoi les 37 millions de téléphones mobiles français ne seraient-ils utilisables qu'à condition de ne pas être trop mobiles ?

M. Jacques Fleury. C'est grâce à la privatisation !

M. Patrice Martin-Lalande. Pourquoi les habitants et les touristes de 17 % du territoire seraient-ils encore longtemps privés de téléphonie mobile ?

L'autorité de régulation des télécommunications l'a démontré au printemps 2001 et les études menées à la demande de nombreuses collectivités l'ont confirmé depuis 17 % du territoire encore privés de téléphonie mobile. Il y a deux fois plus de communes non couvertes que ne l'admettent le Gouvernement et les opérateurs. C'est profondément injuste sur le plan de l'aménagement du territoire et c'est contraire à l'attente de millions de consommateurs, qui exigent légitimement plus de mobilité et de services permanents.

Or les décisions prises par le Gouvernement à l'occasion du comité interministériel d'aménagement du territoire de juillet dernier ne permettront pas de couvrir plus de la moitié des zones blanches. La négociation en cours avec Orange et SFR ne fera que répartir différemment la dépense de 1,5 milliard de francs décidée en juillet dernier, sans apporter le complément de financement indispensable. C'est condamner définitivement une partie de la France et tous ceux qui y vivent ou y passent à être privés du service de téléphonie mobile, y compris en matière de sécurité, alors que France Télécom supprime massivement les cabines téléphoniques, comme je l'ai constaté dans mon département, le Loir-et-Cher.

Ma question est double. Le Gouvernement est-il prêt à traiter le téléphone mobile comme un élément du service universel de télécommunications, et donc à assurer la couverture de tout le territoire ? Va-t-il rapidement réviser sa décision de juin 2001 en augmentant d'au moins 50 % le financement de l'Etat et des opérateurs pour couvrir les besoins les plus urgents et renoncer à faire payer les collectivités de zones déjà désavantagées ? (*Applaudissements sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants.*)

M. le président. La parole est à M. le secrétaire d'Etat à l'industrie.

M. Christian Pierret, secrétaire d'Etat à l'industrie. Monsieur le député, l'objectif visé par le Gouvernement est très simple : assurer la couverture par au moins un réseau GSM de l'ensemble des lieux de vie occasionnels ou permanents de notre territoire.

Pour cela, nous avons deux idées forces : la simplicité des infrastructures nécessaires, dont l'entretien et le financement doivent être assurés par les pouvoirs publics, et l'efficacité ; 1 500 communes qui ne sont pas encore couvertes aujourd'hui doivent l'être dans les deux ans. Pour cela, nous exigeons de la part des opérateurs des engagements précis ; nous avons d'ailleurs ramené de trois ans à deux ans le délai de couverture, ce qui va tout à fait dans le sens de votre préoccupation. Il y a des engagements précis également en matière de financement, pour assurer un financement sain de la couverture territoriale par les mobiles. Grâce à la renégociation du financement de la couverture mobile que nous avons menée, l'effort des pouvoirs publics - Etat, collectivités locales, départements et régions - sera très inférieur à ce qu'il était auparavant. Les deux opérateurs que vous avez cités sont convenus avec le Gouvernement de financer chacun à hauteur de 100 millions d'euros, les pouvoirs publics n'apportant au total que 84 millions d'euros. C'est très raisonnable puisque, sur deux ans, les collectivités départementales, par exemple, devront faire un effort d'un million et demi d'euros seulement.

Dans moins de deux ans, les lieux de vie occasionnels et permanents seront donc totalement couverts. C'est cela notre conception du service universel. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe socialiste, du groupe communiste et du groupe Radical, Citoyen et Vert.*)

M. Lucien Degauchy. Toujours des promesses !

POLITIQUE DE GESTION DES RISQUES INDUSTRIELS

M. le président. Pour le groupe socialiste, la parole est à M. Vincent Burroni.

M. Vincent Burroni. Monsieur le ministre de l'aménagement du territoire et de l'environnement, plus de quatre mois se sont écoulés depuis la catastrophe de Tou-

louse, le 21 septembre 2001. Au lendemain de ce drame, le Premier ministre, Lionel Jospin, lançait une vaste table ronde dans les régions, montrant ainsi la détermination du Gouvernement à répondre à la fois aux attentes des victimes et aux inquiétudes de l'opinion publique.

Le rapport remis au Premier ministre par M. Essig est le résultat d'une concertation riche et porteuse de mesures fortes, notamment en matière de sécurisation des sites industriels.

Tout récemment, la commission d'enquête parlementaire sur la sûreté des installations industrielles a, à son tour, remis son rapport, qui comporte quatre-vingt-dix propositions. Je me bornerai à citer les plus importantes qui prônent la réduction des dangers à la source, une meilleure prise en compte du facteur humain, une évaluation juste des risques encourus, un renforcement des dispositifs juridiques, une plus grande transparence dans l'information de nos concitoyens, la création d'un fonds d'indemnisation des victimes et d'un fonds de prévention lié à l'urbanisation des zones à risques.

Monsieur le ministre, comment le Gouvernement entend-il s'appuyer sur l'ensemble de ces travaux pour renforcer sa politique de gestion des risques industriels ? (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. le président. La parole est à M. le ministre de l'aménagement du territoire et de l'environnement.

M. Yves Cochet, ministre de l'aménagement du territoire et de l'environnement. Monsieur le député, chacun se souvient de la catastrophe du 21 septembre à Toulouse. Le jour même, le Gouvernement a commencé à agir, en mettant en œuvre un plan d'aide d'urgence doté de moyens considérables. Le Premier ministre a également voulu qu'un débat de société national ait lieu dans notre pays ; c'est ainsi que, du 15 novembre au 11 décembre, plus de 7 000 personnes, tous acteurs confondus, se sont réunies dans les différentes régions et à l'échelon national, pour tenter de faire émerger des propositions nouvelles destinées à sécuriser l'industrie en France.

Parallèlement, une commission d'enquête parlementaire s'est créée, qui a remis la semaine dernière un rapport extrêmement intéressant accompagné de quatre-vingt-dix propositions.

Enfin, M. Philippe Essig a aussi remis au Premier ministre un rapport assorti de propositions.

A la suite de tout cela, je présenterai demain en conseil des ministres un projet de loi sur les risques industriels, lequel comporte trois volets qui sont désormais bien connus et que je vais rappeler.

Le premier volet est relatif à la maîtrise de l'urbanisation autour des usines à risques par le biais de plans de prévention des risques technologiques, que l'on appellera peut-être les PPRT.

Le deuxième volet est un volet social destiné à ce que les travailleurs eux-mêmes s'impliquent davantage dans la maîtrise du risque à la source, c'est-à-dire dans les sites et dans les usines elles-mêmes. A cette fin, les CHSCT, les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, seront dotés de pouvoirs supplémentaires.

Le troisième volet est un volet démocratique ayant pour objet de mieux impliquer les citoyens, *via* ce que l'on pourra peut-être appeler les commissions locales d'information sur les risques technologiques.

Toutefois, ce projet de loi ne constitue qu'un élément d'un plan d'ensemble qui vise, comme l'a préconisé la commission d'enquête parlementaire, à réduire le risque à la source en proposant, par exemple, aux industriels de

diminuer les stocks de produits dangereux, d'entourer de jongs de béton certaines sphères ou d'enfouir certains stockages ; mais cela n'a rien de limitatif.

Il faut également mieux impliquer les citoyens en appelant chacun à une plus grande vigilance. Je crois, et je le répète devant vous, mesdames, messieurs les députés, que la démocratie est un facteur efficace de prévention et de réduction du risque industriel. (*Applaudissements sur les bancs du groupe Radical, Citoyen et Vert et du groupe socialiste.*)

SITUATION DES INFIRMIÈRES LIBÉRALES

M. le président. Pour le groupe RPR, la parole est à M. Didier Quentin.

M. Didier Quentin. Madame la ministre de l'emploi et de la solidarité, le 22 janvier dernier, les infirmières libérales, une fois de plus, étaient massivement dans la rue pour exprimer le désarroi, le ras-le-bol et la colère d'une profession qui ne compte ni son temps, ni sa peine, ni son dévouement au service des malades. Malheureusement, vous ne les avez pas entendues.

Aussi, dès demain, nombre d'entre elles vont appliquer un tarif libre et d'autres vont fermer leur cabinet.

Il faut savoir que la rémunération de l'acte de soins est inchangée depuis quatorze ans, que les indemnités kilométriques sont bloquées depuis dix-neuf ans et que la piqure est facturée 2,76 euros seulement, soit 18,10 francs.

Quelle autre profession supporterait soixante heures de travail hebdomadaire, des rémunérations bloquées, une hausse toujours plus forte des charges sociales et professionnelles, un système de quotas jugé humiliant et injuste ?

Comment concilier vie professionnelle et vie familiale alors qu'il devient impossible de trouver un remplaçant et illusoire de trouver un successeur ?

Tous ces problèmes sont dramatiquement amplifiés en milieu rural, où les infirmières, en nombre insuffisant, ne peuvent plus faire face à la demande de soins.

Aujourd'hui, madame la ministre, vous proposez...

M. Arnaud Lepercq. Des infirmières espagnoles !

M. Didier Quentin. ... de transformer des chômeurs en infirmières, mais c'est oublier que ce métier exige une vocation initiale, vocation que votre refus d'écoute et de dialogue est en train d'étouffer.

Allez-vous enfin répondre aux légitimes revendications des infirmières et infirmiers libéraux ? (*Applaudissements sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants.*)

M. le président. La parole est à Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité.

Mme Elisabeth Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité. Monsieur le député, je l'ai déjà indiqué ici la semaine dernière, nous négocions actuellement avec les infirmières libérales. Elles méritent en effet toute notre attention car elles exercent un métier difficile, extrêmement prenant, surtout en milieu rural, ainsi que vous venez de le dire.

M. Jean Auclair. J'en sais quelque chose !

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. C'est la raison pour laquelle, il y a quinze jours, j'ai examiné avec les trois plus importants syndicats leurs principales demandes, qui portent sur la revalorisation des actes infirmiers, sur celle des indemnités horo-kilométriques et sur

la révision du système des quotas, qui ne fonctionne pas bien. (*Exclamations sur plusieurs bancs du groupe du Rassemblement pour la République.*)

Depuis la semaine dernière, le président de la Caisse nationale d'assurance maladie, comme c'est son rôle, discute avec les syndicats infirmiers de la revalorisation des rémunérations. Et cet après-midi même, des négociations formelles se sont ouvertes.

M. François Goulard. Confiez donc à M. Teulade le soin de rédiger un rapport ! (*Sourires.*)

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. J'espère que ces diverses demandes feront très rapidement l'objet de réponses très concrètes.

Vos affirmations me conduisent à formuler deux remarques supplémentaires.

D'abord, ce gouvernement a revalorisé – sans doute insuffisamment, c'est vrai – les actes infirmiers en 1999 (*Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République*)...

M. Arnaud Lepercq. Ça fait cinq ans que vous êtes au pouvoir !

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. ... qu'il s'agisse des actes médicaux infirmiers – l'augmentation a été de 6 % – ou des actes lourds. (*Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République.*)

Lorsque vous étiez aux responsabilités (*Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants*), de telles revalorisations n'ont jamais eu lieu. (*Même mouvement.*)

Mme Odette Grzegorzulka. Ils sont amnésiques !

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. En dix-neuf ans, délai que vous avez cité (*Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants*)...

M. Richard Cazenave. Dont quinze ans de socialisme !

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. ... il vous est tout de même arrivé d'être aux responsabilités ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste et du groupe communiste. – Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants.*)

Par ailleurs, vous vous insurgez contre le fait que nous proposons à des chômeurs...

M. Arnaud Lepercq. A des infirmières espagnoles !

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. ... de pouvoir accéder à la belle profession d'infirmier. Mais, monsieur le député, il ne faut pas faire preuve d'ostracisme (*Protestations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants*) à l'égard des personnes qui sont au chômage ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste. – Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants.*) Si nous leur offrons la possibilité d'accéder aux études d'infirmière, c'est bien entendu à la condition qu'elles aient passé le concours – il ne doit pas y avoir de passe-droit. Et, en cas de réussite au concours, nous assurons le financement de leurs trois années d'études. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

Enfin, s'il y a aujourd'hui une pénurie d'infirmières, c'est parce que, lorsque vous étiez aux responsabilités (*Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants*), vous avez diminué le recrutement dans les instituts de formation d'infirmiers. (*Protestations sur les mêmes bancs.*) Nous, nous avons repris ces recrutements à partir de 1998 !

Plusieurs députés du groupe Démocratie libérale et Indépendants. Cinq ans de socialisme !

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité. Si bien que, aujourd'hui, nous comptons plus de 26 000 infirmières et infirmiers libéraux (*Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants*), alors qu'ils n'étaient que 12 000 lorsque vous avez quitté les responsabilités en 1997 ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste et sur plusieurs bancs du groupe communiste et du groupe Radical, Citoyen et Vert. – Exclamations sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants.*)

CAPES DE CRÉOLE

M. le président. Pour le groupe socialiste, la parole est à M. Daniel Marsin.

M. Daniel Marsin. Ma question s'adresse à M. le ministre de l'éducation nationale ou à M. le secrétaire d'Etat à l'outre-mer.

L'article 34 de la loi d'orientation pour l'outre-mer du 13 décembre 2000 consacre les langues en usage dans les DOM comme partie intégrante du patrimoine linguistique de la nation.

Le 25 avril 2001, le ministre de l'éducation nationale rendait publiques les nouvelles orientations du Gouvernement en vue de dynamiser l'enseignement des langues régionales, qui disposent désormais d'un statut légal et réglementaire.

Dans le droit-fil de cette orientation, la mise en place d'un CAPES unique de créole a été décidée et la première session devrait se dérouler au cours du premier semestre de 2002.

Je ne peux manquer de saluer cette avancée remarquable, qui constitue une étape essentielle dans la reconnaissance de la langue créole et plus fondamentalement dans la reconnaissance de la diversité des identités culturelles au sein de la communauté nationale.

Néanmoins, une profonde inquiétude anime le monde universitaire antillo-guyanais car, à moins de deux mois du déroulement des épreuves écrites, le jury d'examen est toujours en cours de constitution et ne comporte, pour l'heure, ni créolophone ni universitaire originaire des Antilles-Guyane.

Cette situation pourrait compromettre non seulement l'équilibre entre les quatre zones géographiques concernées, mais aussi le principe d'égalité des candidats quant à la manière dont ils seront évalués à l'écrit comme à l'oral.

Monsieur le ministre, devant une situation aussi délicate et urgente, je vous demande quels aménagements vous envisagez de mettre en œuvre afin d'assurer le bon déroulement de ce concours, pour que ce CAPES tant attendu par la communauté universitaire des Antilles-Guyane réunisse toutes les conditions que sont légitimement en droit d'attendre les candidats inscrits. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. le président. La parole est à M. le secrétaire d'Etat à l'outre-mer.

M. Christian Paul, secrétaire d'Etat à l'outre-mer. Monsieur le député, Jack Lang et moi-même allons nous efforcer de vous rassurer. Toutefois, je veux tout d'abord vous remercier d'avoir souligné l'avancée que constitue la création de ce CAPES de créole, souhaitée tant par le Gouvernement que par vous-même. Cela traduit une vraie rupture avec l'indifférence séculaire, voire avec l'approche parfois répressive dont avaient souffert les langues parlées par nos compatriotes d'outre-mer.

Vous me permettez donc de voir dans la décision de créer ce CAPES de créole une illustration parmi beaucoup d'autres de ce nouveau pacte républicain pour l'outre-mer voulu et mis en place par le Gouvernement de Lionel Jospin et cette majorité, pacte républicain qui conjugue égalité et pluralité au cœur d'une république plus forte du respect de ses diversités culturelles, linguistiques et humaines.

Les programmes du CAPES de créole, je vous le confirme, ont fait l'objet d'une très large concertation qui a permis d'associer tous les spécialistes de cette question et de tenter de concilier leurs différents points de vue.

S'agissant du jury, dont la constitution paraît vous préoccuper, il a été composé – et c'était bien sûr indispensable – en faisant appel à des universitaires issus des quatre régions d'utilisation du créole, mais aussi à des défenseurs et des promoteurs du créole dans les universités de l'Hexagone. C'est bien ainsi qu'il fallait procéder.

Dans le cadre des règles propres à ce type de concours, il fallait veiller à instaurer de tels équilibres. C'est à ce titre que l'académie des Antilles et de la Guyane est représentée dans ce jury par sept universitaires ou membres des corps d'inspection et que celle de la Réunion est représentée par cinq membres.

Le ministre de l'éducation nationale et moi-même avons demandé aux administrations concernées de donner à toutes les parties prenantes les assurances nécessaires pour cette année et pour les années suivantes.

Permettez-moi de saluer, comme vous l'avez fait, l'engagement très actif des défenseurs antillais du créole, qui ont œuvré avec succès pour que sa reconnaissance par l'école de la République soit définitivement acquise. *(Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste et sur plusieurs bancs du groupe communiste et du groupe Radical, Citoyen et Vert.)*

AVENIR DES AIDES-ÉDUCATEURS

M. le président. Pour le groupe communiste, la parole est à M. Jean Vila.

M. Jean Vila. Monsieur le ministre de l'éducation nationale, la mise en place, dès le début de la législature, du dispositif emplois-jeunes par le Gouvernement peut être considérée comme un des grands défis relevés par la majorité plurielle. Cela a constitué un immense espoir pour les jeunes, désireux d'en finir avec les petits boulots, la précarité et le chômage. L'objectif a été en partie atteint : les emplois-jeunes ont eu un impact indubitable sur la création d'emplois et ils ont contribué au retour de la confiance.

Cependant, quelques grandes inquiétudes demeurent, en dépit des dernières mesures décidées le 6 juin 2001, celles-ci étant jugées insuffisantes par les associations, qui souhaiteraient une sortie du système accompagnée d'une garantie de la solvabilisation et de la pérennisation des emplois.

A cet égard, les annonces faites en ce qui concerne les aides éducateurs sont loin de répondre à leurs aspirations. Dans une réponse que vous avez faite à l'un de nos collègues le 29 janvier dernier, vous déclariez : « L'activité des aides éducateurs répond à des besoins réels et a fait émerger des activités nouvelles qui ont amélioré le fonctionnement du système éducatif ». C'était l'objet même de la loi. Toutefois, le problème de l'avenir de ces nouveaux métiers se pose aujourd'hui avec acuité.

Les contrats de milliers d'aides éducateurs s'achèveront dans quelques mois. Une grande partie d'entre eux se retrouveront à la rue et ils auront pour seule ressource le RMI puisqu'ils n'ont pas droit aux allocations de chômage. Cette situation, vous en conviendrez, est inadmissible, d'autant plus qu'ils seront remplacés par d'autres jeunes, la plupart sans formation, jusqu'en 2007, date limite de prorogation des contrats.

Ces emplois sont devenus indispensables à l'éducation nationale et à son fonctionnement. Comptez-vous, monsieur le ministre, instaurer une grille d'emplois prenant en compte ces nouveaux métiers afin de permettre leur pérennisation ? Etes-vous prêt à valider la qualification acquise par les bénéficiaires de ces emplois-jeunes et à leur ouvrir ainsi le droit de passer des concours adaptés ? A quelques mois de la fin de leur contrat, ce serait la meilleure façon de répondre à leurs attentes et aux besoins de l'éducation nationale. *(Applaudissements sur les bancs du groupe communiste.)*

M. le président. La parole est à M. le ministre de l'éducation nationale.

M. Jack Lang, ministre de l'éducation nationale. Monsieur le député, ainsi que vous l'avez vous-même souligné la mise en place d'aides éducateurs dans l'éducation nationale est l'une des grandes mesures positives prises par le gouvernement de Lionel Jospin.

Au fil des ans, 70 000 aides éducateurs ont été engagés. Ils ont, les élus le savent bien, apporté par leur engagement, leur dévouement, leur enthousiasme, une présence humaine et intellectuelle qui s'est exprimée sous de nombreuses formes – soutien scolaire, intégration des enfants handicapés, aide aux nouvelles technologies, documentation – permettant ainsi à nos établissements de mieux fonctionner.

Quand vous ajoutez cet effort important à celui qui a été engagé pour créer 50 000 emplois, vous constatez que l'action de ce gouvernement en faveur de l'éducation a été forte.

Dès l'origine, lorsque le Gouvernement a imaginé ce système, il a indiqué que la durée du contrat, fait sans précédent, ne serait pas d'une année mais de cinq ans ; il a donc parlé clair dans sa relation contractuelle avec ces jeunes.

Dans le même temps, nous avons mis en place des mesures de formation, d'aide, de soutien, mesures que nous avons renforcées depuis un an, pour permettre à ces jeunes de s'insérer dans une nouvelle activité. Chaque jeune qui le souhaite, et c'est le cas de beaucoup, peut bénéficier d'un plan personnel de préparation d'un projet professionnel, car nous souhaitons que l'ensemble de ces jeunes puissent trouver une voie d'avenir dans différents métiers.

Par ailleurs, afin de permettre à ce projet professionnel individuel de voir le jour, nous avons décidé, voici un an, d'augmenter le nombre des heures de formation, qui a été porté à 400 heures, et de proroger jusqu'à la fin de l'année 2003 – il s'agit d'une décision exceptionnelle du Premier ministre – les contrats de ceux qui avaient été engagés en 1997-1998. Nous avons également décidé,

pour répondre à un vœu largement exprimé, d'ouvrir dans le cadre de la fonction publique de l'éducation nationale une troisième voie reposant sur la validation d'acquis et, sur des épreuves particulières : ainsi, pour les trois premières sessions, ceux qui choisiront le métier d'enseignant n'auront pas à justifier de la possession d'une licence mais simplement d'un diplôme de premier cycle de l'enseignement supérieur. Un pas en avant a donc été accompli pour faciliter l'intégration dans notre système d'enseignement.

M. le président. Pouvez-vous conclure, monsieur le ministre ?

M. le ministre de l'éducation nationale. Je termine, monsieur le président.

Par ailleurs, nous mettons au point un système de troisième voie pour les carrières de personnels non enseignants.

Au total, ce sont 40 000 jeunes éducateurs qui travaillent aujourd'hui dans d'autres activités et d'autres métiers.

J'ai bon espoir que nous réussirons à préparer un avenir sérieux et solide pour l'ensemble de ces aides à qui nous manifestons une grande reconnaissance. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. le président. Nous avons terminé les questions au Gouvernement.

Suspension et reprise de la séance

M. le président. La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à seize heures, est reprise à seize heures vingt, sous la présidence de M. Claude Gaillard.*)

PRÉSIDENCE

DE M. CLAUDE GAILLARD,
vice-président

M. le président. La séance est reprise.

2

DÉSIGNATION D'UN CANDIDAT À UN ORGANISME EXTRAPARLEMENTAIRE

M. le président. J'ai reçu de M. le Premier ministre une demande de remplacement d'un membre de l'Assemblée nationale au sein du conseil d'administration de l'Office national des anciens combattants et victimes de guerre.

Conformément aux précédentes décisions, le soin de présenter un candidat a été confié à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

La candidature devra être remise à la présidence avant le mardi 19 février 2002, à dix-huit heures.

3

DROITS DES MALADES

Transmission du texte de la commission mixte paritaire

M. le président. M. le président de l'Assemblée nationale a reçu de M. le Premier ministre la lettre suivante :

« Paris, le 7 février 2002.

« Monsieur le président,

« Conformément aux dispositions de l'article 45, alinéa 3, de la Constitution, j'ai l'honneur de vous demander de soumettre à l'Assemblée nationale,

pour approbation, le texte proposé par la commission mixte paritaire sur les dispositions restant en discussion du projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

« Veuillez agréer, monsieur le président, l'assurance de ma haute considération. »

En conséquence, l'ordre du jour appelle la discussion du texte de la commission mixte paritaire (n° 3582).

La parole est à M. le rapporteur de la commission mixte paritaire.

M. Claude Evin, rapporteur de la commission mixte paritaire. Monsieur le président, monsieur le ministre délégué à la santé, mes chers collègues, le texte de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé est particulièrement attendu par les associations de malades et les victimes d'accidents médicaux. En affirmant dans la loi les droits des personnes dans le système de soins, nous précisons à juste titre ce qui avait jusqu'à maintenant été traité uniquement dans le code de déontologie ou par la jurisprudence.

Avec ce projet de loi, nous affirmons que la personne malade a des droits qui participent de la reconnaissance du principe d'autonomie et de protection des personnes. Mais, surtout, ce texte répond à une attente qu'exprimaient les victimes d'accidents médicaux depuis très longtemps. La complexité des procédures, la non-prise en compte, en droit civil, de l'indemnisation de l'accident sans faute faisaient peser une incertitude non seulement sur les victimes, mais aussi sur les professionnels de santé. Nous créons donc un mécanisme permettant l'indemnisation des accidents sans faute, financé par la solidarité nationale.

Par ailleurs, nous facilitons la conciliation et la conduite des expertises au niveau régional avec la création des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation. Nous réformons l'expertise en prévoyant la création de listes nationales d'experts, en demandant une formation à ces derniers, en les soumettant à évaluation pour le renouvellement de leur inscription sur ces listes et en introduisant le caractère contradictoire de l'expertise. Ainsi, ce dispositif devrait rassurer les victimes d'accidents médicaux et les professionnels de santé, inquiets de la judiciarisation de leur activité.

J'en viens plus précisément aux dispositions adoptées en CMP. Les dispositions du titre I^{er} relatives aux droits de la personne malade avaient fait l'objet d'un large consensus entre les deux assemblées. La CMP a toutefois précisé que les règles relatives à l'information et au consentement des malades seraient fixées par décret, car elles ne sauraient relever des seuls codes de déontologie. La CMP a convenu de supprimer le « défenseur » des droits des malades, compte tenu du rôle joué par les commissions de conciliation et d'indemnisation.

Sur la procédure d'élaboration de la politique de santé, la CMP est parvenue à un accord qui définit clairement le rôle de la Conférence nationale de santé et celui, d'expertise technique, qui est dévolu au Haut Conseil de la santé publique.

S'agissant du titre II relatif à la qualité du système de santé, la commission mixte paritaire a permis de dégager les orientations suivantes.

En ce qui concerne la compétence des professionnels de santé et la formation des professions médicales et pharmaceutiques, la CMP a validé la réforme de la formation médicale continue et a précisé l'organisation de la formation pharmaceutique continue, dans l'apport du

Sénat. Les organismes de sécurité sociale, mais pas les collectivités locales, pourront être amenés à participer au financement des actions de formation.

En ce qui concerne la déontologie des professions de santé et l'information des usagers du système de santé, la CMP a validé la réorganisation et la « juridictionnalisation » de la procédure disciplinaire ordinale. Elle a abandonné le projet de création d'une section H dans le Conseil national de l'ordre des pharmaciens.

La CMP a validé le retour à la dénomination « ordres » pour les professions médicales et les pharmaciens, adoptant la dénomination de « conseil » pour l'instance interprofessionnelle chargée de certaines professions paramédicales. Il a été pris acte que cette instance comporte des collèges professionnels nationaux, mais qu'elle exclut les salariés de sa compétence.

S'agissant de l'ostéopathie, la CMP a adopté une rédaction de compromis sur le fondement d'un amendement présenté par M. Bernard Charles : le titre d'ostéopathe ou de chiropracteur ne sera pas réservé aux personnes ayant effectué un premier cycle d'études médicales, mais, suivant les vœux du Sénat, un décret fixera la liste des actes autorisés. Les membres de la CMP ont tous souligné la nécessité d'un audit préalable de la profession.

En ce qui concerne la prévention, la CMP a adopté l'appellation d'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Elle a opté pour le retour à la rédaction de l'Assemblée nationale prévoyant que l'institut met en œuvre, pour le compte de l'État et de ses établissements publics, les programmes nationaux de prévention et de promotion de la santé. La CMP a décidé que quatre des membres du conseil scientifique de l'institut appartiendraient au Haut Conseil de la santé et seraient nommés par le ministre chargé de la santé.

La CMP a par ailleurs créé, à l'initiative de M. Philippe Nauche, un diplôme d'études spécialisées de gynécologie médicale. Elle a également validé une modification introduite par le Sénat, visant l'approvisionnement en médicaments des établissements pour personnes âgées ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur.

Elle a adopté, sur le fondement d'un amendement de la commission des affaires sociales du Sénat, le principe de la possibilité, pour le sportif concerné ou pour le Conseil de prévention et de lutte contre le dopage, de demander une expertise supplémentaire en cas de suspicion de dopage.

Sur le titre III, la CMP n'a pas retenu les définitions, de nature médicale, introduites par le Sénat, des accidents médicaux, de l'affection iatrogène et de l'infection nosocomiale, qui risquaient, en étant trop restrictives, d'être défavorables aux victimes comme aux médecins.

En revanche, elle a prévu que le taux d'incapacité permanente ouvrant droit à réparation devait être supérieur à un pourcentage d'un barème spécifique fixé par décret, ce pourcentage étant au plus égal à 25 %.

Elle a explicitement posé l'obligation d'assurance au titre de la responsabilité administrative des établissements publics de santé.

Elle a précisé que les limitations d'assurance ne s'appliquaient qu'au montant, et non à la durée, de la garantie et qu'elles n'étaient fixées par décret en Conseil d'État que pour les professionnels de santé libéraux, dans l'attente des conclusions des travaux d'une mission en cours.

La CMP a approuvé l'introduction de sanctions disciplinaires pour les professionnels de santé en cas de manquement à l'obligation d'assurance.

Elle a par ailleurs prévu le vote, chaque année, en loi de financement de la sécurité sociale, de la dotation de l'assurance maladie pour le financement de l'office, comme cela est déjà prévu pour le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et comme cela a déjà été le cas en 2001.

Elle a fixé à deux ans le délai transitoire d'inscription sur la liste nationale des experts en accidents médicaux des experts non judiciaires.

Enfin, la CMP a introduit dans ce texte de loi le dispositif législatif qui fait suite aux arrêts de la Cour de cassation s'inspirant de l'arrêt Perruche. Le Gouvernement a en effet introduit au Sénat par amendement le texte qui avait été adopté par notre assemblée le 10 janvier dernier. Les deux assemblées ont affirmé le principe selon lequel « nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance ». Elles ont aussi, d'un commun accord, rappelé la possibilité, pour la personne née avec un handicap dû à une faute médicale, d'obtenir la réparation de son préjudice lorsque l'acte fautif a provoqué directement le handicap, l'a aggravé ou n'a pas permis de prendre les mesures susceptibles de l'atténuer.

Concernant le préjudice des parents qui n'ont pu recourir à une interruption volontaire de grossesse à la suite de la faute d'un professionnel ou d'un établissement de santé qui ne leur a pas permis d'être informés du diagnostic que le fœtus était atteint d'une affection d'une particulière gravité, le Sénat avait réduit l'indemnisation prévue par l'Assemblée en excluant les charges particulières découlant, tout au long de la vie de l'enfant, de ce handicap dont la compensation est assumée par la solidarité nationale. Après de longs débats, cette formulation avait été adoptée au Sénat à l'unanimité des suffrages exprimés, le reste des sénateurs s'abstenant.

En CMP, les représentants du Sénat ont demandé de modifier le texte qui avait été voté par leur assemblée et ont déposé un amendement ayant pour objet de restreindre encore plus la réparation du préjudice des parents, en la limitant au seul préjudice moral.

Votre rapporteur, le président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée ainsi que M. le rapporteur pour avis de la commission des lois du Sénat n'ont pas manqué de faire observer qu'une telle rédaction, en privant très largement la victime d'une faute contractuelle de son droit à réparation, encourait le risque d'inconstitutionnalité.

Je vous rappelle en effet, mes chers collègues, que selon le Conseil constitutionnel « le principe d'égalité devant les charges publiques ne saurait permettre d'exclure du droit à réparation un élément quelconque du préjudice indemnisable ».

Or nul ne saurait contester que, pour des parents qui ont été privés du choix d'interrompre une grossesse à la suite d'une faute qui ne leur a pas permis d'être informés que l'enfant à naître était atteint d'une affection d'une particulière gravité, le préjudice subi tout au long de la vie de cet enfant est bien plus qu'un préjudice moral et que la solidarité nationale ne pourra jamais totalement le réparer.

Malgré cette mise en garde, la majorité de la CMP a souhaité restreindre le droit à réparation de ces parents. Malgré la suspicion de non-constitutionnalité qui pèse sur l'article 1^{er} A du projet de loi, votre rapporteur et le président de la commission des affaires sociales de l'Assemblée ont estimé que l'importance des mesures contenues dans le texte de loi relatif aux droits des malades justifiait un accord de la CMP.

Ces mesures représentent en effet une avancée considérable pour les personnes malades, dont les droits sont reconnus et affirmés, et pour les personnes victimes d'accidents médicaux, qui verront avec cette loi les procédures de réparation simplifiées et l'indemnisation des accidents non fautifs, ou aléa médical, prise en compte à travers la mise en place d'un fonds national d'indemnisation. Je rappelle en effet que cette question était débattue dans notre pays depuis la fin des années 60, qu'elle a fait l'objet de pas moins de cinq rapports officiels au cours de ces douze dernières années et d'au moins une quinzaine de propositions de loi de tous les groupes de notre assemblée.

Il est hautement symbolique que l'un des derniers textes de loi adoptés par le Parlement à la fin de cette législature porte sur ce sujet qui concerne la protection des plus faibles d'entre nous, les personnes malades, et que ces mesures fassent l'objet d'un accord entre nos deux assemblées. Je vous demande donc, mes chers collègues, de bien vouloir approuver ce texte et je vous en remercie par avance. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. le président. La parole est à M. le ministre délégué à la santé.

M. Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé. Monsieur le président, mesdames, messieurs les députés, j'ai envie de dire : enfin ! Enfin, nous arrivons au terme d'un processus entamé il y a plusieurs années, avec ce grand événement démocratique qu'a été l'organisation des états généraux de la santé pour ce qui concerne les droits des malades, et même avant en ce qui concerne l'indemnisation de l'aléa thérapeutique, qui fit problème pendant de longues années.

C'est pourquoi j'exprime aujourd'hui à la fois mon émotion et ma très grande satisfaction de voir la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé enfin en passe d'être adoptée. J'ai le sentiment, que je sais partagé par vous tous, du devoir accompli. Cette loi, nous la devons à nos concitoyens. C'est notre honneur, votre honneur, de l'avoir menée jusqu'à son terme. C'est notre honneur également, et particulièrement celui du Parlement, de l'avoir fait dans un esprit constructif qui répond aux enjeux de ce texte, comme M. le rapporteur vient de le souligner.

Ce texte, si attendu par nos concitoyens, par les malades et les professionnels de santé, est en effet le résultat d'une vraie mobilisation citoyenne et d'une volonté politique de changement manifestée par le Premier ministre et son gouvernement. N'oublions pas en effet les états généraux de la santé qui, au fil de quelque 1 000 réunions, ont montré la détermination et l'espoir de tous en un système de soins renouvelé et rasséréné. C'est le moment de souligner la nécessité de cette confiance entre les patients et les professionnels.

Les débats ont permis d'améliorer le projet de loi en lui assurant davantage de cohérence, une meilleure lisibilité et en l'enrichissant. Vous avez, en effet ajouté des dispositions importantes en première lecture. Vous avez cependant tenu à ce que le texte garde sa cohérence en évitant d'introduire de trop nombreuses mesures étrangères à sa nature, ce dont je tiens à vous remercier car cela a certainement facilité la suite des longues discussions.

Vous avez ensuite abouti à un texte consensuel en parvenant à un accord avec le Sénat en commission mixte paritaire. La réussite d'une commission mixte paritaire sur un texte aussi dense et fourni est un événement très rare que je tiens à souligner. Je sais les efforts qui ont été ac-

complis de part et d'autre pour parvenir à un équilibre. Je tiens là encore à vous en remercier au nom du Gouvernement, de tous les malades et de la communauté médicale.

Ainsi, les droits des malades se voient consacrer une place jusque-là inédite. Un système unique d'indemnisation de l'aléa thérapeutique est mis en place. Enfin, de très nombreuses mesures concourent à la modernisation du système de santé en lui assurant davantage de transparence et d'équité.

Les droits des malades, d'abord. Permettre aux personnes malades de mieux être entendues, de mieux se faire comprendre et de participer pleinement aux choix qu'implique leur état de santé, autant de dispositions qui vont devoir passer dans la pratique quotidienne. Ce texte prend en compte les évolutions, mais il va aussi les symboliser et les souligner. L'inscription des droits des malades dans les premiers articles du code de la santé publique est un acte important. C'est une référence pour les professionnels de santé et un recours pour les malades.

Ne l'oublions pas : lorsque la santé dérape, souvent brusquement, brutalement, c'est la vie qui bascule, le travail que l'on perd, le couple qui se déchire, ce sont les enfants qui souffrent, impuissants. Bref, c'est l'univers qui parfois s'effondre, et je n'oublie pas les échanges que j'ai eus avec les groupes de travail non seulement à l'occasion des états généraux de la santé, mais aussi au cours des très nombreuses réunions organisées par les malades eux-mêmes, les malades du cancer par exemple, ou ceux du sida, qui ont mis des mots sur toute cette souffrance.

Ce que nous disent les malades, c'est que dans cette situation de vie amoindrie - et qui que vous soyez, vous êtes faible - vous n'en êtes pas moins une personne qui souhaite être considérée comme telle. C'est pour cela que nous avons réaffirmé le droit au respect de la dignité, le droit au soulagement de la douleur, ainsi que le droit à l'information et au consentement, tout en redessinant les contours des règles de la confidentialité.

Le principe qui nous a guidés tout au long de ce texte a été le rétablissement de la confiance entre les malades et les médecins, en posant comme hypothèse que la clarification des règles de fonctionnement dans les rapports entre ces deux partenaires essentiels d'une même relation permettrait, à terme, d'apaiser les tensions, de rétablir un équilibre, d'assurer la confiance.

La démocratie sanitaire prend ainsi sa place dans notre corpus de droits. Elle s'applique aussi aux droits collectifs, en inscrivant dans la loi les bases d'une élaboration des politiques de santé plus démocratique, prenant mieux en compte les besoins identifiés au plan régional et redonnant au Parlement un vrai rôle pour la définition des orientations en amont du débat sur le financement.

L'indemnisation de l'aléa, ensuite. Et, là encore, enfin !

Enfin, nous voici arrivés au terme d'une série d'échecs ou de renoncements qui n'a épargné personne, aucun gouvernement depuis quinze ans. Plus de vingt projets ou propositions de loi ont été discutés avant d'en arriver à ce texte.

Le système que nous proposons en matière d'assistance aux victimes d'accident médical ne comporte aucun équivalent dans les législations comparables, car il s'appliquera quel que soit le risque, que celui-ci soit dû à un produit de santé, un médicament, un acte chirurgical ou un acte d'investigation, et que l'accident se produise dans un hôpital, une clinique ou un cabinet libéral. Telle que nous l'avons conçue, la loi permet l'indemnisation de

tous les accidents graves, avec ou sans faute, évitables ou inévitables, sur la base de la solidarité quand la responsabilité n'est pas en cause.

En considérant l'accident médical du point de vue de celui qui en est victime et non plus du point de vue de l'observateur, même si celui-ci est un accompagnant ou un soignant, nous répondons à une demande populaire très profonde et à l'évolution de la perception du risque dans notre société. La crise de la responsabilité civile médicale ne date pas d'aujourd'hui. Les anesthésistes, chirurgiens ou obstétriciens, qui voient depuis plusieurs années leurs primes d'assurance augmenter dans des proportions considérables, le savent bien. Cette crise est ancienne et tient sans doute en partie à l'évolution jurisprudentielle, qui tend notamment à tirer vers la faute des situations hier considérées comme relevant de l'aléa. Cependant, les facteurs internes au monde de l'assurance ne doivent pas non plus être écartés dans un contexte de crise mondiale de ce secteur.

Le texte dont nous discutons, en revenant sur tous ces aspects – droit de la responsabilité, indemnisation de l'aléa par la solidarité nationale, obligation d'assurance, encadrement des garanties –, tend à trouver les solutions les plus équilibrées possible entre les droits de chacun.

A propos de la responsabilité, je souhaite dire quelques mots sur l'article adopté en commission mixte paritaire concernant la solidarité envers les personnes handicapées. Cette question est sans doute l'une des plus difficiles à résoudre tant elle partage chacun des groupes politiques et, finalement, chacun d'entre nous. Je suis au moins sûr d'une chose, après les heures et les jours de discussion que nous avons eus sur ce sujet : il n'existe aucune certitude définitive en la matière ; toute solution apporte des éléments de réponse tout en créant de nouvelles interrogations.

Je sais que l'accord trouvé en commission mixte paritaire suscite des interrogations. Je rappelle que, sur le fond, le Gouvernement était convaincu par la position adoptée par l'Assemblée nationale le 10 janvier et qu'il s'était rallié à celle retenue par le Sénat. Si le Gouvernement regrette la position prise par la commission mixte paritaire, il ne souhaite pas pour autant remettre en cause le difficile équilibre qui a été trouvé. Il faut maintenant laisser le juge interpréter les textes – et ils sont largement interprétables – mais il faudra sans doute reposer plus globalement la question de la prise en charge des handicapés à l'occasion de l'indispensable révision de la loi de 1975.

M. Jean Le Garrec, président de la commission. Très bien !

M. Bernard Charles. Parfait !

M. le ministre délégué à la santé. Une telle réflexion devrait conduire à une meilleure prise en charge des handicapés, à la hauteur des moyens dont dispose notre pays. Nous leur consacrons déjà beaucoup, mais pas assez.

Enfin, dans le titre II du projet de loi, nous avons voulu poursuivre notre travail de modernisation et d'adaptation du système de santé pour le rendre encore plus performant, en renforçant notamment la qualité du service rendu.

Je citerai à ce propos la réforme en profondeur de l'Ordre des médecins, le développement des missions de l'ANAES, l'instauration d'une politique de prévention en parallèle avec celle des soins, le renforcement des règles de sécurité, l'amélioration des règles de transparence, le développement des réseaux et la création de coopératives hospitalières de médecins, ou encore la réforme de la formation continue des médecins et des pharmaciens.

Au total, il s'agissait, au travers d'une loi globale, de reconnaître les droits fondamentaux de la personne malade, de garantir la qualité du système de santé et de construire les bases d'une démocratie sanitaire en recherchant le meilleur équilibre possible entre les malades et les professionnels de santé dans un monde en plein bouleversement. On en voit les conséquences ces jours-ci : la santé se transforme à vue d'œil, et à vue de cœur pour les professionnels...

Je crois pouvoir dire que nous avons atteint cet objectif, qui repose sur la conscience et la confiance. Conscience des droits et des responsabilités de chacun, y compris des personnes malades, qui doivent connaître le système et savoir ce qu'il coûte. Confiance nécessaire entre les professionnels de santé et les malades.

Ce texte s'inscrit donc dans une globalité et une cohérence d'ensemble qui est peut-être son aspect essentiel. Et j'espère que, concrètement, il sera vécu comme tel dans le quotidien de la relation médicale et du fonctionnement du système de santé.

Il s'inscrit également dans la suite des grandes lois hospitalières et de santé publique de ces dernières décennies.

Il s'agit donc à la fois d'une loi fondatrice de rapports nouveaux et d'une loi de consolidation.

Il s'agit enfin, dans un contexte de crise, d'une loi de confiance : confiance entre le malade et son médecin, confiance dans la qualité d'un système de santé déjà très performant, mais qui doit continuer à s'améliorer pour rester l'un des meilleurs du monde, si ce n'est le meilleur, ce que je crois. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste, du groupe communiste et du groupe Radical, Citoyen et Vert.*)

Discussion générale

M. le président. Dans la discussion générale, la parole est à M. Bernard Charles.

M. Bernard Charles. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, nous arrivons au terme de l'examen d'un projet de loi d'une grande portée, qui a fait l'objet d'une large concertation, même si nous l'avons traité à la fin dans l'urgence, et sur lequel les deux assemblées ont manifesté clairement leur volonté de trouver un accord en commission mixte paritaire.

L'affaire de l'arrêt Perruche, arrivée impromptue dans ce débat, nous a conduits à légiférer sur la responsabilité médicale. On a vu alors s'affronter plusieurs lignes : une ligne juridique, une ligne plus médicale et une ligne d'équilibre qui n'a pas pu l'emporter. Comme le rapporteur Claude Evin, je n'ai donc pas approuvé le texte finalement retenu, avec les risques d'inconstitutionnalité qu'il présente. Mais ce texte a été voté par la commission mixte paritaire et il a au moins le mérite d'exister, même si je suis convaincu que, comme pour d'autres textes relatifs à la responsabilité, il faudra y revenir pour l'affiner.

M. Jean-Michel Dubernard. C'est de la philosophie radicale molle !

M. Bernard Charles. Monsieur Dubernard, vous auriez parfois mieux fait de suivre la philosophie radicale. Elle a, vous le voyez, été très efficace à Lyon !

M. Jean Le Garrec, président de la commission. M. Dubernard, c'est un radical qui s'ignore !

M. Bernard Charles. Mais il n'ose pas l'avouer devant ses amis !

Le souci de la qualité devient l'impératif catégorique d'une politique de santé ayant l'ambition de la cohérence. Promouvoir la qualité du système sanitaire, c'est protéger

le patient en le faisant profiter en toute sécurité des dernières techniques diagnostiques, thérapeutiques et médicamenteuses, exécutées par des professionnels de santé formés.

Le souci de promouvoir la qualité s'est traduit par la conjugaison de plusieurs mesures d'aspect disparate au premier abord, mais qui, toutes, à des degrés divers, rejoignent cette exigence.

Qualité des praticiens et des professionnels de santé d'abord : il n'y a pas de médecine de qualité sans praticiens de qualité.

Ainsi, le chapitre I^{er} du titre II comprend des mesures visant à dynamiser l'action de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Nous souhaitons, monsieur le ministre, que le processus s'accélère pour que l'on puisse obtenir plus rapidement des résultats qui sont très attendus par les professionnels de santé. Nous avons également essayé de favoriser le développement de l'AFS-SAPS.

Par ailleurs, nous avons adopté des dispositions assez disparates mais qui répondent à des exigences pratiques : l'assouplissement pour les masseurs-kinésithérapeutes de la possibilité de prescription, l'autorisation et l'encadrement des structures, l'information des patients dans le domaine de la chirurgie esthétique, les conditions d'exercice de l'ostéopathie.

Nous nous sommes tous accordés sur un dispositif beaucoup plus important : la mise en place d'une nouvelle organisation de la formation continue pour l'ensemble des professionnels de santé, qu'ils exercent dans les hôpitaux ou à titre libéral. Nous nous sommes placés sous l'angle du fonctionnement et, même si nous avons dû faire face à certains blocages, liés à la forte présence des organisations professionnelles dans ce domaine, nous avons su progresser en évitant de trop chambouler les habitudes déjà prises.

M. Jean-Luc Préel. Et la section H des pharmaciens ?

M. Bernard Charles. Calmez-vous, monsieur Préel ! Sur ce point, j'ai été suivi par vos collègues du Sénat.

M. Jean-Pierre Foucher. Mais pas par moi !

M. Jean-Luc Préel. Absolument !

M. Bernard Charles. Non, mais vous êtes bien le seul !

En ce qui concerne les institutions ordinales, la CMP, dans un esprit de consensus, a rétabli dans chaque cas le mot « ordre », mais la réorganisation a été substantielle et je trouve bonne la distinction clairement établie entre l'aspect disciplinaire et l'aspect professionnel.

Pour l'organisation des professions paramédicales, réforme nécessaire que nous avons adoptée à la suite du remarquable travail de Philippe Nauche, c'est le mot « conseil » qui a été retenu. Avec cette nouvelle structure interprofessionnelle, les infirmiers et infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures-podologues, les orthophonistes et les orthoptistes trouveront un lieu pour s'organiser. Cependant, la CMP, cessant sur ce seul point d'être en harmonie avec M. Nauche, a décidé d'instituer des collèges nationaux pour chacune de ces professions. Malgré la difficulté de mettre en place tout cet édifice, on pourra ainsi mener une réflexion nationale sur les pratiques, dont l'intérêt me paraît certain.

La prévention et la promotion de la santé, vastes sujets, ont été notablement renforcées avec la mise en place de structures mieux coordonnées, à l'échelon régional et au niveau national.

Enfin, les bonnes mesures tendant à favoriser l'organisation en réseaux ont été encore enrichies par les deux assemblées. Les réseaux sont une nécessité, mais ils ne

doivent pas être imposés par le haut. Il faut des structures souples qui permettent de les développer, comme les coopératives de médecins et les groupements de coopération sanitaire qui ont été inscrits dans le texte.

Ainsi, mes chers collègues, cette loi, qui était attendue, a permis d'inscrire dans le sens de l'histoire l'organisation des professions de santé et, conformément à la demande unanime formulée lors des états généraux de la santé, d'instituer entre les malades et les praticiens de nouveaux rapports basés sur la confiance, mais aussi sur la transparence. Je suis très heureux que l'accord trouvé en commission mixte paritaire nous permette de clore cette législature par un texte qui sera, je le crois, très efficace pour l'amélioration de la qualité des soins. (*Applaudissements sur les bancs du groupe Radical, Citoyen et Vert, du groupe socialiste et du groupe communiste.*)

M. le président. La parole est à M. Jean-Luc Préel.

M. Bernard Perrut. Très bon orateur !

M. Jean-Pierre Foucher. Excellent !

M. le ministre délégué à la santé. Comment le savez-vous ?

M. Jean Le Garrec, *président de la commission*. Il n'a pas encore parlé !

M. Jean-Luc Préel. Non, mais ils me connaissent ! (*Sourires.*)

Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, ce projet de loi était très attendu, notamment pour ses volets relatifs aux droits des malades et à l'aléa thérapeutique. Mais il pêche d'abord par ce qu'il ne contient pas, en particulier le volet « modernisation santé », qui n'y figure plus.

Pourtant, monsieur le ministre, depuis trois ans au moins, chaque fois que nous évoquons les dysfonctionnements de notre système de santé, il nous était répondu que la solution se trouverait dans la loi de modernisation santé.

M. Jean-Pierre Foucher. Eh oui !

M. Jean-Luc Préel. Des dizaines de fois, nous avons entendu cette réponse ! Mais aujourd'hui, alors que la crise est majeure dans tous les secteurs de la santé, vous ne proposez, hélas, aucune solution. Aucune clarification, pourtant bien nécessaire, dans les relations entre l'Etat, les caisses, le Parlement et les professionnels de santé. Aucune précision sur la concertation et la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

M. Jean Le Garrec, *président de la commission*. Enfin...

M. Jean-Luc Préel. Vous souhaitez m'interrompre, monsieur le président de la commission ?

M. le président. Nous sommes convenus que M. Le Garrec interviendrait après les orateurs.

M. Bernard Charles. Dommage !

M. Jean-Luc Préel. Alors, je continue.

Ce n'est pas la modeste proposition d'un rapport présenté par le Gouvernement au printemps, avec ou sans débat, avec ou sans amendements, qui permettra de résoudre cette crise majeure.

Ce n'est pas le changement de nom des conférences régionales de santé - qui demeurent hélas consultatives - qui permettra de réaliser une réelle régionalisation de la santé que nous sommes nombreux à appeler de nos vœux pour pouvoir enfin prendre en compte les besoins, veiller à l'adéquation de l'offre aux besoins, créer des agences régionales de santé, bref mettre en œuvre une politique de santé de proximité.

Vous n'avez pas voulu réaliser cette réforme tant attendue ; c'est à mon avis, monsieur le ministre, une faute politique engageant gravement votre responsabilité.

Le texte que nous examinons est issu de la commission mixte paritaire. Si la CMP a réussi à l'adopter, c'est que nous avons tous conscience qu'il était urgent de légiférer sur l'arrêt Perruche et sur l'aléa thérapeutique, et que ne pas arriver à un accord, même imparfait, renverrait à plus tard, beaucoup plus tard, un texte très attendu.

Le résultat de ce compromis n'est pas parfait, mais à qui la faute ?

Qui a attendu le dernier moment pour inscrire ce projet à l'ordre du jour, ce qui vous a conduit à déclarer l'urgence et donc à limiter le nombre des navettes, pourtant nécessaires pour améliorer un texte bien imparfait ? La précipitation n'est pas souhaitable sur de tels sujets de société.

Il fallait légiférer en raison des conséquences de ce qu'il est convenu d'appeler la jurisprudence Perruche. Cet arrêt, qui a soulevé une grande émotion dans le pays, pose trois questions essentielles.

Naître peut-il être un préjudice ? Avez-vous vu les parents d'enfants handicapés manifester, tant cette idée les indignait ?

Quelle est la place des personnes handicapées dans la société ? Celle-ci ne doit-elle pas mieux prendre en charge le handicap et ne faut-il pas réformer à cette fin la loi de 1975 ?

Comment définir la responsabilité médicale ?

De la réponse à cette troisième question dépend l'avenir du diagnostic prénatal. Lorsqu'il y a faute médicale caractérisée, la responsabilité, est claire, et ce texte, dans son volet « aléa thérapeutique », la définit clairement. Mais le médecin peut-il être rendu responsable d'un handicap d'origine génétique ou virale dont il n'est pas la cause ? Le médecin le plus compétent, le mieux formé, utilisant le matériel le plus moderne, ne peut tout diagnostiquer. Dès lors, est-il responsable de ce qu'il n'a pas pu voir ? Devra-t-il indemniser l'enfant tout au long de sa vie avec, de plus, un délai pénal de quarante-huit ans : trente ans plus dix-huit ?

Si la réponse est oui, le diagnostic anténatal a vécu et la médecine fera un bond en arrière de plusieurs années, ce qui nuirait gravement à l'intérêt des femmes, à l'intérêt des enfants à naître, et donc à la société.

C'est pourquoi il fallait légiférer, et rapidement.

Mais le Gouvernement et la majorité socialiste ont tergiversé et tout fait pour qu'échouent les propositions de loi que nous avions déposées, notamment avec Jean-François Mattei.

Vous avez finalement amendé le projet de loi. Le texte proposé a été amélioré par le Sénat, mais il demeurerait imparfait, en raison notamment d'une virgule, qui aurait fait les délices des juristes, et du terme « assume », qui pouvait être ambigu.

Nous souhaitons un texte clair, le plus clair possible, prenant en compte nos trois soucis. Grâce à l'appui, comme elle-même l'a fait remarquer, de la seule femme présente en CMP, qui connaît bien le problème des personnes handicapées, nous nous sommes mis d'accord sur ce texte :

« Nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance.

« La personne née avec un handicap dû à une faute médicale peut obtenir réparation de son préjudice lorsque l'acte fautif a provoqué directement le handicap ou l'aggravé... » Enfin, lorsqu'il n'y a pas de faute médicale,

« la compensation [du préjudice] relève de la solidarité nationale ». Il reste, bien entendu, à améliorer considérablement celle-ci pour tous les handicapés et à réformer très rapidement et très profondément la loi de 1975. Je ne vois pas pourquoi, monsieur Evin, ce texte serait inconstitutionnel, puisque tout handicapé pourra être pris en charge et indemnisé quels que soient la cause de son handicap et le moment où il survient.

M. Claude Evin, *rapporteur*. Le problème n'est pas là !

M. Jean-Luc Prével. En tout cas, c'est cela qui est important dans la réalité !

M. Claude Evin, *rapporteur*. C'est le préjudice des parents !

M. Jean-Luc Prével. De notre point de vue, il est important que chacun puisse être justement indemnisé lorsque survient un handicap.

M. Jean-Pierre Foucher. Exactement !

M. Jean-Luc Prével. Ce texte est peut-être imparfait, mais il résout au mieux, selon nous, un problème très difficile.

Je n'ai pas le temps, hélas, de revenir sur l'ensemble des dispositions qui ont fait l'objet d'un compromis entre les deux rapporteurs. Je ne reprendrai donc que certaines d'entre elles.

Les ordres des médecins, des pharmaciens, des sages-femmes et des chirurgiens-dentistes ont été rétablis. Il n'en a pas été de même, malheureusement, pour les ordres des masseurs-kinésithérapeutes et des podologues pourtant créés par une loi de 1995, car vous ne l'avez pas voulu. Vous avez préféré un Conseil national et régional des professions paramédicales concernant uniquement les libéraux, ce qui est regrettable, car les problèmes déontologiques, éthiques, de formation initiale et continue comme de démographie concernent aussi bien les libéraux que les salariés. Il appartiendra à la prochaine majorité de revenir sur cette organisation.

Le volet aléa thérapeutique répond à une grande attente. La loi distingue la faute et l'absence de faute et prévoit un fonds d'indemnisation financé pour l'essentiel par l'assurance maladie et l'obligation d'assurance.

Reste le problème des petits risques. Le traitement de ceux-ci est en effet renvoyé au droit commun, et donc vers une procédure plus longue et plus complexe, ce qui est paradoxal. Demeure surtout, monsieur le ministre, le problème de l'hépatite C : tous les porteurs du virus sont exclus du dispositif. Ils seront pourtant indemnisés par les hôpitaux ou l'Etablissement français du sang, à terme, après condamnation par les tribunaux donc finalement par l'Etat ou l'assurance maladie. Pourquoi avoir procédé ainsi ? Ce délai imposé n'est-il pas une regrettable hypocrisie ?

En conclusion, ce texte, très attendu pour l'aléa thérapeutique et la jurisprudence Perruche, comporte des lacunes majeures : je pense notamment au volet sur la modernisation de la santé. L'UDF, en raison de ces lacunes et de plusieurs dispositions néfastes, souhaitait comme en première lecture voter contre ce texte. Mais, puisque nous approuvons l'article mettant fin à la jurisprudence Perruche, qui répond aux attentes des familles de personnes handicapées et à celles des professionnels, et dont la rédaction, grâce à la vigilance des sénateurs, sauve le diagnostic anténatal, nous nous abstenons. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants.*)

M. Claude Evin, *rapporteur*. Quel effort !

M. le président. La parole est à Mme Yvette Benayoun-Nakache.

Mme Yvette Benayoun-Nakache. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, ce texte, n'en doutons pas, est un des plus importants de cette législature. Il est le fruit de débats, riches et intéressants, au Sénat et dans notre assemblée. Il est aussi le fruit d'un accord de la commission mixte paritaire. Au-delà des clivages qui nous opposent parfois, et nous distinguent, cela montre la volonté du législateur d'aboutir sur un ensemble de questions qui concernent à la fois nos concitoyens, et les professionnels de santé.

Mais, et il convient de le rappeler ici, ce projet de loi est également le fruit des Etats généraux de la santé qui se sont tenus en 1998. Lors de sa déclaration de politique générale le 19 juin 1997, Lionel Jospin avait déclaré : « les Etats généraux de la santé permettront de définir les objectifs et les moyens permettant à tous les acteurs du système de santé de mieux remplir leurs missions ». Grâce aux débats qui ont eu lieu dans toute la France, chacune a pu s'exprimer sur les évolutions nécessaires à impulser en matière de santé. Tout d'abord, sur la question des droits des malades : comment mieux informer les malades et leurs familles? Quelle place doit occuper le malade dans la prise des décisions thérapeutiques qui le concernent? Comment garantir le respect de ses droits? Mais également sur la question de la prévention : comment mener une véritable politique de prévention? Comment mieux définir les propriétés de santé publique? Comment améliorer l'accès aux soins et à la prévention? Les Etats généraux de la santé ont montré une forte demande du public et des associations de malades et d'usagers en faveur d'une médecine plus humaine et d'une politique de santé plus complète et plus globale.

Il est donc apparu nécessaire de répondre à ces attentes. Cela s'est traduit concrètement au Parlement, tout au long de la législature, avec le vote d'un certain nombre de textes importants. Je pense plus particulièrement à cette grande avancée qu'a constituée la loi du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs. Cette loi permet à l'ensemble de la population d'accéder à une fin de vie digne. Elle s'accompagne d'un plan triennal de lutte contre la douleur. Ce texte représente un premier pas dans notre volonté de donner aux malades et à leurs familles de véritables droits.

Comme vous l'avez souligné, monsieur le ministre, lors de la présentation du projet de loi le 5 septembre dernier, ce texte s'inscrit dans une période de bouleversements pour le secteur de la santé. Demande d'une véritable place des associations dans le système de santé, revendications de professionnels de santé en ville et à l'hôpital, affirmation du principe de précaution : tels ont été les grands changements qui ont abouti à ce nouveau projet de loi.

Avant de mettre en avant quelques-unes des avancées sociales que nous allons adopter aujourd'hui, je tenais à revenir sur la relation malade-soignant qui est au cœur de ce texte. Je me souviens par exemple de témoignages qui ont émergé pendant les débats citoyens de 1998. Une infirmière évoquait ainsi l'implication personnelle des soignants. Elle insistait sur le bon sens et le respect de la personne. Elle avait expliqué que parler avec le malade et ne pas le réveiller pour des soins était le minimum.

D'autres témoignages, de malades cette fois-ci, dénonçaient l'opacité du système des soins et la difficulté à comprendre ce qui est en train de se passer, pour soi ou pour sa famille.

Ces témoignages nous ont donné la preuve, s'il en était besoin, de la nécessité, mais aussi de la difficulté, d'aborder ces questions qui touchent à l'humain. Nous l'avons fait. Nous avons abouti à un texte équilibré qui démocratise et modernise notre système de santé.

Il donne aux malades des droits fondamentaux pour une véritable démocratie sanitaire, vous l'avez souligné, monsieur le ministre.

Il améliore la qualité du système de santé, avec l'instauration notamment d'une formation continue pour l'ensemble des professionnels de santé. Il reconnaît des professions qui étaient jusqu'alors dénigrées, tels les ostéopathes, en protégeant les citoyens des dérives des charlatans. Il redonne ses lettres de noblesse à la gynécologie médicale en prévoyant de créer un diplôme d'études spécialisées. Cette avancée est primordiale pour la santé des femmes et pour la reconnaissance de leur relation particulière avec ce médecin.

Enfin, ce projet constitue une innovation en mettant en place une procédure d'indemnisation en cas d'accident médical, tout en réaffirmant les principes de la responsabilité médicale. Le Gouvernement a choisi de mettre en œuvre une solidarité nationale, parce que c'est ce qu'attendent les Françaises et les Français. La médecine n'est pas infaillible, bien évidemment. Le médecin a une obligation de moyens, non de résultat, et il est important de le rappeler.

Pour l'ensemble de ces avancées, et parce qu'il permet de rendre notre système de soins plus humain et plus proche des attentes des professionnels, des malades et de leurs familles, ce texte va devenir l'un des piliers de la santé publique en France. Bien sûr, le groupe socialiste le votera. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste, du groupe communiste et du groupe Radical, Citoyen et Vert.*)

M. le président. La parole est à M. Jean-Michel Dubernard.

M. Jean-Michel Dubernard. La discussion de ce projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé intervient au moment où les professions de santé traversent une crise profonde. Vous l'avez sans doute noté, monsieur le ministre.

M. le ministre délégué de la santé. Cela ne m'avait pas échappé, monsieur le député! (*Sourires.*)

M. Jean-Michel Dubernard. A entendre certains de vos propos, ce n'est pas ce que j'avais cru comprendre.

L'avenir de notre système de santé est menacé par l'absence de réforme structurelle d'envergure. La victime, c'est le malade. C'est lui qui subit de plein fouet les conséquences d'un état du système de soins dont il vit les difficultés, difficultés que ne soupçonnent pas ceux qui n'utilisent pas directement ce système ou qui n'en font pas partie.

Intitulé initialement « projet de loi relatif aux droits des malades et à la modernisation du système de santé », ce texte a suscité beaucoup d'espoirs chez les patients, notamment au sein des associations de malades porteurs de maladies chroniques qui sont les plus percutants des usagers, mais aussi chez les professionnels de santé de ville ou hospitaliers, de l'hôpital public comme de l'hôpital privé. Ce sont les meilleurs témoins de cette inexorable dégradation que j'évoquais.

Tous attendaient « la » réforme de grande ampleur qui s'impose aujourd'hui.

M. Jean Le Garrec, président de la commission. Le problème n'est pas là!

M. Jean-Michel Dubernard. Et puis, le titre de la loi a changé. D'où leur déception, la mienne, et peut-être aussi la vôtre, monsieur le ministre. Le mot « modernisation » a disparu. Il est désormais question de « qualité du système de santé ». Vous nous présentez des articles certes nécessaires pour adapter les structures, comme le conseil de l'ordre, la formation médicale continue ou encore la prévention, mais tout cela ressemble à s'y méprendre à un DMOS. (*Protestations sur les bancs du groupe socialiste.*)

Mme Yvette Benayoun-Nakache. Vous exagérez !

M. Jean-Michel Dubernard. Oui, il s'agit bien d'une occasion manquée de moderniser ou, pour le moins, d'adapter notre système de santé. Se gargariser des classements, d'ailleurs changeants, de l'OMS ou de l'OCDE ne suffit pas à masquer les insuffisances de plus en plus criantes de l'hospitalisation publique, malgré les efforts des médecins et des infirmières. Les conséquences s'en feront sentir à long terme. Du reste, ces classements ne sont-ils pas la conséquence bénéfique à long terme d'une réforme de grande ampleur, d'une véritable modernisation du système de santé induite par les ordonnances Debré de 1959 ? La question mérite d'être posée.

Et puis, comment ne pas s'étonner de voir ce texte arriver seulement en fin de législature, à quelques semaines d'échéances électorales ? Je sais que, comme nous, vous le regrettez. Vous savez bien qu'il ne fera pas la une des grands quotidiens du soir ou du matin.

Mme Yvette Benayoun-Nakache. Et c'est bien dommage !

M. Jean-Michel Dubernard. En effet !

Nous nous félicitons cependant que le Gouvernement ait, sur de nombreux points, accepté les modifications significatives proposées par nos collègues sénateurs.

Sur la jurisprudence Perruche, le texte du Sénat a finalement été adopté. Il rend à la solidarité nationale, dont elle n'aurait jamais dû s'éloigner, la prise en charge de toute personne handicapée. Il supprime la dimension susceptible de favoriser l'eugénisme que comportait plus ou moins en arrière-plan l'arrêt Perruche.

Les obstétriciens et les échographistes, qui n'ont jamais contesté l'indemnisation de la faute médicale, apprécieront ce texte, même s'ils ont eu l'impression que nos débats n'ont pas toujours pris en compte la difficulté de leur métier et les imprécisions liées aux limites de la technologie.

S'agissant de l'indemnisation des victimes du « risque médical » – terme plus approprié que ceux d'« aléa thérapeutique » ou d'« accident médical » –, nous nous félicitons que le Gouvernement ait accepté de fixer dans la loi à 25 % le taux d'incapacité minimum ouvrant droit à réparation. C'est certainement la partie la plus importante du texte et la plus attendue par les plus actives des associations de victimes.

Ce texte permettra certainement de rendre plus sereine la relation médecin-malade, alors que le nombre de plaintes, justifiées ou non, va croissant.

Une grande injustice est par ailleurs supprimée : la distinction entre victime d'une faute médicale et victime d'un accident médical, les premières étant indemnisées par l'assurance du médecin ou de l'établissement, les secondes ne l'étant pas, même si les arrêts Gomes ou Bianchi avaient pu faire évoluer la jurisprudence. Vous avez choisi de faire financer l'Office national d'indemnisation par une dotation des régimes d'assurance maladie plutôt que par l'Etat ou les assurances privées. La solidarité se serait sans doute mieux exprimée, selon nous, par une dotation de l'Etat.

Persiste une injustice, la non-indemnisation des victimes du virus de l'hépatite C. Certes, celles-ci sont nombreuses et le coût de la mesure aurait été élevé. Mais ne fallait-il pas aller jusqu'au bout de la logique de solidarité, ou pour le moins, et même si cela avait encore comporté un certain degré d'injustice, indemniser les sujets en fin d'évolution de la maladie, atteints de cirrhose ou de cancer ?

De même, la formation initiale des médecins et l'indispensable réforme du premier cycle des études médicales font figure de grandes absentes. Vous connaissez comme moi le gâchis humain sur lequel débouche la première année de médecine, avec 85 % d'étudiants qui, après deux années de dur labeur, se retrouvent deux ans en arrière, comme s'ils venaient d'obtenir le baccalauréat. Vous connaissez les amphithéâtres bondés qui rendent inadapté tout effort pédagogique, l'accès très difficile pour les bac lettres ou économie. Nous sommes nombreux, sur tous les bancs, à prôner une formation commune, d'un an au moins, à toutes les professions de santé, pour donner un même socle de valeurs et de connaissances. Qu'est devenue la réforme si bien engagée par le prédécesseur de l'actuel ministre de l'enseignement supérieur ? Les solutions proposées étaient les bonnes. Pourquoi cette réforme a-t-elle été enterrée ?

Sans être un adepte des « lamentos » ou de la « martyrologie » – je cite ces mots que j'ai gardés en mémoire, tant ils m'ont blessé –, je tiens à revenir sur le droit premier des malades, que toutes les enquêtes, la morale et l'éthique placent à juste titre avant tous les autres : un accès égal à des soins de qualité égale pour tous. En effet, les inégalités les plus criantes ne sont pas corrigées par le texte. Et elles vont aller s'aggravant, en attendant que l'effet de la CMU se manifeste, en attendant que s'atténuent les inégalités géographiques qui persistent malgré les agences régionales de l'hospitalisation, lesquelles vont pourtant dans le bon sens, en attendant que s'estompe l'effet des relations orientant vers les bonnes filières de soins les patients qui ont la chance d'avoir ces relations.

Tout au long du débat, le groupe RPR a fait la distinction entre les articles concernant les droits des malades, que nous avons votés bien volontiers, d'autant qu'ils s'inspirent souvent de propositions de loi déposées par ses membres, et les articles concernant la qualité du système de santé, dont les lacunes sont évidentes. D'où sont choisis de s'abstenir aujourd'hui sur l'ensemble du texte. (*Applaudissements sur les bancs du groupe du Rassemblement pour la République, du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance et du groupe Démocratie libérale et Indépendants.*)

M. le président. La parole est à Mme Muguette Jacquaint.

Mme Muguette Jacquaint. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, ce texte sur les droits des malades et la qualité du système de santé, qui a été examiné par notre assemblée en première lecture début octobre et par le Sénat la semaine dernière, est très attendu. On ne peut donc que se féliciter que la commission mixte paritaire soit parvenue à un accord. Eu égard à la configuration politique des deux assemblées, c'est un fait relativement exceptionnel pour un texte comportant près de quatre-vingts articles. On ne peut toutefois faire abstraction du contexte dans lequel nous débattons. Le mouvement social des professionnels de santé, des médecins libéraux et des agents hospitaliers témoigne encore, en effet, des difficultés existantes.

Je ne vous étonnerai pas, monsieur le ministre, en rappelant qu'au cours de la législature, le groupe communiste a fait à plusieurs reprises des propositions, comme la taxation des revenus financiers des entreprises, qui auraient apporté une meilleure réponse à cette situation. Mais elles furent le plus souvent repoussées. Pourtant, leur prise en compte aurait permis de satisfaire de nombreux besoins exprimés par les professionnels de santé et d'améliorer l'accès de tous à des soins de qualité.

Après avoir exposé la situation à laquelle doivent faire face les professionnels et les assurés sociaux, j'évoquerai des aspects précis du projet de loi et les modifications apportées au cours du débat parlementaire, qui permettront des évolutions intéressantes et importantes dans l'organisation et le fonctionnement du système de soins.

La démocratie sanitaire, la qualité du système de santé et la réparation des risques sanitaires sont les trois axes essentiels du projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

La définition et l'exercice des droits des malades, notamment la connaissance par le patient de son dossier médical, font l'objet d'un véritable débat de société. La concrétisation de ces droits est une avancée indéniable qui renforcera, j'en suis sûre, la confiance, déjà grande, que le patient a dans son médecin.

Un autre débat éthique a porté sur le dispositif législatif élaboré après l'arrêt Perruche et intégré dans le projet de loi. Mon ami Daniel Paul, qui est déjà intervenu sur ce sujet, abordera la question dans quelques instants.

À l'Assemblée nationale et au Sénat, les parlementaires communistes sont intervenus pour améliorer le projet de loi dans plusieurs domaines.

Je pense tout particulièrement à la création d'un diplôme de gynécologie médicale, qui répond à une très forte exigence des femmes, longtemps sous-estimée par les pouvoirs publics. Toutefois, je sais qu'elles resteront, ainsi que leur comité, vigilantes jusqu'à la mise en œuvre concrète de cette formation médicale.

Je pense également à la reconnaissance du rôle des centres de santé dans le système de soins. L'instauration de l'instance nationale de concertation et l'intégration des centres dans le réseau sont des atouts importants.

Toutefois, nous ne pouvons que regretter le recours à l'article 40 pour écarter le recrutement en CDI des médecins des centres municipaux.

Par ailleurs, la démocratie et l'intervention des citoyens et de leurs représentants dans le débat sur la politique de santé sont un axe majeur de nos propositions. Des améliorations certaines ont été apportées grâce, notamment, à la création de structures où les malades, donc les assurés sociaux, seront représentés. Cependant, elles ne peuvent remplacer les élections démocratiques, que tous attendent, dans les caisses de sécurité sociale.

L'une des dispositions les plus commentées par les médias concerne la réparation des risques sanitaires. La création d'un système d'indemnisation de l'aléa thérapeutique tient compte de l'évolution de la société. Toutefois, il aurait fallu créer un fonds pour les victimes du virus de l'hépatite C, contaminées au cours d'une transfusion sanguine.

Enfin, rien ne remplace la mise en œuvre d'une grande politique de prévention, notamment sur les lieux de travail. Elle devient urgente car le scandale de l'amiante et ses conséquences sont toujours d'actualité. En outre, s'agissant de l'utilisation d'autres produits comme l'éther de glycol, des études doivent être réalisées et des mesures doivent être prises immédiatement.

En conclusion, ce texte dont certaines dispositions étaient très attendues, rencontre notre approbation et nous voterons pour. (*Applaudissements sur les bancs du groupe communiste et du groupe socialiste.*)

M. André Aschieri. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Bernard Perrut.

M. Bernard Perrut. Monsieur le ministre, vous avez, il y a quelques instants, fait part de votre satisfaction. J'avoue la partager au moins sur un point. En effet, ce projet de loi est issu d'une proposition de loi initialement déposée par notre collègue Jean-François Mattei, cosignée et soutenue par beaucoup de députés, siégeant sur tous les bancs ; c'est je crois un point essentiel. Il faut dire que les états généraux de la santé trouvent également un certain prolongement dans ce texte qui répond à quelques-unes des attentes des malades. Mais il aurait fallu aller beaucoup plus loin.

Il est assez paradoxal, vous en conviendrez, de discuter d'un tel projet de loi dans l'urgence alors que le monde de la santé est en plein désarroi. Du reste, l'urgence est bien réelle puisque le rapport de la commission mixte paritaire n'était disponible qu'à quinze heures aujourd'hui. Cela nous a laissé peu de temps pour prendre connaissance du résultat de la discussion entre le Sénat et l'Assemblée nationale.

On ne peut parler aujourd'hui de la qualité du système de soins sans évoquer les professionnels de santé. Cela a d'ailleurs été dit de manière excellente par plusieurs de nos collègues.

L'ensemble des professions de santé témoignent l'une après l'autre de la crise morale et financière qu'elles traversent. Elles réclament un vrai dialogue avec les pouvoirs publics, une rémunération équitable de leur travail et une revalorisation de leur métier. Les spécialistes comme les généralistes sont concernés ; personne n'échappe à cette crise. La pénurie de généralistes en zone rurale est préoccupante, de même que celle des pédiatres, des gynécologues et des infirmières.

Je voudrais attirer une nouvelle fois votre attention sur la situation de ces dernières, qui a été évoquée cet après-midi dans cette enceinte. Vous nous promettez de créer plusieurs milliers de postes, mais il y a en fait de moins en moins de candidates...

M. le ministre délégué à la santé. Oh !

M. Bernard Perrut. ... et c'est le recrutement de personnels venus d'autres pays, en constante augmentation, qui sauve la situation.

Personne ne peut ignorer les difficultés que rencontrent les infirmières. Leur profession requiert de plus en plus de compétences, les actes médicaux devenant de plus en plus techniques. Par ailleurs, elles doivent effectuer un travail administratif qui est accompli, et c'est regrettable, au détriment du temps de soins et donc de la qualité des soins qui devrait être offerte aux malades. Qu'attendez-vous pour permettre la revalorisation des actes infirmiers et des frais kilométriques, pour que la règle des quotas ne conduise pas des infirmières à refuser de soigner des malades, notamment dans nos zones rurales ?

Les cliniques privées ont elles aussi de plus en plus de mal à recruter en raison de l'exode des infirmières vers l'hôpital public qui offre, lui, tous les avantages liés au statut de la fonction publique hospitalière.

La pénurie de personnel, et le manque de moyens financiers atteignent nombre de nos centres hospitaliers, qui sont aujourd'hui saturés, alors que dans d'autres régions des lits restent inoccupés. Ces dysfonctionnements mettent en évidence les incohérences de la carte

hospitalière et une large majorité de professionnels considèrent que c'est l'ensemble du système de santé qui doit être repensé.

La relation de confiance médecin-patient est même atteinte. *Le Quotidien du médecin* du 23 janvier 2002 révèle que la moitié des praticiens seraient victimes d'épuisement et seraient démotivés. Plus encore que la charge de travail, ils déplorent leur isolement et le manque de temps dont ils disposent pour entretenir des relations de qualité avec leurs patients et leur famille. C'est grave.

Dans le cadre de ce projet de loi, le Parlement aurait dû débattre en priorité de l'accès au système de santé, car c'est bien là le premier droit du malade. Or il n'en est pas véritablement question et on ne peut que le regretter.

Ce texte était attendu depuis longtemps par les associations de malades mais nous craignons de voir, derrière l'affichage de nobles intentions et l'affirmation de grands principes, la relation médecin-patient se dégrader encore plus.

Les dispositions relatives à l'accès direct au dossier médical suscitent chez moi un certain nombre d'interrogations : en multipliant les obligations des professionnels de santé, ne risque-t-on pas de déstabiliser, de dénaturer la relation patient-médecin ? S'il faut respecter les droits du malade, les informations contenues dans le dossier médical peuvent aussi augmenter son inquiétude. Ainsi, des questions cruciales restent sans réponse : que dire ? Comment le dire ? C'est extrêmement difficile à codifier car la relation médecin-patient échappe bien souvent à toute rationalité. De plus, les professionnels de santé devront désormais consacrer une bonne partie de leur temps à la paperasserie, au détriment du dialogue. Une telle situation ne permettra peut-être pas un exercice de la médecine aussi serein que nous le souhaiterions, et la réduction du temps de travail aggravera encore les difficultés.

Par ailleurs, si l'on ne peut qu'approuver la réparation des risques sanitaires et l'indemnisation des victimes, on est en droit de s'interroger sur son financement qui ne semble absolument pas assuré. Surtout, je suis très déçu que soient exclues de l'indemnisation 600 000 victimes de l'hépatite C.

Le diagnostic de la situation médicale est grave : les professionnels de santé ont consacré leur vie à soigner les autres ; pourtant, ils se sentent aujourd'hui mal compris, déconsidérés, méprisés, voire suspectés de fraude à tout moment.

Ces réserves exprimées, nous sommes néanmoins heureux d'avoir convaincu le Gouvernement et la majorité de la nécessité de légiférer après l'arrêt Perruche. Dès le mois de décembre 2000, nous avons interpellé le Gouvernement à ce sujet. Ce n'est que grâce à la pression de nombreuses associations, de nombreux députés, grâce à la prise de conscience de chacun d'entre nous, sur tous les bancs, qu'il a accepté de modifier sa position. Sur des questions aussi délicates, il était important que la représentation nationale s'exprime. Nous sommes satisfaits, il faut le dire, qu'un compromis ait été trouvé sur ce sujet en commission mixte paritaire.

Le texte va enfin mettre un terme aux interprétations ambiguës résultant de l'arrêt de la Cour de cassation. Cette décision, qui laissait penser que certaines vies ne valent pas d'être vécues et qu'il existerait un droit à ne pas naître, a choqué de nombreux parents d'enfants handicapés et de nombreux handicapés. Cette jurisprudence a été ressentie par les familles comme une blessure et une atteinte à la dignité des personnes handicapées. Elle a

aussi provoqué une vive réaction de la part des professionnels de la naissance – obstétriciens, gynécologues, échographistes, sages-femmes, etc. – qui ont considéré à juste titre qu'ils ne pouvaient, sauf en cas de faute caractérisée, être tenus pour responsables du handicap d'un enfant.

Il était par conséquent devenu indispensable de légiférer pour rappeler la valeur de toute vie et l'égalité de dignité des personnes, handicapées ou non : « Nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance, fût-il handicapé ». Il fallait également préciser les conditions de responsabilité des médecins, la nature des handicaps pris en compte, les modalités d'indemnisation.

Enfin, est-il besoin d'ajouter que la question primordiale reste la prise en charge et l'accompagnement des personnes handicapées par des mécanismes de solidarité nationale ? Des efforts considérables doivent être faits dans ce domaine. Le Conseil national consultatif des personnes handicapées se verra confier une nouvelle mission consistant à évaluer la situation matérielle, financière et morale de ces personnes. C'est un bon début, mais cette bonne intention devra s'accompagner de véritables propositions.

En effet, monsieur le ministre, une société se juge à la façon dont elle accueille et soutient les plus faibles. Ils comptent sur nous. Il faut donc renforcer les dispositifs d'accueil et d'insertion des personnes handicapées par une meilleure intégration dans la vie quotidienne et l'adaptation des structures, notamment en généralisant l'amélioration de l'accès au logement et aux transports publics. De même, des progrès importants doivent être accomplis dans le domaine de l'intégration scolaire et professionnelle. Nous attendons les conclusions du Conseil national consultatif des personnes handicapées, qui est chargé de dresser l'état de la situation.

Monsieur le ministre, même si nous nous félicitons de l'adoption d'un texte qui met fin aux interprétations issues de l'arrêt Perruche, nous avons beaucoup de regrets. Nous aurions en effet souhaité que le texte aille beaucoup plus loin et aborde de nombreuses autres questions.

J'aurais ainsi souhaité que soit mis à l'ordre du jour le problème de la prise en charge de la douleur physique et de la souffrance morale des malades et de leur famille, car il s'agit là d'une priorité. Les médecins libéraux sont encore insuffisamment formés au traitement de la douleur, l'accès aux produits morphiniques reste exclusivement réservé aux soins à l'hôpital et la prise en charge psychologique des malades est encore très insuffisante. Une grande évolution est donc nécessaire dans ce domaine.

Je conclurai en évoquant la réflexion que nous aurions pu mener sur la lutte contre le cancer.

Il y a quelques jours, le douzième congrès international sur les traitements anti-cancéreux, qui s'est tenu à Paris, a été l'occasion de mettre l'accent sur le manque de moyens, en France, pour lutter contre le cancer. Alors, qu'actuellement, un Français sur trois meurt d'un cancer et que, selon les prévisions, cette proposition ne fera qu'augmenter, les médecins oncologues sont de moins en moins nombreux. Des conditions d'exercice très difficiles, des salaires peu attractifs et un manque de moyens matériels expliquent la pénurie des vocations dans un secteur médical où la demande des patients est pourtant très forte.

Cent appareils IRM ont bien été promis par votre ministère...

M. le ministre délégué à la santé. Cent appareils supplémentaires !

M. Bernard Perrut. ... mais aucun, ou très peu, n'est installé, selon les spécialistes du cancer, qui stigmatisent le gâchis de vies, de temps et d'argent dû aux listes d'attente.

Vous l'aurez compris, monsieur le ministre, mesdames, messieurs, et ce sera ma conclusion, ce projet de loi ne répond qu'imparfaitement à l'attente de nombreuses associations, à celle des malades et à la nôtre.

De nombreuses questions restent malheureusement sans réponse. C'est pourquoi le groupe Démocratie libérale s'abstiendra. (*Applaudissements sur les bancs du groupe Démocratie libérale et Indépendants, du groupe du Rassemblement pour la République et du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance.*)

M. le président. La parole est à M. André Aschieri.

M. André Aschieri. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, les droits des malades sont inaliénables et ils bénéficient enfin d'avancées juridiques notables puisque sont notamment renforcés des principes jusqu'alors dispersés et, dans certains cas, peu influents. Il importe de faire progresser et de reconnaître rapidement les droits des malades, indispensables pour améliorer et redéfinir les relations avec les médecins.

Les attentes des députés Verts ont été en partie satisfaites, s'agissant non seulement des droits des malades, mais aussi de la qualité du système de santé et de la réparation des risques sanitaires en cas d'accident. Ainsi, le libre accès à son dossier médical par le patient, la promotion des droits fondamentaux de la personne humaine, le droit aux soins élémentaires, la reconnaissance d'un nouveau statut pour les associations d'usagers du système de santé, les mesures visant à améliorer le système de santé et la prise en compte de l'aléa thérapeutique sont des avancées qu'il faut saluer. Les nouvelles actions de prévention et d'éducation que nous avons régulièrement réclamées sont devenues réalité et nous nous en félicitons, bien sûr, comme nous nous félicitons du compromis auquel nous avons abouti concernant l'arrêt Perruche.

La loi répond dans cette perspective à une attente forte manifestée depuis un certain temps déjà par nos concitoyens sur une importante modification du droit à la santé. Cependant, les usagers du système de santé doivent pouvoir jouir d'autres possibilités en matière d'accès aux soins, notamment celles offertes par les alternatives thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue, pour certains diagnostics, par les patients eux-mêmes. Les médecines alternatives devraient donc prendre une nouvelle dimension, comme le soulignent les députés Verts depuis un certain temps. On peut citer l'acupuncture, l'herboristerie ou l'homéopathie, dont les résultats sur les patients sont souvent très positifs. Sous certaines réserves, bien sûr, la liberté thérapeutique garantit une forme de démocratie sanitaire.

Par ailleurs, le projet de loi n'envisage pas la mise en œuvre des droits énoncés alors que, dans certains cas, on peut redouter qu'ils ne soient pas effectivement respectés. Ainsi, pour ce qui concerne le libre accès du patient à son dossier médical, si ce dernier venait à manquer ou si l'accès au dossier était tout simplement refusé, l'intéressé n'aurait aucun moyen de recours lui permettant de jouir de son droit. L'intégration de l'usager du système de santé aux différents processus dont il est une partie devrait être renforcée par une contractualisation impliquant les différents acteurs concernés par le suivi médical du patient.

Enfin, nous défendons une meilleure indemnisation des victimes.

La démocratie sanitaire sera réalisée par la reconnaissance de chacun des acteurs du système sanitaire. Or indemniser, c'est reconnaître le préjudice subi, c'est accepter l'idée que si le risque zéro n'existe pas, il faut restreindre les effets des accidents et accompagner les victimes. C'est pourquoi, il faut informer, dénoncer les risques et prévenir. Ce temps de dialogue, très souvent demandé par les personnels de santé, doit être accordé en revalorisant les honoraires. La reconnaissance des droits des malades sera accrue si l'on améliore la considération accordée aux personnels de santé.

M. Jean-Michel Dubernard. C'est vrai !

M. André Aschieri. Ceux-ci doivent donc être dotés de moyens supplémentaires afin de pouvoir répondre aux attentes des patients, prendre le temps du dialogue et de l'accompagnement psychologique. La logique comptable, qui est celle de notre système de santé actuel, doit être oubliée au profit d'une approche plus respectueuse de l'homme.

Les députés Verts voteront votre projet de loi, monsieur le ministre, parce qu'il améliore profondément les relations, et donc la confiance, entre les malades et les professionnels de santé. Ils espèrent que l'évolution du débat permettra de réaliser à terme une véritable démocratie sanitaire. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Foucher.

M. Jean-Pierre Foucher. Monsieur le ministre, mes chers collègues, en première lecture, j'avais fondé de grands espoirs sur les améliorations que nous souhaitions apporter à un texte utile, attendu mais incomplet. Le Sénat a certes bonifié les dispositions proposées, notamment pour ce qui concerne tant l'indemnisation des handicaps congénitaux que diverses mesures relatives aux orientations et à l'organisation de la politique de santé, en particulier pour la pharmacie, mais la commission mixte paritaire, malgré de longues heures de discussion n'a apporté que de minces satisfactions au regard de l'ambition affichée par ce projet de loi.

Plusieurs orientations recueillent notre aval, à commencer par la position adoptée sur l'indemnisation des handicaps congénitaux, qui met les médecins hors de cause dès lors qu'il n'y a pas faute professionnelle. L'accord obtenu en commission mixte paritaire permet d'éclaircir les choses et on ne peut que s'en féliciter si l'on veut que les médecins, obstétriciens, gynécologues et échographes travaillent dans la sérénité. Néanmoins, les dispositions proposées, même si elles satisfont les associations de parents d'enfants handicapés, nécessitent une révision rapide de la loi de 1975 sur le handicap. C'est un devoir pour notre société et le fait de voter cette loi nous y engage.

Le retour à l'appellation « ordre » pour les organisations professionnelles des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes nous donne satisfaction. Ce terme, très ancien, recouvre en effet un ensemble de missions auxquelles les membres des ordres sont très attachés. Le choix initial du mot « conseil » n'avait en revanche aucun sens dans la mesure où il existe déjà des conseils internes et des conseils nationaux ou régionaux. Il aurait été incompréhensible, voire ubuesque, de demander un conseil au conseil du conseil. Nous regrettons cependant que les autres ordres, comme ceux des masseurs-kinésithérapeutes, des pédicures-podologues

ou des infirmiers, n'aient toujours pas droit au même titre, malgré les lois votées antérieurement, en particulier pour les masseurs-kinésithérapeutes et les podologues.

M. Philippe Nauche. Ce n'est pas la même chose !

M. Jean-Pierre Foucher. Je veux également exprimer notre satisfaction que soit réglé le problème des études de gynécologie médicale, qui avait été source de préoccupations majeures, comme les vives manifestations de rue l'ont montré. Une fois de plus, il a fallu qu'une profession se livre à une démonstration de force pour être entendue !

M. Edouard Landrain. C'est la rue qui commande !

M. Jean-Pierre Foucher. Pour le reste, je ne peux qu'exprimer mon incompréhension face à l'entêtement de certains de nos collègues et de la commission mixte paritaire à refuser des mesures dont certaines figuraient dans le projet initial du Gouvernement et étaient soutenues par une large majorité de la profession concernée. Vous l'aurez compris, je parle de la création de la section H au sein de l'ordre des pharmaciens et de la recomposition de la section D en faveur des assistants en pharmacie.

M. Philippe Nauche. C'est reparti !

M. Jean Le Garrec, *président de la commission mixte paritaire.* Les deux rapporteurs étaient d'accord !

M. Jean-Pierre Foucher. J'ai d'ailleurs dit au président de la CMP que je ne comprenais pas la position de notre rapporteur.

M. Jean Le Garrec, *président de la commission mixte paritaire.* C'était aussi celle du rapporteur du Sénat !

M. Jean-Pierre Foucher. J'en parlerai plus tard : vous savez très bien qu'il y a eu des marchandages.

M. Jean Le Garrec, *président de la commission mixte paritaire.* Oh ! Ce mot n'est pas acceptable !

M. Jean-Pierre Foucher. C'est pourtant ainsi que cela s'est passé. Le président de la commission du Sénat a même dit : « Passe-moi le séné, je te passe la rhubarbe ». Cela a été extrêmement décevant, monsieur Le Garrec, car nous avons bien senti que certaines choses avaient été réglées avant la réunion de la CMP, sur lesquelles nous n'avons pas pu nous exprimer.

Pour en revenir à la section H de l'ordre des pharmaciens et à la réorganisation de la section D en faveur des assistants en pharmacie, je précise que cela aurait concerné 29 000 pharmaciens qui avaient d'ailleurs donné un avis favorable, comme la direction générale de la santé et les syndicats de pharmaciens majoritaires. Manifestement, sur ce point, nous n'avons pas été compris.

Il est également regrettable que la formation continue pharmaceutique ne soit pas traitée de la même manière que la formation médicale. La raison de fond de ce refus nous échappe totalement car rien ne justifie ce traitement préjudiciable à une profession dite de santé – faut-il le rappeler ? – et dont les domaines sont étendus.

Un autre point me paraît révéler une injustice préoccupante : la situation des victimes de l'hépatite C suite à une intervention médicale. J'aurais aimé que nous puissions améliorer leur triste situation alors que, une fois de plus, elles se sentent laissées pour compte puisque les conditions de prise en charge de leur indemnisation demeureront extrêmement restrictives.

Je déplore que des considérations purement politiques aient présidé aux débats sur un texte qui réclamait le consensus parce qu'il intéresse au plus haut chef tous les Français. Je regrette – sans doute est-ce naïveté de ma part – que certains points aient paru faire l'objet

d'échanges politiques – pour ne pas reprendre le terme de « marchandages », monsieur le président de la commission – plutôt que d'une réflexion sensée.

L'imperfection de différentes dispositions et les lacunes de ce texte poussaient, comme l'a souligné Jean-Luc Prével, le groupe de l'UDF à exprimer un vote contre. Néanmoins, l'avancée importante, quant à la solidarité envers les personnes handicapées liée à l'arrêt Perruche nous conduit à une abstention sur ce texte que le Gouvernement avait qualifié d'exceptionnel en le présentant.

Nous regrettons, monsieur le ministre, que cette loi, dite loi Kouchner, ne soit pas la grande loi attendue, et c'est vraiment dommage. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance, du groupe du Rassemblement pour la République et du groupe Démocratie libérale et Indépendants.*)

M. Bernard Charles. Si ! En tout cas, c'est mieux que des ordonnances !

M. Jean-Pierre Foucher. Que vous n'avez toujours pas abrogées, d'ailleurs !

M. Bernard Charles. Pour les professions de santé, vous n'avez fait que prendre des ordonnances, de 1993 à 1997 !

M. Edouard Landrain. Et vous, vous les avez exécutées !

M. le président. La parole est à M. Philippe Nauche.

M. Philippe Nauche. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, je commencerai mon intervention en rendant un hommage appuyé et solennel à l'opiniâtreté et à la passion de Bernard Kouchner pour les droits des malades. (*« Très bien ! » sur les bancs du groupe socialiste, du groupe communiste et du groupe Radical, Citoyen et Vert.*)

M. le ministre délégué à la santé. Merci !

M. Jean-Pierre Foucher. Voilà pourquoi il y a une loi !

M. Jean-Luc Prével. Il est passionné ! Un vrai chiraquien !

M. Philippe Nauche. Il appelle en effet de ses vœux depuis des années ce grand texte de loi que nous votons aujourd'hui.

M. Bernard Charles. C'est vrai !

M. Philippe Nauche. Ce texte concerne à la fois les droits de la personne, l'information des usagers, l'expression de leur volonté, ainsi que leur participation au fonctionnement du système de santé. Ce sont les états généraux de la santé, que vous aviez organisés, monsieur le ministre, qui ont permis de déterminer ces objectifs. La loi permettra aussi de clarifier le rôle de chacun tant dans la définition des grandes orientations de la politique de santé au niveau national que dans sa mise en œuvre au plus près du terrain au niveau régional. Cette orientation correspond à un vœu qui dépasse largement les clivages habituels de cet hémicycle.

Pour ce qui est de la qualité du système de santé, je regrette que la commission mixte paritaire ait gardé le terme d'« ordre » pour désigner l'organisation professionnelle des médecins car cela me semble être avant tout, même si beaucoup de gens tiennent à cette appellation, un regard tourné vers le passé. Néanmoins, ce choix n'est pas essentiel car des progrès seront accomplis grâce à ce texte qui établit une séparation réelle entre ce qui relève du domaine disciplinaire et ce qui touche aux intérêts de la profession. Cela devrait inciter, me semble-t-il, le conseil de l'ordre des médecins – puisqu'il faudra continuer à l'appeler ainsi –...

M. Jean-Claude Lemoine. Heureusement !

M. Philippe Nauche. ... à s'éloigner d'une certaine vision corporatiste et parfois archaïque du monde de la santé.

M. André Godin. Très bien !

M. Philippe Nauche. La création du conseil des professions paramédicales constituera un progrès notable puisque ce conseil interprofessionnel permettra enfin aux professionnels de santé non médecins d'être écoutés et d'avoir, dans la définition de la politique de santé, une part plus importante que jusqu'à présent.

Je me réjouis que la commission mixte paritaire ait accepté un amendement concernant le diplôme spécialisé de gynécologie médicale. En effet, les femmes concernées attendaient une clarification puisque l'on avait entendu à cet égard bien des propos et beaucoup de contrevérités, en particulier quant à l'accès direct des femmes à la gynécologie médicale et à l'éventualité d'un non-remboursement. Or cela n'avait jamais été d'actualité, et l'amendement adopté par la CMP clarifie définitivement la situation.

Par ailleurs, ce texte met en place les bases d'une véritable formation médicale continue commune à l'ensemble des professions de santé. J'espère que cet outil nous permettra d'accroître l'indépendance de cette formation, car la situation actuelle, dans laquelle une grande partie des actions de formation est liée aux intérêts particuliers de laboratoires pharmaceutiques ne me semble pas favorable à une bonne vision et à une parfaite objectivité de la formation.

La CMP a également mis en place un statut pour les ostéopathes, mesure très attendue tant par ces professionnels que par les patients qui les consultent.

Enfin, la prévention et la promotion de la santé ont été prises en compte au travers de la réforme du Comité français d'éducation pour la santé, qui devient l'Institut national de prévention et de promotion de la santé. Cet outil sera au service de la prévention et de l'éducation sanitaire.

Les réseaux de santé sont également concernés par ce texte, dont le titre III, qui instaure une réparation des conséquences du risque sanitaire, va changer complètement les rapports entre soignants et soignés.

Cette prise en compte des risques sanitaires, qui existent sans qu'il y ait forcément faute médicale, devrait inverser la tendance à la judiciaireisation observée depuis quelque temps.

En conclusion, j'estime que ce texte permettra d'instaurer davantage de confiance entre soignants et soignés. Il représente une étape historique dans les relations entre les patients et les professionnels de santé. Qu'il s'agisse de l'aléa thérapeutique, de la nouvelle organisation ou de la formation continue, nous aurons fait œuvre utile : c'est pourquoi le groupe socialiste votera avec enthousiasme le texte proposé par la CMP (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. le président. La parole est à M. Daniel Paul, dernier orateur inscrit dans la discussion générale.

M. Daniel Paul. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, nous arrivons au terme du débat sur ce qu'il est convenu d'appeler l'arrêt Perruche. Je n'interviendrai en effet, comme Mme Jacquaint l'a indiqué, que sur cet aspect du texte relatif aux droits des malades.

Ainsi que plusieurs orateurs l'ont souligné en première lecture, cette question a transcendé les clivages traditionnels ; les débats l'ont bien montré. C'est d'ailleurs l'hon-

neur du Parlement, Assemblée et Sénat réunis, d'avoir su dépasser nos différences pour aboutir à un texte allant dans le bon sens.

Notre société est minée par l'argent, par les menaces de mercantilisation des relations entre les êtres humains. Tout au long du débat, les parlementaires communistes ont eu pour souci majeur de replacer la question du handicap dans le cadre de la solidarité nationale. Cela ne signifie nullement qu'il ne faudrait pas sanctionner la faute médicale ; elle doit l'être, mais il appartient aux experts et aux juges de l'apprécier. Par ailleurs, comment imaginer que l'indemnisation ainsi obtenue pourrait couvrir l'ensemble des besoins de la personne handicapée et de sa famille ?

Le texte issu de nos discussions et de la CMP évite ce danger en précisant que l'indemnisation ne pourra être obtenue qu'au titre du seul préjudice des parents. Il réaffirme ainsi la primauté de la solidarité nationale et son corollaire, la nécessité de développer encore les moyens de celle-ci. A cet égard, Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité m'avait indiqué que les moyens consacrés par notre pays à la prise en charge des personnes handicapées atteignaient 180 milliards de francs. Le texte qui nous est proposé aujourd'hui rend indispensable l'accroissement de ces moyens, si nous ne voulons pas être infidèles aux engagements pris et ignorer l'importance des besoins qui restent insatisfaits, qu'il s'agisse du montant des ressources pour les handicapés, des lieux d'accueil pour une scolarité spéciale ou dans l'établissement du quartier - je n'ose appeler cela la scolarité banale -, des places en centres d'aide par le travail ou dans des foyers d'hébergement spécialisés, ou encore du travail en milieu ordinaire, car il est toujours beaucoup plus simple de payer, pour une entreprise qui ne souhaite pas embaucher des personnes handicapées.

Par ailleurs des solutions restent à trouver pour les handicapés âgés dont les parents disparaissent. Nous serons confrontés dans les années qui viennent à ce problème explosif.

Mme Hélène Mignon. Tout à fait !

M. Daniel Paul. Pour des centaines de milliers de personnes, c'est une question de dignité. Il s'agit donc bien, dès lors, d'une mission de solidarité nationale. Mon amie Muguette Jacquaint a évoqué les moyens financiers qui pourraient permettre de la mettre pleinement en œuvre. Vous savez en effet très bien, monsieur le ministre, que même si l'on fait beaucoup, pour certains, c'est comme si nous n'avions rien fait car nous ne répondons pas à leurs besoins précis. Cela signifie qu'il faut faire davantage.

Après l'adoption de ce texte qui clarifie les choses, il faudra s'attacher à la poursuite du chantier ouvert en 1975.

Pour leur part, les députés communistes participeront à ce travail, car il touche à la dignité des femmes et des hommes, à la mise en œuvre de solutions qui relèvent vraiment de la responsabilité de toute la société. Nous voterons donc ce texte, avec espoir mais aussi avec vigilance. (*Applaudissements sur les bancs du groupe communiste, du groupe socialiste et du groupe Radical, Citoyen et Vert.*)

M. le président. La discussion générale est close.

La parole est à M. le président de la commission mixte paritaire.

M. Jean Le Garrec, président de la commission mixte paritaire. Mesdames, messieurs, je tiens d'abord à remercier les rapporteurs de l'Assemblée, Bernard Charles, Jean-Jacques Denis et Claude Evin, pour le remarquable

travail accompli sur ce texte dans des conditions parfois un peu trop rapides – j'ai déjà exprimé mes regrets à cet égard – mais dans le cadre d'un débat fondamental. Ce travail de fond sera concrétisé dans les minutes qui viennent et l'adoption de ce texte constituera une étape extrêmement importante.

Avant d'aborder le fond du texte lui-même, je veux revenir sur les débats consécutifs à l'arrêt Perruche. Ils durent d'ailleurs depuis près d'un an, puisque j'avais pris l'initiative d'organiser, en mars 2001, sous la responsabilité de Claude Evin, une table ronde sur le thème « Faut-il légiférer ou pas ? » Or, à cette occasion, la plupart des intervenants avaient considéré que cela n'était pas judicieux et qu'il était préférable de laisser la jurisprudence définir peu à peu le champ de la réflexion sur ce problème extrêmement complexe.

Depuis, vous savez très bien, monsieur le ministre, tout comme M. Evin, que, face à la montée des inquiétudes dans l'opinion publique, nous avons estimé qu'il convenait de légiférer. Nous avons changé de position, légitimement car nous savons écouter et réfléchir, sur un sujet à propos duquel nous devons prendre en compte trois préoccupations.

La première était liée à un débat de nature juridique sur la question, fondamentale pour le respect des droits du citoyen, de savoir si l'on pouvait permettre l'engagement d'une action en réparation sur la base de l'article 1382 du code civil, qui a valeur constitutionnelle.

La deuxième portait sur la manière dont les parents et les malades vivent cette situation. Leur sentiment a été exprimé avec beaucoup de force, d'intensité, de passion par bien des parents et des représentants d'associations. Leur opinion doit être respectée, même s'il peut être difficile de la partager pour ceux qui ne vivent pas directement de telles situations.

Enfin, la troisième préoccupation est celle des spécialistes du diagnostic anténatal, lequel évolue en fonction des technologies. A cet égard, monsieur le ministre, je vous félicite d'avoir mis en place une mission présidée par M. Sureau, pour réfléchir sur ce problème extrêmement complexe.

Ce sont ces trois préoccupations qui rendaient si difficile le sujet.

Je reprends à mon compte la formule de Pascal qui condamnait deux excès : exclure la raison, n'admettre que la raison. Nous étions placés devant une situation complexe, et je ne crois pas que nous ayons trouvé de réponse à ces trois préoccupations.

Après le débat en première lecture à l'Assemblée nationale, nous avons adopté un texte qui tentait de faire, avec précision et rigueur, la part de ce qui revenait à la collectivité nationale dans la prise en charge du handicap et la part de ce qui revenait aux parents qui n'avaient pu faire un choix.

Je reconnais que ce texte a été amélioré lors du débat au Sénat par le rapporteur pour avis de la commission des lois. Au cours de ses débats, que nous avons suivis avec attention notamment vous, monsieur le ministre le Sénat avait adopté une position complexe mais qui permettait d'avancer. Nous étions prêts à admettre que cette position pourrait être acceptée par la commission mixte paritaire ; je ne dis pas que nous étions prêts à l'approuver. Mais les choses se sont compliquées quand le Sénat a remis en cause le texte qu'il avait lui-même adopté. Bien entendu, nous n'avons pu aller jusqu'au bout de la démarche ; M. Evin a eu raison d'indiquer, et nous l'avons dit en commission mixte paritaire, qu'il y avait un risque d'inconstitutionnalité.

Il faut bien voir l'évolution globale de la réflexion sur ce problème qui, j'en suis d'accord avec M. Daniel Paul, transcende les clivages habituels. Nous devons respecter toutes les opinions. Je suis persuadé pour ma part que nous aurons d'autres débats, sous des formes encore à définir dans les mois ou les années qui viennent.

Je tenais à faire le point, de manière simple mais précise, sur le processus que vous avez tous vécu. Nous avons eu, sur ce point, des débats de très grande qualité. Mais nous considérons que le texte qui nous était présenté était d'une telle importance, notamment dans les titres II et III, que nous devons faire aboutir la commission mixte paritaire. Les choses sont claires. Elles ont été dites. Chacun a développé ses positions et exprimé ses réserves, nous avons poursuivi, pendant de nombreuses heures d'ailleurs, le débat sur ce texte fondamental.

Il ne faudrait tout de même pas oublier les progrès apportés au fond du problème par un texte que je considère, monsieur le ministre, comme un grand texte.

J'ai quelque difficulté à parler de « droits des malades ». L'expression « démocratie sanitaire » du titre I^{er} me semble mieux convenir. On pourrait parler aussi de « droits du citoyen en matière sanitaire ». Peu importe : l'essentiel est d'être d'accord sur ce que cela signifie.

Vous avez raison, monsieur le ministre, un énorme travail a été accompli depuis les états généraux de la santé. M. Jean-Jacques Denis, qui était rapporteur de cette partie du texte, a organisé, il y a huit jours, un colloque à ce sujet, et j'ai été très frappé par le nombre d'associations et de professionnels qui y ont participé. C'est dire si le pas en avant que nous faisons correspond à une demande réelle et importante. On parle de droit à l'information, de respect de la dignité – le mot est inscrit désormais –, du problème de la douleur, que nous avons déjà évoqué dans d'autres textes. Sans oublier l'agrément des associations, l'organisation régionale de la santé, le congé de représentation et les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins. Il y a là un champ énorme de transformation de notre système de santé. Ne faisons pas semblant – je parle pour quelques députés de l'opposition – de le trouver limité ! Il est considérable, et considéré comme tel par toutes les associations engagées dans ce débat.

Le titre II, lui aussi, contient des mesures importantes. A Jean-Luc Prél qui déplore que ce ne soit pas « la » réforme, je répondrai que, si l'on ne veut pas risquer les coups durs que M. Juppé a connus en 1996, il faut, dans un système complexe qui met en jeu l'Etat, les professions de santé, le paritarisme et, aujourd'hui, les citoyens, n'avancer que pas à pas.

L'idée que l'on pourrait, d'un seul coup, bâtir une grande cathédrale, des soubassements au fronton, est absurde. Nous avançons pas à pas depuis de nombreuses années déjà, sur la formation médicale continue, sur la déontologie et l'information, sur la prévention, sur le développement des réseaux, sur le conseil des professions paramédicales et sur les syndicats interhospitaliers. Pas à pas, une construction est en train de s'élever.

M. Jean-Luc Prél. Elle s'écroule !

M. Jean Le Garrec, *président de la commission*. D'ailleurs, monsieur Prél, dans quelques instants, nous allons examiner un deuxième texte, relatif à l'architecture conventionnelle.

M. Jean-Luc Prél et M. Jean-Pierre Foucher. On en reparlera !

M. Jean Le Garrec, *président de la commission*. Nous verrons quelle sera votre position sur ce sujet.

M. Jean-Michel Dubernard. En fait de cathédrale, ce sont plutôt des petites chapelles !

M. Jean Le Garrec. Comme tout le monde, j'écoute les préoccupations et les inquiétudes des professions médicales. Mais nous y répondons en partie – qui peut prétendre apporter une réponse totale ? – grâce aux dispositions du titre III sur l'aléa thérapeutique, le droit à l'indemnisation des actes non fautifs, ou les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation.

En lisant dans un journal du matin la tribune libre d'un éminent professeur qui disait, à propos de l'arrêt Perruche, que tout cela n'était pas clair et qu'il fallait revoir l'expertise médicale, j'avais envie de lui répondre : c'est ce que nous faisons dans le titre III ! Et je vous renvoie à la page 38 du rapport excellent de M. Claude Evin !

On voit bien que nous répondons à ces problèmes. En conclusion, je tirerai de ce débat, qui a été souvent passionné, passionnant, difficile, trois grandes leçons :

D'abord – et je rejoins là M. Daniel Paul – il est nécessaire que la société porte son regard sur le problème du handicap. Cette nécessité impérieuse implique une réforme de la loi de 1975 mais il faut aller bien au-delà d'une simple réforme législative : il faut modifier radicalement le regard de la société sur ce problème, cela ressort très clairement de nos débats.

Je retiens, ensuite, la complexité des relations entre le citoyen et le médecin, ce qui met en jeu l'évolution de la démocratie sanitaire : le malade doit être respecté dans son unité, quand il souffre, quand il disparaît. C'est dire le rôle éminemment complexe du médecin.

Enfin, je suis étonné que certains de nos propos soient parfois mal interprétés. Tous nos débats montrent clairement notre très grand respect pour les professions médicales. Nous sommes conscients de la difficulté de leur métier, en particulier du colloque singulier. Mais, tout en éprouvant ce très grand respect pour les professions médicales, nous nous donnons le droit de débattre de l'évolution du système de santé, de son amélioration et de son adaptation.

Monsieur le ministre – je le dis parce que je le pense – vous êtes porteur d'un très grand texte, qui certes s'améliorera au fil du temps ; mais qui ouvre déjà des voies nouvelles. C'était cela qui était important. Merci à vous. *(Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste, du groupe communiste et du groupe Radical, Citoyen et Vert.)*

Texte de la commission mixte paritaire

M. le président. Je donne lecture du texte de la commission mixte paritaire :

PROJET DE LOI RELATIF AUX DROITS DES MALADES ET À LA QUALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ

TITRE I^{er} A SOLIDARITÉ ENVERS LES PERSONNES HANDICAPÉES

« Art. 1^{er} A. – I. – Nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance.

« La personne née avec un handicap dû à une faute médicale peut obtenir la réparation de son préjudice lorsque l'acte fautif a provoqué directement le handicap ou l'a aggravé, ou n'a pas permis de prendre les mesures susceptibles de l'atténuer.

« Lorsque la responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement de santé est engagée vis-à-vis des parents d'un enfant né avec un handicap non décelé pendant la

grossesse à la suite d'une faute caractérisée, les parents peuvent demander une indemnité au titre de leur seul préjudice. Ce préjudice ne saurait inclure les charges particulières découlant, tout au long de la vie de l'enfant, de ce handicap. La compensation de ce dernier relève de la solidarité nationale.

« Les dispositions du présent paragraphe sont applicables aux instances en cours, à l'exception de celles où il a été irrévocablement statué sur le principe de l'indemnisation.

« II. – Toute personne handicapée a droit, quelle que soit la cause de sa déficience, à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale.

« III. – Le Conseil national consultatif des personnes handicapées est chargé, dans des conditions fixées par décret, d'évaluer la situation matérielle, financière et morale des personnes handicapées en France et des personnes handicapées de nationalité française établies hors de France prises en charge au titre de la solidarité nationale, et de présenter toutes les propositions jugées nécessaires au Parlement et au Gouvernement, visant à assurer, par une programmation pluriannuelle continue, la prise en charge de ces personnes.

« IV. – Le présent article est applicable en Polynésie française, en Nouvelle-Calédonie, dans les îles Wallis et Futuna ainsi qu'à Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon.

« Art. 1^{er} B. – I. – Le dernier alinéa (2^e) de l'article L. 344-5 du code de l'action sociale et des familles est complété par la phrase suivante :

« Les sommes versées, au titre de l'aide sociale dans ce cadre, ne font pas l'objet d'un recouvrement à l'encontre du bénéficiaire lorsque celui-ci est revenu à meilleure fortune. »

« II. – Les pertes de recettes résultant pour les départements du I sont compensées par une augmentation, à due concurrence, de la dotation globale de fonctionnement. Les pertes de recettes résultant pour l'Etat du I sont compensées par une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts. »

TITRE I^{er}

DÉMOCRATIE SANITAIRE

CHAPITRE I^{er}

Droits de la personne

« Art. 1^{er}. – Dans le titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, il est inséré un chapitre préliminaire ainsi rédigé :

« CHAPITRE PRÉLIMINAIRE

« Droits de la personne

« Art. L. 1110-1. – Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.

« Art. L. 1110-2. – La personne malade a droit au respect de sa dignité.

« Art. L. 1110-3. – Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins.

« Art. L. 1110-4. – Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

« Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

« Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

« Afin de garantir la confidentialité des informations médicales mentionnées aux alinéas précédents, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis public et motivé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine les cas où l'utilisation de la carte professionnelle de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale est obligatoire.

« Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 ₮ d'amende.

« En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-5 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part.

« Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.

« Art. L. 1110-5. – Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.

« Les dispositions du premier alinéa s'appliquent sans préjudice de l'obligation de sécurité à laquelle est tenu tout fournisseur de produit de santé, ni des dispositions du titre II du livre I^{er} de la première partie du présent code.

« Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.

« Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort.

« Art. L. 1110-5-1. – Dans la mesure où leurs conditions d'hospitalisation le permettent, les enfants en âge scolaire ont droit à un suivi scolaire adapté délivré au sein des établissements de santé.

« Art. L. 1110-6. – L'évaluation prévue à l'article L. 6113-2 et l'accréditation prévue à l'article L. 6113-3 prennent en compte les mesures prises par les établissements de santé pour assurer le respect des droits des personnes malades et les résultats obtenus à cet égard. Les établissements de santé rendent compte de ces actions et de leurs résultats dans le cadre des transmissions d'informations aux agences régionales de l'hospitalisation prévues au premier alinéa de l'article L. 6113-8. »

« Art. 4. – Après le deuxième alinéa du III de l'article 42 de la loi n° 96-452 du 28 mai 1996 portant diverses mesures d'ordre sanitaire, social et statutaire, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les membres de l'Inspection générale des affaires sociales titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre permettant l'exercice en France de la profession de médecin n'ont accès aux données de santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leur mission lors de leur visite sur les lieux, dans le respect du secret médical. »

« Art. 5 bis. – Après l'article 720-1 du code de procédure pénale, il est inséré un article 720 :

« Art. 720-1-1. – La suspension peut également être ordonnée, quelle que soit la nature de la peine ou la durée de la peine restant à subir, et pour une durée qui n'a pas à être déterminée, pour les condamnés dont il est établi qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention, hors les cas d'hospitalisation des personnes détenues en établissement de santé pour troubles mentaux.

« La suspension ne peut être ordonnée que si deux expertises médicales distinctes établissent de manière concordante que le condamné se trouve dans l'une des situations énoncées à l'alinéa précédent.

« Lorsque la peine privative de liberté prononcée est d'une durée inférieure ou égale à dix ans ou que, quelle que soit la peine initialement prononcée, la durée de détention restant à subir est inférieure ou égale à trois ans, cette suspension est ordonnée par le juge de l'application des peines selon les modalités prévues par l'article 722.

« Dans les autres cas, elle est prononcée par la juridiction régionale de la libération conditionnelle selon les modalités prévues par l'article 722-1.

« Le juge de l'application des peines peut à tout moment ordonner une expertise médicale à l'égard d'un condamné ayant bénéficié d'une mesure de suspension de peine en application du présent article, et ordonner qu'il soit mis fin à la suspension si les conditions de celle-ci ne sont plus remplies.

« Les dispositions de l'article 720-2 ne sont pas applicables lorsqu'il est fait application des dispositions du présent article. »

CHAPITRE II

Droits et responsabilités des usagers

« Art. 6. - Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« CHAPITRE I^{er}**« Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté**

« Art. L. 1111-1-A. - Les droits reconnus aux usagers s'accompagnent des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose.

« Art. L. 1111-1. - Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

« Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

« Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

« La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

« Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-4. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

« Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.

« En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.

« Art. L. 1111-2. - Toute personne a droit, à sa demande, à une information, délivrée par les établissements et services de santé publics et privés, sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et les conditions de leur prise en charge. Les professionnels de santé d'exercice libéral doivent, avant l'exécution d'un acte, informer le patient de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

« Art. L. 1111-3. - Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

« Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.

« Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

« Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-5, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

« Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

« L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre.

« Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.

« Art. L. 1111-4. - Par dérogation à l'article 371-2 du code civil, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

« Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis.

« Art. L. 1111-5. - Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

« Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa

précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

« Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci.

« *Art. L. 1111-6.* – Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

« Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie en application du quatrième alinéa.

« La présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

« A titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies, dans le cadre d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office, peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risques d'une gravité particulière. En cas de refus du demandeur, la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur.

« Sous réserve de l'opposition prévue à l'article L. 1111-4, dans le cas d'une personne mineure le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

« En cas de décès du malade, l'accès des ayants droit à son dossier médical s'effectue dans les conditions prévues par le dernier alinéa de l'article L. 1110-4.

« La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents.

« *Art. L. 1111-6-1.* – *Supprimé.*

« *Art. L. 1111-6-2.* – Les professionnels de santé ou les établissements de santé ou la personne concernée peuvent déposer des données de santé à caractère personnel, recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins, auprès de personnes

physiques ou morales agréées à cet effet. Cet hébergement de données ne peut avoir lieu qu'avec le consentement exprès de la personne concernée.

« Les traitements de données de santé à caractère personnel que nécessite l'hébergement prévu au premier alinéa doivent être réalisés dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. La prestation d'hébergement fait l'objet d'un contrat. Lorsque cet hébergement est à l'initiative d'un professionnel de santé ou d'un établissement de santé, le contrat prévoit que l'hébergement des données, les modalités d'accès à celles-ci et leurs modalités de transmission sont subordonnées à l'accord de la personne concernée.

« Les conditions d'agrément des hébergeurs sont fixées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et des conseils de l'ordre des professions de santé ainsi que du conseil des professions paramédicales. Ce décret mentionne les informations qui doivent être fournies à l'appui de la demande d'agrément, notamment les modèles de contrats prévus au deuxième alinéa et les dispositions prises pour garantir la sécurité des données traitées en application de l'article 29 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 précitée, en particulier les mécanismes de contrôle et de sécurité dans le domaine informatique ainsi que les procédures de contrôle interne. Les dispositions de l'article L. 4113-6 s'appliquent aux contrats prévus à l'alinéa précédent.

« L'agrément peut être retiré, dans les conditions prévues par l'article 24 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations, en cas de violation des prescriptions législatives ou réglementaires relatives à cette activité ou des prescriptions fixées par l'agrément.

« Seuls peuvent accéder aux données ayant fait l'objet d'un hébergement les personnes que celles-ci concernent et les professionnels de santé ou établissements de santé qui les prennent en charge et qui sont désignés par les personnes concernées, selon des modalités fixées dans le contrat prévu au deuxième alinéa, dans le respect des dispositions des articles L. 1110-4 et L. 1111-6.

« Les hébergeurs tiennent les données de santé à caractère personnel qui ont été déposées auprès d'eux à la disposition de ceux qui les leur ont confiées. Ils ne peuvent les utiliser à d'autres fins. Ils ne peuvent les transmettre à d'autres personnes que les professionnels de santé ou établissements de santé désignés dans le contrat prévu au deuxième alinéa.

« Lorsqu'il est mis fin à l'hébergement, l'hébergeur restitue les données qui lui ont été confiées, sans en garder de copie, au professionnel, à l'établissement ou à la personne concernée ayant contracté avec lui.

« Les hébergeurs de données de santé à caractère personnel et les personnes placées sous leur autorité qui ont accès aux données déposées sont astreintes au secret professionnel dans les conditions et sous les peines prévues à l'article 226-13 du code pénal.

« Les hébergeurs de données de santé à caractère personnel ou qui proposent cette prestation d'hébergement sont soumis, dans les conditions prévues aux articles L. 1421-2 et L. 1421-3, au contrôle de l'inspection générale des affaires sociales et des agents de l'Etat mentionnés à l'article L. 1421-1. Les agents chargés du contrôle peuvent être assistés par des experts désignés par le ministre chargé de la santé.

« Art. L. 1111-7. – Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent chapitre. Les modalités d'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès, font l'objet de recommandations de bonnes pratiques établies par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé. »

« Art. 6 *bis*. – Le titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est complété par un chapitre V ainsi rédigé :

« CHAPITRE V

« Dispositions pénales

« Art. L. 1115-1. – La prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel recueillies auprès de professionnels ou d'établissements de santé ou directement auprès des personnes qu'elles concernent sans être titulaire de l'agrément prévu par l'article L. 1111-6-2 ou de traitement de ces données sans respecter les conditions de l'agrément obtenu est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

« Art. L. 1115-2. – Les personnes morales peuvent être déclarées responsables, dans les conditions prévues à l'article 121-1 du code pénal, des infractions définies à l'article L. 1115-1.

« Les peines encourues par les personnes morales sont :
« 1^o L'amende, suivant les modalités prévues par l'article 131-38 du code pénal ;

« 2^o Les peines prévues aux 2^o, 3^o, 4^o, 5^o et 9^o de l'article 131-39 du même code. L'interdiction prononcée à ce titre porte sur l'activité dans l'exercice ou à l'occasion de laquelle l'infraction a été commise. »

« Art. 6 *ter*. – Les personnes qui, à la date de la publication de la présente loi, exercent l'activité d'hébergement de données de santé à caractère personnel déposées auprès d'elles par les personnes qu'elles concernent doivent formuler une demande d'agrément en application de l'article L. 1111-6-2 du code de la santé publique dans un délai de trois mois à compter de la publication du décret prévu par cet article. Elles peuvent poursuivre cette activité jusqu'à ce qu'il soit statué sur leur demande. Le ministre chargé de la santé peut, pendant cette période, suspendre à tout moment la poursuite de cette activité en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires en vigueur. »

« Art. 7 *bis*. – I. – L'article L. 1122-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

« 1^o Le neuvième alinéa est complété par la phrase suivante : "A l'issue de la recherche, la personne qui s'y est prêtée est informée des résultats globaux de cette recherche." ;

« 2^o Dans la première phrase du dernier alinéa, après les mots : "et que seul sera sollicité celui des membres de sa famille s'ils sont présents," sont insérés les mots : ", et à défaut, l'avis de la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-5".

« II. – *Supprimé.*

« III. – L'article L. 1124-6 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation aux dispositions du premier alinéa, les recherches sans bénéfice individuel direct en épidémiologie, génétique, physiologie, physio-pathologie peuvent être réalisées par des professionnels de santé, dans leurs lieux d'exercice habituel lorsque ces recherches ne nécessitent pas d'actes autres que ceux qu'ils pratiquent usuel-

lement dans le cadre de leur activité médicale. Le comité consultatif de protection des personnes dans la recherche biomédicale s'assure alors, avant de rendre son avis, que les conditions du présent article sont satisfaites. »

« Art. 9 *bis*, 9 *ter* et 9 *quater*. – *Supprimés.* »

« Art. 10. – I. – L'intitulé du chapitre II du titre II du livre I^{er} de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé : "Conseil national et chambre disciplinaire nationale".

« II. – Le premier alinéa de l'article L. 4122-2 du même code est ainsi rédigé :

« Le conseil national fixe le montant unique de la cotisation qui doit être versée à chaque ordre par chaque médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme. Il détermine également les quotités de cette cotisation qui seront attribuées à chaque conseil départemental, à chaque conseil régional ou interrégional et au conseil national, en précisant la part consacrée au fonctionnement des chambres disciplinaires placées auprès de ces instances. »

« III. – L'article L. 4122-3 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 4122-3. – I. – Les décisions des conseils régionaux en matière d'inscription au tableau et de suspension temporaire du droit d'exercer en cas d'infirmité ou d'état pathologique rendant dangereux l'exercice de la profession peuvent faire l'objet d'un recours hiérarchique devant le conseil national. Ce conseil national peut déléguer ses pouvoirs à des sections qui se prononcent en son nom.

« II. – La chambre disciplinaire nationale est saisie en appel des décisions des chambres disciplinaires de première instance. Peuvent faire appel, outre l'auteur de la plainte et le professionnel sanctionné, le ministre chargé de la santé, le représentant de l'Etat dans le département ou dans la région, le procureur de la République, le conseil départemental et le conseil national de l'ordre intéressé.

« L'appel contre les décisions des chambres disciplinaires de première instance a un effet suspensif sauf lorsque la chambre est saisie en application de l'article L. 4113-14. Les décisions rendues par la chambre disciplinaire nationale sont susceptibles de recours devant le Conseil d'Etat.

« Les décisions de la chambre disciplinaire nationale sont rendues en formation collégiale sous réserve des exceptions, précisées par décret en Conseil d'Etat, tenant à l'objet de la saisine ou du litige ou à la nature des questions à examiner ou à juger.

« Les fonctions exercées par les membres de la chambre disciplinaire nationale sont incompatibles avec l'exercice d'autres fonctions ordinales, à l'exception de celles d'assesseur dans la section des assurances sociales. »

« IV. – Au troisième alinéa de l'article L. 460 du même code, les mots : "soit par le Conseil national" sont supprimés.

« V. – L'article L. 4123-2 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 4123-2. – Lorsqu'une plainte est portée devant le conseil départemental, son président en accuse réception à l'auteur, en informe le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme mis en cause et les convoque dans un délai d'un mois à compter de l'enregistrement de la plainte en vue d'une conciliation. En cas d'échec de celle-ci, il transmet la plainte à la chambre disciplinaire de première instance avec l'avis motivé du conseil dans un délai de trois mois à compter de l'enregistrement de la plainte. En cas de carence du conseil départemental,

l'auteur de la plainte peut demander au président du conseil national de saisir la chambre disciplinaire de première instance compétente. Le président du conseil national doit répondre à sa demande dans le délai d'un mois. »

« Art. 10 *bis*. – *Supprimé.* »

« Art. 11. – I. – Le titre I^{er} du livre II de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

« 1^o Après l'article L. 3211-11, il est inséré un article L. 3211-11-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 3211-11-1. – Pour motif thérapeutique ou si des démarches extérieures s'avèrent nécessaires, les personnes hospitalisées sans leur consentement peuvent bénéficier d'autorisations de sorties de l'établissement de courte durée n'excédant pas douze heures. La personne malade est accompagnée par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement pendant toute la durée de la sortie.

« L'autorisation d'absence de courte durée est accordée par le directeur de l'établissement de santé après avis favorable du psychiatre responsable de la structure médicale concernée.

« Dans le cas d'une hospitalisation d'office, le directeur de l'établissement transmet au représentant de l'Etat dans le département les éléments d'information relatifs à la demande d'autorisation, comportant notamment l'avis du psychiatre, quarante-huit heures avant la date prévue pour la sortie accompagnée. Sauf opposition du représentant de l'Etat dans le département, la sortie accompagnée peut avoir lieu au terme de ce délai. » ;

« 2^o Au dixième alinéa de l'article L. 3212 « pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes » sont remplacés par les mots : « nécessitent des soins en raison de troubles mentaux qui compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public » ;

« 3^o Au premier alinéa de l'article L. 3213 « compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes » sont remplacés par les mots : « nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public » ;

« 4^o Aux articles L. 3213 « pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes » sont remplacés par les mots : « nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public ».

« II. – Le titre II du livre II de la troisième partie du même code est ainsi modifié :

« 1^o Le dernier alinéa de l'article L. 3222-3 est supprimé ;

« 2^o Le dernier alinéa de l'article L. 3223-1 est complété par les mots : « et de lui fournir toutes données médicales nécessaires à l'accomplissement de ses missions » ;

« 3^o Les quatre premiers alinéas de l'article L. 3223-2 sont remplacés par six alinéas ainsi rédigés :

« La commission prévue à l'article L. 3222-2 est composée de :

« 1^o De deux psychiatres, l'un désigné par le procureur général près la cour d'appel, l'autre par le représentant de l'Etat dans le département ;

« 2^o D'un magistrat désigné par le premier président de la cour d'appel ;

« 3^o De deux représentants d'associations agréées respectivement de personnes malades et de familles de personnes atteintes de troubles mentaux, désignés par le représentant de l'Etat dans le département ;

« 4^o D'un médecin généraliste désigné par le représentant de l'Etat dans le département.

« En cas d'impossibilité de désigner un ou plusieurs membres de la commission mentionnée dans le présent article, des personnalités des autres départements de la région ou des départements limitrophes peuvent être nommées. » ;

« 4^o Au cinquième alinéa de l'article L. 3223, les mots : «aux 1^o et 3^o» sont remplacés par les mots : «au 1^o».

« III. – Le dernier alinéa du 1^o de l'article L. 6143-4 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Pour ce qui concerne les délibérations relatives au règlement intérieur des établissements et unités d'hospitalisation accueillant des malades atteints de troubles mentaux, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation saisit, pour avis, le représentant de l'Etat dans le département. »

« IV. – Il est inséré, dans le code civil, un article 375-9 ainsi rédigé :

« Art. 375-9. – La décision confiant le mineur, sur le fondement du 3^o de l'article 375-3, à un établissement recevant des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, est ordonnée après avis médical circonstancié d'un médecin extérieur à l'établissement, pour une durée ne pouvant excéder quinze jours.

« La mesure peut être renouvelée, après avis médical conforme d'un psychiatre de l'établissement d'accueil, pour une durée d'un mois renouvelable. »

« V. – A titre transitoire, les personnes hospitalisées d'office à la date d'entrée en vigueur de la présente loi restent placées sous ce mode d'hospitalisation jusqu'à la date antérieurement fixée pour statuer sur le maintien de cette hospitalisation d'office sauf décision contraire prise en application du dernier alinéa de l'article L. 3213-4 du code de la santé publique.

« CHAPITRE III

« Participation des usagers au fonctionnement du système de santé

« Art. 12. – I. – Le titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est complété par un chapitre IV ainsi rédigé :

« CHAPITRE IV

« Participation des usagers au fonctionnement du système de santé

« Art. L. 1114-1. – Les associations, régulièrement déclarées, ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades peuvent faire l'objet d'un agrément par l'autorité administrative compétente soit au niveau régional, soit au niveau national. L'agrément est notamment subordonné à l'activité effective et publique de l'association en vue de la défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé ainsi qu'aux actions de formation et d'information qu'elle conduit, à sa représentativité et à son indépendance. Les conditions d'agrément et du retrait de l'agrément sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

« Seules les associations agréées peuvent représenter les usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique.

« Les représentants des usagers dans les instances mentionnées ci-dessus ont droit à une formation leur facilitant l'exercice de ce mandat.

« Art. L. 1114-2. – Lorsque l'action publique a été mise en mouvement par le ministère public ou la partie lésée, et sous réserve de l'accord de la victime, les associa-

tions agréées au niveau national dans les conditions prévues à l'article L. 1114-1 peuvent exercer les droits reconnus à la partie civile en ce qui concerne les infractions prévues par les articles 221-6, 222-19 et 222-20 du code pénal ainsi que les infractions prévues par des dispositions du présent code, portant un préjudice à l'intérêt collectif des usagers du système de santé.

« Art. L. 1114-3. – Les salariés, membres d'une association visée à l'article L. 1114-1, bénéficient du congé de représentation prévu par l'article L. 225-8 du code du travail lorsqu'ils sont appelés à siéger :

« 1^o Soit au conseil d'administration, ou à l'instance habilitée à cet effet, d'un établissement de santé public ou privé, ou aux commissions et instances statutaires dudit établissement ;

« 2^o Soit dans les instances consultatives régionales ou nationales et les établissements publics nationaux prévus par le présent code.

« L'indemnité prévue au II de l'article L. 225-8 du code du travail est versée par l'établissement de santé public ou privé concerné dans le cas visé au 1^o du présent article ; dans les cas visés au 2^o, elle est versée par les établissements concernés, ou par l'Etat lorsqu'il s'agit d'instances instituées auprès de l'Etat.

« Art. L. 1114-4. – La commission régionale de conciliation et d'indemnisation mentionnée à l'article L. 1142-5, réunie en formation de conciliation, peut être saisie par toute personne de contestations relatives au respect des droits des malades et des usagers du système de santé. »

« II. – L'article L. 5311-1 du même code est ainsi modifié :

« 1^o A la deuxième phrase du dix « les associations de patients et d'usagers de la médecine » sont remplacés par les mots : « des associations agréées de personnes malades et d'usagers du système de santé mentionnées à l'article L. 1114-1 » ;

« 2^o L'avant-dernier alinéa est supprimé. »

« Art. 12 *bis*. – Le V de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n^o 2000-1257 du 23 décembre 2000) est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Celui-ci a la possibilité de se faire assister ou représenter par son conjoint, un ascendant ou un descendant en ligne directe, un avocat ou un délégué des associations de mutilés et invalides du travail les plus représentatives. »

« CHAPITRE IV

« Responsabilités des professionnels de santé

« Art. 16. – I. – L'article L. 4113-6 du code de la santé publique est ainsi modifié :

« 1^o *Supprimé.*

« 2^o Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Est également interdit le fait, pour ces entreprises, de proposer ou de procurer ces avantages. » ;

« 3^o L'avant-dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Les conventions mentionnées aux deuxième et troisième alinéas sont transmises aux ordres des professions médicales par l'entreprise. Lorsque leur champ d'application est interdépartemental ou national, elles sont soumises pour avis au conseil national compétent, au lieu et place des instances départementales, avant leur mise en application. Un décret en Conseil d'Etat détermine les

modalités de la transmission de ces conventions ainsi que les délais impartis aux ordres des professions médicales pour se prononcer. Si ceux-ci émettent un avis défavorable, l'entreprise transmet cet avis aux professionnels de santé, avant la mise en œuvre de la convention. A défaut de réponse des instances ordinales dans les délais impartis, l'avis est réputé favorable. »

« II. – L'article L. 4163-1 du même code est ainsi modifié :

« 1^o Après les mots : « sur la répression des fraudes », sont insérés les mots : « notamment les agents de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, de la direction générale des douanes et de la direction générale des impôts » ;

« 2^o Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les agents susmentionnés utilisent, pour rechercher ces infractions, les pouvoirs prévus aux chapitres II à VI du titre I^{er} du livre II du code de la consommation. »

« III. – *Supprimé.*

« IV. – L'article L. 4163-2 du même code est complété par cinq alinéas ainsi rédigés :

« Est puni des peines mentionnées au premier alinéa le fait, pour les entreprises citées dans cet alinéa, de proposer ou de procurer ces avantages aux membres des professions médicales mentionnées au présent livre.

« Les infractions à l'article L. 4113-6 dont les personnes morales peuvent être déclarées pénalement responsables dans les conditions prévues au premier alinéa de cet article et selon les dispositions de l'article 121-2 du code pénal sont punies des peines suivantes :

« 1^o L'amende, dans les conditions prévues par l'article 131-38 du code pénal ;

« 2^o Les peines prévues aux 2^o, 3^o, 4^o, 5^o et 9^o de l'article 131-39 du même code.

« Les sanctions prononcées à ce titre sont portées à la connaissance du Comité économique des produits de santé prévu par l'article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale. »

« V. – Les articles L. 4311-28 et L. 4343-1 du même code sont complétés par une phrase ainsi rédigée :

« Toutefois, pour l'application de l'article L. 4113-6, les conventions passées entre les professionnels et les entreprises sont soumises pour avis au collège professionnel régional du conseil mentionné à l'article L. 4391-1. »

« Art. 17. – Dans le chapitre III du titre I^{er} du livre I^{er} de la quatrième partie du code de la santé publique, il est inséré, après l'article L. 4113-12, un article L. 4113-13.

« Art. L. 4113-13. – Les membres des professions médicales qui ont des liens avec des entreprises et établissements produisant ou exploitant des produits de santé ou des organismes de conseil intervenant sur ces produits sont tenus de les faire connaître au public lorsqu'ils s'expriment lors d'une manifestation publique ou dans la presse écrite ou audiovisuelle sur de tels produits. Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

« Les manquements aux règles mentionnées à l'alinéa ci-dessus sont punis de sanctions prononcées par l'ordre professionnel compétent. »

« Art. 18. – I. – L'article L. 4221-17 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 4221-17. – Les dispositions de l'article L. 4113-6, sous réserve des dispositions de l'article L. 138-9 du code de la sécurité sociale, ainsi que les dispositions de l'article L. 4113-13, sont applicables aux pharmaciens. Les conventions mentionnées à l'article L. 4113-6 sont soumises, pour les pharmaciens titulaires

d'officine, au conseil régional compétent ou, lorsque leur champ d'application est interrégional ou national et pour les autres pharmaciens, au conseil central compétent de l'ordre national des pharmaciens.

« Est interdit le fait, pour les entreprises mentionnées au premier alinéa de l'article L. 4113-6, de proposer ou de procurer aux pharmaciens les avantages cités dans cet article. »

« II. – Dans le chapitre III du titre II du livre II de la quatrième partie du même code, il est inséré, après l'article L. 4223-3, un article L. 4223-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4223-4.* – Les dispositions des trois premiers alinéas de l'article L. 4163-2 sont applicables aux pharmaciens. Les dispositions des alinéas suivants de ce même article sont applicables aux personnes physiques et morales qui proposent ou procurent des avantages aux pharmaciens. »

« *Art. 23 bis.* – Dans le livre IV du code de procédure pénale, il est inséré un titre XIII *bis* intitulé : "De la poursuite, de l'instruction et du jugement des infractions en matière sanitaire", comprenant un article 706 :

« *Art. 706-2.* – I. – La compétence territoriale d'un tribunal de grande instance peut être étendue au ressort d'une ou plusieurs cours d'appel pour la poursuite, l'instruction et, s'il s'agit de délits, le jugement des infractions définies ci-après dans les affaires relatives à un produit de santé tel que défini par l'article L. 5311-1 du code de la santé publique ou un produit destiné à l'alimentation de l'homme ou de l'animal qui sont ou apparaîtraient d'une grande complexité :

« – atteintes à la personne humaine au sens du titre II du livre II du code pénal ;

« – infractions prévues par le code de la santé publique ;

« – infractions prévues par le code rural ou le code de la consommation.

« Les dispositions des deux derniers alinéas de l'article 704 et de l'article 705 sont applicables aux formations d'instruction et de jugement spécialisées prévues au présent titre.

« II. – Dans les conditions prévues par l'article 706, peuvent exercer des fonctions d'assistant spécialisé en matière sanitaire les fonctionnaires de catégorie A ou B relevant des ministres chargés de la santé, de la recherche et de l'agriculture ainsi que les personnes justifiant d'une qualification professionnelle définie par décret et d'une expérience professionnelle minimale de quatre années. »

« CHAPITRE V

« Orientations de la politique de santé

« Art. 24. – I. – L'article L. 1411-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 1411-1.* – La nation définit sa politique de santé selon des priorités pluriannuelles.

« L'application de la politique de santé est évaluée annuellement par les conseils régionaux de santé et par le Haut Conseil de la santé.

« Au vu de ces travaux, le Gouvernement remet un rapport au Parlement, avant le 15 juin, sur les orientations de la politique de santé qu'il retient en vue notamment de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'année suivante. Est joint à ce rapport l'avis de la Conférence nationale de santé. Ce rapport fait l'objet d'un débat au Parlement. »

« II. – Après l'article L. 1411-1 du même code, sont insérés quatre articles L. 1411-1-1 à L. 1411-1-4 ainsi rédigés :

« *Art. L. 1411-1-1.* – La Conférence nationale de santé a pour missions :

« 1^o D'analyser les données relatives à la situation sanitaire de la population ainsi que l'évolution des besoins de celle-ci ;

« 2^o De donner un avis au Gouvernement sur le rapport annuel prévu à l'article L. 1411-1 ainsi que sur toute autre question qu'il lui soumet et de formuler des propositions en vue d'améliorer le fonctionnement du système de santé ;

« 3^o D'élaborer, sur la base des rapports établis par les conseils régionaux de santé, un rapport annuel, adressé au ministre chargé de la santé et rendu public, sur le respect des droits des usagers du système de santé ;

« 4^o *Supprimé.*

« 5^o D'organiser ou de contribuer à l'organisation de débats publics permettant l'expression des citoyens sur des questions de santé ou d'éthique médicale.

« *Art. L. 1411-1-2.* – La Conférence nationale de santé comprend des représentants des professionnels de santé et des établissements de santé ou d'autres structures de soins ou de prévention, des représentants des industries des produits de santé, des représentants des conseils régionaux de santé, des représentants des organismes d'assurance maladie, des représentants des usagers ainsi que des personnalités qualifiées.

« Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article.

« *Art. L. 1411-1-3.* – Le Haut Conseil de la santé a pour missions :

« 1^o De contribuer à la définition des priorités pluriannuelles de santé publique, notamment en apportant son concours au Gouvernement et en formulant toute recommandation qu'il juge nécessaire en vue d'améliorer les politiques de santé ;

« 2^o D'évaluer, par l'intermédiaire d'un rapport remis au Parlement avant le 15 avril de chaque année, l'application de ces priorités. Ce rapport est élaboré notamment au vu des bilans établis, avant le 1^{er} mars, par les conseils régionaux de la santé et au vu des propositions que ces derniers formulent.

« Il peut être consulté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et les présidents des commissions compétentes du Parlement sur toute question concernant l'organisation du système de santé, en particulier sur les évolutions du système de soins liées aux objectifs de la politique de santé.

« *Art. L. 1411-1-4.* – Le Haut Conseil de la santé comprend des membres de droit et des personnalités qualifiées dont la compétence est reconnue sur les questions de santé.

« Le président du Haut Conseil de la santé est élu par les membres au sein des personnalités qualifiées.

« Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article. »

« III. – Les dispositions du présent article entreront en vigueur à la date de nomination des membres de la Conférence nationale de santé définie à l'article L. 1411-1-2 et à la date de nomination des membres du Haut conseil de la santé prévu à l'article L. 1411-1-3. »

« CHAPITRE VI

« Organisation régionale de la santé

« Art. 25. - I. - L'article L. 1411-3 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 1411-3. - Il est créé dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse un conseil régional de santé qui a pour mission de contribuer à la définition et à la mise en œuvre des politiques régionales de santé. Il siège en formation plénière ou en sections spécialisées.

« Le représentant de l'Etat dans la région ou dans la collectivité territoriale de Corse et le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation assistent sans voix délibérative aux travaux de la formation plénière et des sections spécialisées. »

« II. - Après l'article L. 1411-3 du même code, sont insérés trois articles L. 1411-3-1 à L. 1411-3-3 ainsi rédigés :

« Art. L. 1411-3-1. - En formation plénière, le conseil régional de santé :

« 1^o Analyse l'évolution des besoins de santé et procède à l'examen des données relatives à la situation sanitaire et sociale de la population, propres à la région ;

« 1^o *bis* Propose, au regard des priorités retenues sur le plan national et des spécificités de la région, des priorités de santé publique qui portent notamment sur l'organisation des soins et la prévention et qui peuvent faire l'objet de programmes régionaux de santé ;

« 2^o Etablit, par la voie d'un rapport annuel, le bilan de l'application de la politique de santé dans la région, portant sur l'organisation et la qualité des soins ainsi que sur la politique de prévention, et formule des propositions en vue de leur amélioration ;

« 3^o *Supprimé.*

« 4^o Procède à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers ; cette évaluation fait l'objet d'un rapport spécifique ;

« 5^o Peut organiser des débats publics permettant l'expression des citoyens sur des problèmes de politique de santé et d'éthique médicale.

« Le rapport général et le rapport spécifique consacré aux droits des personnes malades et des usagers du conseil régional de santé sont transmis avant le 1^{er} mars de chaque année au ministre chargé de la santé, au Haut conseil de la santé, à la Conférence nationale de santé, au conseil régional, au représentant de l'Etat dans la région ou dans la collectivité territoriale de Corse, à l'agence régionale de l'hospitalisation, à l'union régionale des caisses d'assurance maladie, à l'union régionale des médecins exerçant à titre libéral et à l'ordre mentionné à l'article L. 4391-1. Ils sont rendus publics, assortis le cas échéant des observations des personnalités ou organismes précités.

« La formation plénière comprend des représentants des collectivités territoriales, du conseil économique et social régional, des organismes d'assurance maladie, des professionnels du champ sanitaire et social, des institutions et établissements sanitaires et sociaux, des usagers, ainsi que des personnalités qualifiées et des représentants du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale. Elle élit en son sein le président du conseil régional de santé.

« Art. L. 1411-3-2. - Le conseil régional de santé est subdivisé en cinq sections qui sont compétentes, respectivement :

« 1^o Pour donner un avis sur les projets de carte sanitaire et de schéma régional d'organisation sanitaire, dans les conditions prévues par l'article L. 6121-8, ainsi que sur les projets de décisions d'organisation sanitaire mentionnées aux articles L. 6115-3 et L. 6115-4 relevant des compétences de l'agence régionale de l'hospitalisation ; cette section est assistée d'un collège régional d'experts ;

« 2^o Pour donner un avis au représentant de l'Etat dans la région sur la définition des zones rurales ou urbaines où est constaté un déficit en matière d'offre de soins, telles qu'elles sont mentionnées au II de l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n^o 98-1194 du 23 décembre 1998) et au 3^o du II de l'article 4 de l'ordonnance n^o 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins ;

« 3^o Pour donner un avis au représentant de l'Etat dans la région sur le programme régional d'accès à la prévention et aux soins prévu par l'article L. 1411-5 ;

« 4^o Pour donner un avis au représentant de l'Etat dans la région sur les programmes régionaux de santé mentionnés à l'article L. 1411-3-3 ;

« 5^o Pour donner un avis au représentant de l'Etat dans la région sur les programmes régionaux de statistiques et d'études dont il coordonne l'élaboration et la mise en œuvre.

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application des articles L. 1411-3, L. 1411-3-1 et du présent article.

« Art. L. 1411-3-3. - Le représentant de l'Etat dans la région détermine, parmi les priorités proposées par le conseil régional de santé et après avis de la section compétente de ce conseil, celles qui font l'objet de programmes régionaux de santé. Ces programmes sont pluriannuels. Dans un délai respectant l'échéance prévue par l'article L. 1411-3-1, il rend compte chaque année de la réalisation de ces programmes au conseil régional de santé. »

« Art. 26. - Le troisième alinéa de l'article L. 1411-5 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins est établi après consultation de la section compétente du conseil régional de santé prévue par l'article L. 1411-3-2. Cette section comprend des représentants des collectivités territoriales, des organismes d'assurance maladie et des associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion. Des représentants des services de l'Etat et de l'agence régionale de l'hospitalisation assistent sans voix délibérative aux travaux de la section. Le représentant de l'Etat dans la région rend compte chaque année de la réalisation de ce programme à la formation plénière du conseil régional de santé. »

« Art. 27. - La première et la sixième parties du code de la santé publique sont ainsi modifiées :

« 1^o *Supprimé ;*

« 2^o Au troisième alinéa de l'article L. 6114-2 et au deuxième alinéa de l'article L. 6114-3, les mots : "la conférence régionale de santé prévue à l'article L. 1411-3" sont remplacés par les mots : "le conseil régional de santé prévu à l'article L. 1411-3" ;

« 3^o Au troisième alinéa de l'article L. 6115, les mots : "du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale" sont remplacés par les mots : "de la section compétente du conseil régional de santé" ;

« 4° A l'article L. 6115, les mots : "à la conférence régionale de santé mentionnée à l'article L. 1411-3" sont remplacés par les mots : "au conseil régional de santé mentionné à l'article L. 1411" et "ladite conférence" par les mots : "ledit conseil" ;

« 5° A la fin du premier alinéa de l'article L. 6121, les mots : "l'avis des comités régionaux concernés" sont remplacés par les mots : "l'avis de la section compétente des conseils régionaux de santé concernés" ;

« 6° Au deuxième alinéa de l'article L. 6121, les mots : "avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale" sont remplacés par les mots : "avis de la section compétente du conseil régional de santé" ;

« 7° Le premier alinéa de l'article L. 6121.

« Le Comité national de l'organisation sanitaire et sociale comprend : » ;

« 8° Au 1° de l'article L. 6121, les mots : "de l'Etat", sont supprimés ;

« 9° *Supprimé* ;

« 9° *bis* Au dernier alinéa de l'article L. 6121, les mots : "Ils comportent" sont remplacés par les mots : "Il comporte" ;

« 10° *Supprimé* ;

« 11° L'article L. 6121-11 est abrogé ;

« 12° L'article L. 6121-12 devient l'article 6121-11 ;

« 13° Au premier alinéa de l'article L. 6122, les mots : "après avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale" sont remplacés par les mots : "après avis de la section compétente du conseil régional de santé" ;

« 14° Au dernier alinéa de l'article L. 6122, les mots : "après consultation, selon le cas, du comité régional ou" sont remplacés par les mots : "après consultation, selon le cas, de la section compétente du conseil régional de santé ou" ;

« 15° Au cinquième alinéa de l'article L. 6122, les mots : "saisit dans un délai de quinze jours, selon les cas, le Comité national ou le comité régional de l'organisation sanitaire et sociale" sont remplacés par les mots : "saisit dans un délai de quinze jours, selon le cas, le Comité national de l'organisation sanitaire et sociale, ou la section compétente du conseil régional de santé" ;

« 16° Au cinquième alinéa de l'article L. 6122, les mots : "avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale" sont remplacés par les mots : "avis de la section compétente du conseil régional de santé" .

« 17° Au troisième alinéa de l'article L. 6146, les mots : "avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale" sont remplacés par les mots : "avis de la section compétente du conseil régional de santé" .

« Art. 28. – I. – L'article L. 312-3 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« *Art. L. 312-3. – I. –* La section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale mentionnée à l'article L. 6121-9 du code de la santé publique et les comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale se réunissent au moins une fois par an en formation élargie en vue :

« 1° D'évaluer les besoins sociaux et médico-sociaux et d'analyser leur évolution ;

« 2° De proposer des priorités pour l'action sociale et médico-sociale.

« Tous les cinq ans, ces organismes élaborent un rapport qui est transmis, selon le cas, aux ministres et aux autorités locales concernées.

« Chaque année, le ministre chargé des affaires sociales présente un rapport à la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale sur la mise en

œuvre des mesures prévues par les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale concernant l'action sociale ou médico-sociale.

« II. – Les comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale sont composés :

« 1° Des représentants de l'Etat, des collectivités territoriales et des organismes de sécurité sociale ;

« 2° Des représentants des personnes morales gestionnaires d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux, notamment des établissements spécialisés ;

« 3° Des représentants des personnels de ces établissements et services ;

« 4° Des représentants des usagers de ces établissements et services ;

« 5° Des représentants des travailleurs sociaux et des professions de santé ;

« 6° Des personnes qualifiées ;

« 7° Des représentants du conseil régional de santé.

« Lorsque le comité régional rend un avis sur un schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale dans les conditions prévues à l'article L. 312-5 ou sur une autorisation de fonctionnement délivrée par le président du conseil général dans les conditions prévues à l'article L. 313-3, le ou les départements concernés par le schéma ou l'implantation de l'établissement ou du service sont représentés lors de la délibération avec voix consultative.

« Les comités régionaux sont présidés par un magistrat du corps des conseillers des cours administratives d'appel et des tribunaux administratifs ou du corps des conseillers de chambres régionales des comptes.

« Les comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale peuvent siéger conjointement avec les sections de l'organisation sanitaire des conseils régionaux de santé.

« La composition et les modalités de fonctionnement des comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »

« II. – Le titre I^{er} du livre III du même code est ainsi modifié :

« 1° Aux cinquième, dixième, douzième et treizième alinéas de l'article L. 312-5, au premier alinéa de l'article L. 313-7 et au second alinéa de l'article L. 313, les mots : "comité régional de l'organisation sanitaire et sociale" sont remplacés par les mots : "comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale" ;

« 2° A l'avant-dernier alinéa de l'article L. 312, les mots : "comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale et aux conférences régionales de santé" sont remplacés par les mots : "comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale et aux conseils régionaux de santé" et au dernier alinéa dudit article, les mots : "à la conférence régionale de santé et au comité régional de l'organisation sanitaire et sociale" sont remplacés par les mots : "au conseil régional de santé et au comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale" ;

« 3° Au début du deuxième alinéa de l'article L. 313, les mots : "Le comité de l'organisation sanitaire et sociale compétent" sont remplacés par les mots : "La section sociale du comité national de l'organisation sanitaire et sociale ou le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale compétent" ;

« 4° Au troisième alinéa de l'article L. 313, les mots : "la section sociale du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale" sont remplacés par les mots : "le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale" ;

« 5^o Au second alinéa du IV de l'article L. 313, les mots : "l'avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale" sont remplacés par les mots : "selon les cas, l'avis du conseil régional de santé ou celui du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale".

« 6^o à 9^o *Supprimés.*

« III. – L'article 14 de la loi n^o 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale est ainsi modifié : ».

« 1^o Au II, les mots : "et comprend les articles L. 312-1 et L. 312-2." sont remplacés par les mots : "et comprend l'article L. 312-1." ;

« 2^o Le III est ainsi rédigé :

« III. – La section 2 du même chapitre est intitulée : "Organismes consultatifs" et comprend les articles L. 312-2 et L. 312-3. »

« Art. 28 *bis*. – I. – Au premier alinéa de l'article L. 311-9 du code de l'action sociale et des familles, la référence : "7^o" est remplacée par la référence : "8^o" ;

« II. – Au deuxième alinéa du II de l'article L. 312-1 du même code, la référence : "8^o" est remplacée par la référence : "7^o" ;

« III. – Au troisième alinéa (2^o) de l'article L. 313-4 du même code, les mots : "par la loi n^o 2002-3 du 2 janvier 2002 précitée ou pour son application" sont remplacés par les mots : "par le présent code" ;

« IV. – Le dernier alinéa de l'article L. 313-22 du même code est supprimé. »

« Art. 29. – Les dispositions des articles 25 à 28, à l'exception de celles de l'article 25 *bis*, entreront en vigueur six mois après la publication de la présente loi.

« Art. 30. – I. – La dernière phrase du second alinéa de l'article L. 4112-4 du code de la santé publique est ainsi rédigée :

« Elles peuvent être frappées d'appel devant le conseil national par le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme intéressés ou par le conseil départemental. »

« Dans le dernier alinéa de cet article, les mots : "la section disciplinaire du conseil national," sont remplacés par les mots : "le conseil national,".

« II. – 1. Aux articles L. 4124-2, L. 4124-3, L. 4124-4, L. 4124-5, L. 4124-6, L. 4124-8, L. 4124-9, L. 4124-10, L. 4126-6, L. 4126-7, L. 4132-7, L. 4132-8, L. 4132-9, L. 4142-5, L. 4152-7 et L. 4152-8 et aux deux premiers alinéas de l'article L. 4142-4 du même code, les mots : "le conseil régional", "le conseil interrégional", "le conseil régional ou interrégional" et "le conseil régional, territorial ou interrégional" sont remplacés par les mots : "la chambre disciplinaire de première instance".

« Les mots : "du conseil régional", "d'un conseil régional", "du conseil interrégional", "d'un conseil interrégional" et "du conseil régional ou interrégional" sont remplacés par les mots : "de la chambre disciplinaire de première instance".

« Les mots : "des conseils régionaux" et "des conseils interrégionaux" sont remplacés par les mots : "des chambres disciplinaires de première instance".

« Les mots : "au conseil régional", "au conseil interrégional" et "au conseil régional ou interrégional" sont remplacés par les mots : "à la chambre disciplinaire de première instance" ;

« Les mots : "le conseil national" et "la section disciplinaire du conseil national" sont remplacés par les mots : "la chambre disciplinaire nationale".

« Les mots : "ce conseil régional" sont remplacés par les mots : "cette chambre disciplinaire de première instance".

« Les mots : "le conseil", "ce conseil", "du conseil" et "chaque conseil" sont respectivement remplacés par les mots : "la chambre", "cette chambre", "de la chambre" et "chaque chambre".

« 2. A l'article L. 4125, les mots : "régionaux ou interrégionaux" sont remplacés par les mots : "ou des chambres disciplinaires de première instance" aux premier et quatrième alinéas et par les mots : "les chambres disciplinaires de première instance et les conseils" au cinquième alinéa.

« Au premier alinéa, les mots : "nouveaux conseils" sont remplacés par les mots : "nouvelles instances", et les mots : "desdits conseils" par les mots : "de ces instances".

« Le deuxième alinéa est complété par les mots : "ou de deux, quatre ou six ans".

« Aux deuxième et cinquième alinéas, les mots : "des nouveaux conseils" sont remplacés par les mots : "des nouvelles instances".

« 3. Au premier alinéa de l'article L. 4132 "deux chambres" sont remplacés par les mots : "deux sections" et, dans le dernier alinéa du même article, les mots : "les membres titulaires de chacune des chambres et les membres suppléants du conseil" sont remplacés par les mots : "les membres titulaires de chacune des sections et les membres suppléants de la chambre".

« III. – Les deux derniers alinéas de l'article L. 4123-11 du même code sont supprimés.

« IV. – L'intitulé du chapitre IV du titre II du livre I^{er} de la quatrième partie du même code est ainsi rédigé : "Chambres disciplinaires de première instance et conseils régionaux et interrégionaux".

« V. – L'article L. 4124-1 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 4124-1. – La chambre disciplinaire de première instance doit statuer dans les six mois du dépôt de la plainte. A défaut, le président de la chambre disciplinaire nationale peut transmettre la plainte à une autre chambre disciplinaire de première instance. »

« VI. – L'article L. 4124-6 du même code est ainsi modifié :

« 1^o Au 3^o, les mots : "L'interdiction temporaire ou permanente d'exercer" sont remplacés par les mots : "L'interdiction temporaire avec ou sans sursis ou l'interdiction permanente d'exercer" ;

« 2^o Au 4^o, les mots : "avec ou sans sursis" sont insérés après les mots : "l'interdiction temporaire d'exercer" ;

« 3^o Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Si, pour des faits commis dans un délai de cinq ans à compter de la notification d'une sanction assortie d'un sursis, dès lors que cette sanction est devenue définitive, la juridiction prononce l'une des sanctions prévues aux 3^o et 4^o, elle peut décider que la sanction, pour la partie assortie du sursis, devient exécutoire sans préjudice de l'application de la nouvelle sanction. »

« VII. – L'article L. 4124-7 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 4124-7. – La chambre disciplinaire de première instance est présidée par un membre en fonction ou honoraire du corps des conseillers des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel désigné par le vice-président du Conseil d'Etat. Le cas échéant, un ou des suppléants peuvent être nommés dans les mêmes conditions.

« Lorsque la chambre disciplinaire de première instance a été saisie par le ministre chargé de la santé ou par le représentant de l'Etat dans le département ou la région,

les représentants de l'Etat mentionnés aux articles L. 4132-9, L. 4142-5 et L. 4152-8 ne siègent pas dans ces instances.

« Les fonctions exercées par les membres des chambres disciplinaires de première instance sont incompatibles avec l'exercice d'autres fonctions au sein du conseil, à l'exception de celles d'assesseur dans les sections d'assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance.

« Les décisions de la chambre disciplinaire de première instance sont rendues en formation collégiale, sous réserve des exceptions, précisées par décret en Conseil d'Etat, tenant à l'objet de la saisine ou du litige ou à la nature des questions à examiner ou à juger. Elles doivent être motivées. »

« VIII. – Après l'article L. 4124-10 du même code, il est inséré un article L. 4124-11 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4124-11.* – Le conseil régional ou interrégional, placé sous le contrôle du conseil national, assure notamment les fonctions de représentation de la profession dans la région et de coordination des conseils départementaux. « Il exerce, par ailleurs, dans les régions ou les interrégions, les attributions mentionnées à l'article L. 4112-4. Il peut décider la suspension temporaire du droit d'exercer en cas d'infirmité du professionnel ou d'état pathologique rendant dangereux l'exercice de sa profession. Ses décisions doivent être motivées.

« Dans les régions constituées d'un seul département, la fonction de représentation de la profession dans la région est assurée par le conseil départemental.

« Un décret en Conseil d'Etat fixe la composition du conseil, les modalités d'élection de ses membres, et les règles de fonctionnement et de procédure qu'il devra respecter. »

« IX. – Il est inséré, après l'article L. 4125-4 du même code, un article L. 4125-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4125-5.* – Les élections aux conseils peuvent être déferées au tribunal administratif par les professionnels ayant droit de vote et par le représentant de l'Etat dans le département, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. »

« *Art. 30 bis.* – Le troisième alinéa de l'article L. 4123-8 du code de la santé publique est ainsi modifié :

« 1^o Dans la première phrase, après les mots : "les membres titulaires", sont insérés les mots : "qui sont empêchés de siéger ou" ;

« 2^o Au début de la seconde phrase, les mots : "Dans ce cas" sont remplacés par les mots : "Dans ce dernier cas". »

TITRE II

QUALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ

CHAPITRE I^{er}

COMPÉTENCE PROFESSIONNELLE

« *Art. 32.* – Il est inséré, au chapitre III du titre I^{er} du livre I^{er} de la quatrième partie du code de la santé publique, après l'article L. 4113-13, un article L. 4113-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4113-14.* – En cas d'urgence, lorsque la poursuite de son exercice par un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme expose ses patients à un danger grave, le représentant de l'Etat dans le département prononce la suspension immédiate du droit d'exercer pour une durée maximale de cinq mois. Il entend l'intéressé au plus tard dans un délai de trois jours suivant la décision de suspension.

« Il informe immédiatement de sa décision le président du conseil départemental compétent qui saisit sans délai le conseil régional ou interrégional lorsque le danger est lié à une infirmité ou un état pathologique du professionnel, ou la chambre disciplinaire de première instance dans les autres cas. Le conseil régional ou interrégional ou la chambre disciplinaire de première instance statue dans un délai de deux mois à compter de sa saisine. En l'absence de décision dans ce délai, l'affaire est portée devant le conseil national ou la chambre disciplinaire nationale, qui statue dans un délai de deux mois. A défaut de décision dans ce délai, la mesure de suspension prend fin automatiquement.

« Le représentant de l'Etat dans le département informe également les organismes d'assurance maladie dont dépend le professionnel concerné par sa décision.

« Le représentant de l'Etat dans le département peut à tout moment mettre fin à la suspension qu'il a prononcée lorsqu'il constate la cessation du danger. Il en informe le conseil départemental et le conseil régional ou interrégional compétents et, le cas échéant, la chambre disciplinaire compétente, ainsi que les organismes d'assurance maladie.

« Le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme dont le droit d'exercer a été suspendu selon la procédure prévue au présent article peut exercer un recours contre la décision du représentant de l'Etat dans le département devant le tribunal administratif, qui statue en référé dans un délai de quarante-huit heures.

« Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat. « Le présent article n'est pas applicable aux médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes qui relèvent des dispositions de la loi n^o 72-662 du 13 juillet 1972 portant statut général des militaires. »

« *Art. 33 bis.* – Avant le dernier alinéa de l'article L. 4231-1 du code de la santé publique, il est inséré un 3^o ainsi rédigé :

« 3^o De veiller à la compétence des pharmaciens. »

« *Art. 33 bis.* – Le dernier alinéa de l'article L. 4321-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique, les masseurs-kinésithérapeutes pratiquent leur art sur ordonnance médicale et peuvent prescrire, sauf indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de leur profession. La liste de ces dispositifs médicaux est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de l'Académie nationale de médecine. »

« *Art. 34.* – I. – Au 1^o de l'article L. 1414-1 du code de la santé publique, les mots : "des soins et des pratiques professionnelles" sont remplacés par les mots : "des stratégies et des actes à visée préventive, diagnostique et thérapeutique".

« II. – Après le 2^o de l'article L. 1414-1 du même code, il est inséré un 3^o ainsi rédigé :

« 3^o De participer à l'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population par le système de santé et de contribuer à son développement. »

« III. – Au début de l'article L. 1414 "au titre de sa mission d'évaluation des soins et des pratiques professionnelles" sont remplacés par les mots : "au titre de sa mission d'évaluation des stratégies et des actes à visée préventive, diagnostique ou thérapeutique".

« IV. – Le 7^o de l'article L. 1414-2 du même code est ainsi rédigé :

« 7^o De donner un avis sur les actes, procédés, techniques, méthodes et prescriptions ainsi que sur les règles qui leur sont applicables. »

« V. - Après l'article L. 1414-3 du même code, sont insérés deux articles L. 1414-3-1 et L. 1414-3-2 ainsi rédigés :

« Art. L. 1414-3-1. - Au titre de sa mission d'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population, l'Agence nationale est chargée :

« 1^o De participer à la mise en œuvre d'actions d'évaluation des pratiques professionnelles ;

« 2^o D'analyser les modalités d'organisation et les pratiques professionnelles à l'origine des faits mentionnés à l'article L. 1413-14 relevant de son champ de compétence et de proposer aux autorités sanitaires toute mesure utile pour y remédier ;

« 3^o D'évaluer, à la demande du ministre chargé de la santé, la qualité et l'efficacité des actions ou programmes de prévention, notamment d'éducation pour la santé, de diagnostic ou de soins.

« Art. L. 1414-3-2. - L'agence est chargée d'assurer la veille scientifique et technique relevant de son domaine de compétence et d'actualiser ses travaux en fonction de l'évolution des données de la science.

« Elle fournit au ministre chargé de la santé l'expertise et l'appui scientifique qu'il juge nécessaires et procède aux études qu'il lui demande.

« Pour l'accomplissement de ses missions, l'agence travaille en liaison notamment avec l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, l'Institut de veille sanitaire et l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments et mène toute action commune avec les organismes ayant compétence en matière de recherche dans le domaine de la santé. »

« VI. - L'article L. 1414-6 du même code est complété par un 7^o ainsi rédigé :

« 7^o De représentants des usagers, membres des associations mentionnées à l'article L. 1114-1 ; ».

« Art. 35 *bis*. - Le dernier alinéa de l'article L. 5322-1 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le conseil comprend au moins un médecin, un biologiste et un pharmacien des hôpitaux, praticiens hospitaliers et désignés par leur ordre professionnel. »

« Art. 38. - Il est inséré, dans le titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique, un chapitre IV ainsi rédigé :

« CHAPITRE IV

« Dispositions pénales

« Art. L. 6324-1. - Dans les locaux, lieux, installations et véhicules auxquels ils ont accès en application de l'article L. 1421-2, ainsi que dans les lieux publics, les médecins inspecteurs de santé publique habilités et assermentés dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat ont qualité pour rechercher et constater les infractions prévues à l'article L. 6324-2 et les infractions aux règlements mentionnés à l'article L. 6322-3.

« Les dispositions des articles L. 1421-3, L. 5411-2 et L. 5411-3 sont applicables à l'exercice de cette mission.

« Les agents de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes sont habilités à rechercher et constater les infractions définies

au II de l'article L. 6324-2. A cet effet, ils disposent des pouvoirs prévus à l'article L. 141-1 du code de la consommation.

« Art. L. 6324-2. - I. - Est puni d'une amende de 150 000 le fait d'exercer des activités de chirurgie esthétique sans l'autorisation prévue à l'article L. 6322-1 ou lorsque cette autorisation est réputée caduque ou qu'elle a été suspendue ou retirée.

« II. - Est puni d'une amende de 30 000 le fait :

« 1^o De ne pas remettre le devis détaillé prévu à l'article L. 6322-2 ;

« 2^o De ne pas respecter le délai prévu au même article ;

« 3^o D'exiger ou d'obtenir pendant ce même délai une contrepartie de quelque nature qu'elle soit.

« III. - Les personnes morales peuvent être déclarées pénalement responsables, dans les conditions prévues par l'article 121-2 du code pénal, des infractions définies par le présent article. Les peines encourues par les personnes morales sont :

« - l'amende, suivant les modalités prévues par l'article 131-38 du même code ;

« - les peines mentionnées aux 2^o, 4^o, 8^o et 9^o de l'article 131-39 du même code ; l'interdiction mentionnée au 2^o de l'article 131-39 porte sur l'activité dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de laquelle l'infraction a été commise. »

« Art. 39 *ter*. - Le I de l'article 44 de la loi n^o 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Les personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue sont tenues, dans le mois qui suit leur entrée en fonction, de faire enregistrer auprès du représentant de l'Etat dans le département de leur résidence professionnelle leur diplôme mentionné au précédent alinéa ou l'autorisation mentionnée au II.

« En cas de transfert de la résidence professionnelle dans un autre département, un nouvel enregistrement est obligatoire. La même obligation s'impose aux personnes qui, après deux ans d'interruption, veulent reprendre l'exercice de leur profession.

« Dans chaque département, le représentant de l'Etat dresse annuellement la liste des personnes qui exercent régulièrement cette profession en indiquant la date et la nature des diplômes ou autorisations dont elles sont effectivement pourvues.

« Cette liste est tenue à jour et mise à la disposition du public. Elle est publiée une fois par an. »

« Art. 39 *quater*. - Le second alinéa de l'article L. 6122-3 du code de la santé publique est complété par les mots : "et pour l'hospitalisation à domicile".

CHAPITRE II

Formation médicale continue et formation pharmaceutique continue

« Art. 40. - I. - Le chapitre III du titre III du livre I^{er} de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1^o Les articles L. 4133-1 à L. 4133-8 sont ainsi rédigés :

« Art. L. 4133-1. - La formation médicale continue a pour objectif l'entretien et le perfectionnement des connaissances, y compris dans le domaine des droits de la personne ainsi que l'amélioration de la prise en charge des priorités de santé publique.

« Elle constitue une obligation pour tout médecin tenu pour exercer sa pratique de s'inscrire à l'ordre des médecins en vertu des dispositions du 3^o de l'article L. 4111-1.

« L'obligation de formation peut être satisfaite, au choix du médecin, soit en participant à des actions de formation agréées, soit en se soumettant à une procédure adaptée d'évaluation des connaissances réalisée par un organisme agréé, soit en présentant oralement au conseil régional un dossier répondant à l'obligation mentionnée au présent article. Le respect de l'obligation fait l'objet d'une validation. La méconnaissance de cette obligation est de nature à entraîner des sanctions disciplinaires.

« Peut obtenir un agrément toute personne morale de droit public ou privé, à caractère lucratif ou non, dès lors qu'elle répond aux critères fixés par les conseils nationaux mentionnés à l'article L. 4133-2.

« *Art. L. 4133-2.* – Le Conseil national de la formation médicale continue des médecins libéraux et le Conseil national de la formation continue des médecins salariés non hospitaliers ont pour mission :

« 1^o De fixer les orientations nationales de la formation médicale continue ;

« 2^o D'agréer les organismes formateurs, notamment sur la base des programmes proposés ;

« 3^o D'agréer, après avis de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, les organismes aptes à effectuer les procédures d'évaluation visées à l'article L. 4133-1 ;

« 4^o D'évaluer la formation médicale continue ;

« 5^o De donner un avis au ministre chargé de la santé sur toutes les questions concernant la formation médicale continue.

« Chaque conseil national dresse dans un rapport annuel le bilan de la formation médicale continue dans son domaine de compétence. Ces rapports sont rendus publics.

« *Art. L. 4133-3.* – Les conseils nationaux mentionnés à l'article L. 4133-2 comprennent notamment des représentants de l'ordre des médecins, des unités de formation et de recherche médicale, des syndicats représentatifs des catégories de médecins concernés, des organismes de formation, des personnalités qualifiées ainsi qu'un représentant du ministre chargé de la santé qui siège avec voix consultative.

« Les membres de ces conseils sont nommés par le ministre chargé de la santé, sur proposition des organismes qui les constituent.

« La durée du mandat des membres des conseils nationaux est de cinq ans. Un président est nommé au sein de chaque conseil par le ministre chargé de la santé, parmi les membres de ces conseils.

« Le comité de coordination de la formation médicale continue est composé à parts égales de représentants désignés par chacun des conseils nationaux de formation médicale continue, et par le conseil national mentionné à l'article L. 6155-2, ainsi que de représentants du ministre chargé de la santé.

« *Art. L. 4133-4.* – Les conseils régionaux de la formation médicale continue des médecins libéraux et des médecins salariés non hospitaliers ont pour mission :

« 1^o De déterminer les orientations régionales de la formation médicale continue en cohérence avec celles fixées au plan national ;

« 2^o De valider, tous les cinq ans, le respect de l'obligation de formation définie à l'article L. 4133-1 ;

« 3^o De procéder à une conciliation en cas de manquement à l'obligation de formation continue définie à l'article L. 4133-1 et de saisir, en cas d'échec de cette conciliation, la chambre disciplinaire de l'ordre des médecins.

« Les conseils régionaux adressent chaque année un rapport sur leurs activités aux conseils nationaux correspondants. Ce rapport est rendu public.

« *Art. L. 4133-5.* – Les conseils régionaux mentionnés à l'article L. 4133-4 regroupent, pour chaque région, des représentants des mêmes catégories que celles composant les conseils nationaux.

« Les membres de ces conseils sont nommés par le représentant de l'Etat dans la région, sur proposition des organismes qui les constituent. La durée du mandat des membres des conseils régionaux est de cinq ans. Un président est nommé au sein de chaque conseil par le représentant de l'Etat dans la région, parmi les membres de ces conseils.

« Les conseils régionaux peuvent se regrouper en conseils interrégionaux, dont les membres sont nommés par les représentants de l'Etat dans les régions intéressées.

« *Art. L. 4133-6.* – Un Fonds national de la formation médicale continue, doté de la personnalité morale, est placé auprès du ministre chargé de la santé.

« Ce fonds reçoit des dotations publiques et participe au financement des conseils nationaux et régionaux et des actions de formation mentionnées à l'article L. 4133-1. Il est administré par un conseil composé, en nombre égal, de délégués des conseils nationaux de formation médicale continue et du conseil national mentionné à l'article L. 6155-2, et de représentants de l'Etat. Il est présidé par un représentant du ministre chargé de la santé.

« Les agents du Fonds national de la formation médicale continue sont régis par les dispositions des articles L. 5323-1 à L. 5323-4.

« *Art. L. 4133-7.* – Les employeurs publics et privés de médecins salariés mentionnés à l'article L. 4133-2 sont tenus de prendre les dispositions permettant à ces médecins d'assumer leur obligation de formation dans les conditions fixées par le présent code.

« Pour les employeurs visés à l'article L. 950-1 du code du travail, les actions de formation sont financées dans le cadre des dispositions prévues aux articles L. 951-1 et L. 952-2 du même code.

« Pour les agents sous contrat de droit public ou titulaires des fonctions publiques d'Etat et territoriale, les actions sont financées dans le cadre de la formation professionnelle selon les dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

« *Art. L. 4133-8.* – Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent chapitre, notamment la composition des conseils nationaux et des conseils régionaux de la formation médicale continue, les principes généraux que devront appliquer les conseils nationaux pour fixer les critères d'agrément des organismes formateurs, les modalités d'organisation de la validation de l'obligation de formation ainsi que les modalités du contrôle de l'Etat sur le Fonds national de la formation médicale continue. »

« 2^o L'article L. 4133-9 est abrogé.

« II. – Le titre V du livre I^{er} de la sixième partie du même code est complété par un chapitre V ainsi rédigé :

« CHAPITRE V

« Formation continue

« Art. L. 6155-1. – Les médecins, biologistes, odontologistes et les pharmaciens exerçant leurs fonctions dans les établissements publics de santé, ainsi que ceux exerçant leurs fonctions dans les établissements de santé privés participant au service public hospitalier sont soumis à une obligation de formation continue dans les conditions fixées aux premier et troisième alinéas de l'article L. 4133-1.

« Art. L. 6155-2. – Le Conseil national de la formation continue des personnels mentionnés à l'article L. 6155-1, dont les conditions de fonctionnement et les missions sont identiques à celles des conseils mentionnés aux articles L. 4133-2 et L. 4133-3, comprend notamment des représentants des ordres des professions médicales et de l'ordre des pharmaciens, des unités de formation et de recherche et des syndicats représentatifs concernés, des personnalités qualifiées, ainsi que des représentants des commissions médicales d'établissement et des organismes de formation. Un représentant du ministre chargé de la santé assiste aux séances du conseil avec voix consultative.

« Le conseil national dresse dans un rapport annuel le bilan de la formation continue dans son domaine de compétence. Ce rapport est rendu public.

« Art. L. 6155-3. – Les conseils régionaux de la formation continue des personnels mentionnés à l'article L. 6155-1 regroupent, pour chaque région, des représentants des mêmes catégories que celles composant le conseil national, nommés par le représentant de l'Etat dans la région sur proposition des organismes constituant ces conseils. Leurs conditions de fonctionnement et leurs missions sont identiques à celles des conseils régionaux mentionnés aux articles L. 4133-4 et L. 4133-5.

« Les conseils régionaux adressent chaque année un rapport sur leurs activités au conseil national. Ce rapport est rendu public.

« Art. L. 6155-4. – Les établissements de santé publics consacrent à la formation continue de leurs médecins, biologistes, pharmaciens et odontologistes, telle qu'elle est organisée par les statuts de ces personnels, des crédits dont le montant ne peut être inférieur à un pourcentage, fixé par décret, de la masse salariale brute hors charges de ces personnels.

« Des établissements publics de santé peuvent s'associer pour financer des actions de formation communes pour leurs médecins, biologistes, pharmaciens et odontologistes.

« Art. L. 6155-5. – Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat, notamment la composition du conseil national mentionné à l'article L. 6155-2 et des conseils régionaux mentionnés à l'article L. 6155-3, et les modalités d'organisation de la validation de l'obligation de formation continue. »

« III. – Le titre III du livre II de la quatrième partie du même code est complété par un chapitre VI ainsi rédigé :

« CHAPITRE VI

« Formation

« Art. L. 4236-1. – La formation continue, qui a pour objectif l'entretien et le perfectionnement des connaissances, constitue une obligation pour tout pharmacien tenu pour exercer son art de s'inscrire au tableau de l'ordre.

« Cette obligation est satisfaite, dans les conditions prévues par le présent chapitre, sauf pour les pharmaciens exerçant dans les établissements de santé visés à l'article L. 6155-1.

« La méconnaissance de cette obligation est de nature à entraîner des sanctions disciplinaires.

« Art. L. 4236-2. – Le Conseil national de la formation pharmaceutique continue, doté de la personnalité morale, a pour mission :

« 1^o De fixer les orientations nationales de la formation pharmaceutique continue ;

« 2^o De déterminer les exigences minimales de formation et les moyens pour y parvenir ;

« 3^o D'évaluer la formation pharmaceutique continue ;

« 4^o De définir les moyens de validation du respect de l'obligation définie à l'article L. 4236-1 et les conditions de saisine des instances disciplinaires de l'ordre national des pharmaciens en cas de manquement à cette obligation ;

« 5^o De donner un avis au ministre chargé de la santé sur toutes les questions concernant la formation pharmaceutique continue.

« Le Conseil national dresse dans un rapport annuel le bilan de la formation pharmaceutique continue. Ce rapport est rendu public.

« Art. L. 4236-3. – Le Conseil national de la formation pharmaceutique continue est composé de représentants de l'ordre national des pharmaciens, des organisations syndicales représentatives d'employeurs et de salariés, des unités de formation et de recherche en pharmacie et des organismes de formation, ainsi que d'un représentant du ministre chargé de la santé et d'un représentant du ministre chargé de l'enseignement supérieur.

« La durée du mandat des membres du Conseil national est de quatre ans. Un président et un vice-président sont élus en son sein.

« Art. L. 4236-4. – Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent chapitre, notamment la composition du Conseil national de la formation pharmaceutique continue et ses modalités de fonctionnement et de financement. »

CHAPITRE III

Déontologie des professions et information des usagers du système de santé

« Art. 43. – I. – A l'article L. 4123-5 du code de la santé publique, après les mots : "de l'article L. 4124-6", sont insérés les mots : "et de l'article L. 145-2-1 du code de la sécurité sociale" et les mots : "qui, âgés de trente ans révolus, sont" sont supprimés.

« II. – L'article L. 4126-2 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 4126-2. – Les parties peuvent se faire assister ou représenter. Elles peuvent exercer devant les instances disciplinaires le droit de récusation mentionné à l'article L. 721 du code de justice administrative. »

« III. – L'article L. 4132-4 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 4132-4. – Le conseil national est assisté par un conseiller d'Etat, ayant voix délibérative, qui est nommé par le ministre de la justice ; le cas échéant, un ou plusieurs conseillers d'Etat suppléants sont désignés dans les mêmes conditions. »

« IV. – L'article L. 4132-5 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 4132-5.* – Une chambre disciplinaire nationale, qui connaît en appel des décisions rendues en matière disciplinaire, siège auprès du conseil national. Elle est présidée par un membre du Conseil d'Etat ayant au moins le rang de conseiller d'Etat, désigné conformément à l'article L. 4132-4 ; un ou plusieurs présidents suppléants sont désignés dans les mêmes conditions. Elle comprend douze membres titulaires et un nombre égal de suppléants, de nationalité française, élus selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat, parmi les membres en cours de mandat titulaires ou suppléants des chambres disciplinaires de première instance et parmi les anciens membres de ces catégories ayant siégé durant un mandat, ainsi que parmi les anciens membres des conseils de l'ordre.

« Les membres de la chambre disciplinaire nationale sont élus pour une durée de six ans renouvelables par tiers tous les deux ans, sous réserve des dispositions des articles L. 4124-6 du présent code et L. 145-2-1 du code de la sécurité sociale. Les membres sortants sont rééligibles.

« La chambre siège en formation d'au moins cinq membres.

« Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions de fonctionnement de la chambre disciplinaire nationale. »

« V. – Le 1^o de l'article L. 4132-9 du même code est supprimé ; les 2^o, 3^o et 4^o deviennent respectivement les 1^o, 2^o et 3^o.

« VI. – Les deux derniers alinéas de l'article L. 4132-10 du même code sont supprimés.

« VII. – Le dernier alinéa de l'article L. 4142-2 du même code est ainsi rédigé :

« Le cas échéant, un ou plusieurs conseillers d'Etat suppléants sont désignés dans les mêmes conditions. »

« VIII. – L'article L. 4142-3 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 4142-3.* – Une chambre disciplinaire nationale, qui connaît en appel des décisions rendues en matière disciplinaire, siège auprès du conseil national. Elle comprend six membres titulaires et six membres suppléants de nationalité française, élus dans les conditions fixées à l'article L. 4132-5. Elle est présidée par un membre du Conseil d'Etat ayant au moins le rang de conseiller d'Etat, désigné conformément à l'article L. 4142-2. Un ou plusieurs présidents suppléants sont désignés dans les mêmes conditions. Les modalités de fonctionnement de cette instance sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »

« IX. – Au dernier alinéa de l'article L. 4142-4 du même code, les mots : “des premier et deuxième alinéas” sont supprimés.

« X. – Le 1^o de l'article L. 4142-5 du même code est abrogé. Les 2^o, 3^o et 4^o deviennent respectivement les 1^o, 2^o et 3^o.

« XI. – La dernière phrase de l'article L. 4152-5 du même code est ainsi rédigée :

« Le cas échéant, un ou plusieurs conseillers d'Etat suppléants sont désignés dans les mêmes conditions. »

« XII. – L'article L. 4152-6 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 4152-6.* – Une chambre disciplinaire nationale, qui connaît en appel des décisions rendues en matière disciplinaire, siège auprès du Conseil national. Elle est composée de trois membres titulaires et trois membres suppléants, de nationalité française, élus dans les conditions prévues à l'article L. 4132-5.

« Elle est présidée par un membre du Conseil d'Etat ayant au moins le rang de conseiller d'Etat désigné conformément à l'article L. 4152-5 ; un ou plusieurs présidents suppléants sont désignés dans les mêmes conditions. Les modalités de fonctionnement de cette instance sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »

« XIII. – L'avant-dernier alinéa de l'article L. 4152-7 du même code est supprimé.

« XIV. – Le 1^o de l'article L. 4152-8 du même code est abrogé. Les 2^o, 3^o et 4^o deviennent respectivement les 1^o, 2^o et 3^o.

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

« 1^o Aux articles L. 145, les mots : “du conseil régional de discipline” sont remplacés par les mots : “de la chambre disciplinaire de première instance”, les mots : “conseils interrégionaux de discipline” sont supprimés et les mots : “distincte de la section disciplinaire” sont remplacés par les mots : “de la chambre disciplinaire nationale” ;

« 2^o A l'article L. 145, les mots : “le conseil régional ou interrégional” sont remplacés par les mots : “la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance” ;

« 3^o Au troisième alinéa de l'article L. 145-2-1, à l'article L. 145-3, à la première phrase de l'article L. 145-6 et à l'article L. 145, les mots : “du conseil régional ou interrégional” sont remplacés par les mots : “de la chambre disciplinaire de première instance”.

« XVI. – Les dispositions du présent article, à l'exception du II, entreront en vigueur dès la proclamation des résultats des élections de l'ensemble des chambres disciplinaires. L'élection des membres de la chambre disciplinaire nationale interviendra dans les six mois suivant la date de publication du décret mentionné à l'article L. 4132-5 du code de la santé publique dans sa rédaction issue de la présente loi. »

« Art. 44. – Le chapitre I^{er} du titre II du livre II de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 4221-18 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4221-18.* – En cas d'urgence, lorsque la poursuite par un pharmacien de son exercice expose les patients à un danger grave, le représentant de l'Etat dans le département prononce la suspension immédiate du droit d'exercer pour une durée maximale de cinq mois. Il entend l'intéressé au plus tard dans un délai de trois jours suivant la décision de suspension.

« Le représentant de l'Etat dans le département saisit sans délai de sa décision le conseil régional ou le conseil central compétent de l'ordre des pharmaciens. Celui-ci statue dans un délai de deux mois à compter de sa saisine. En l'absence de décision dans ce délai, l'affaire est portée devant le conseil national qui statue dans un délai de deux mois. A défaut de décision dans ce délai, la mesure de suspension prend fin automatiquement.

« Le représentant de l'Etat dans le département informe également les organismes d'assurance maladie dont dépend le professionnel concerné par sa décision.

« Le représentant de l'Etat dans le département peut à tout moment mettre fin à la suspension qu'il a prononcée lorsqu'il constate la cessation du danger. Il en informe le conseil régional ou le conseil central compétent, ainsi que les organismes d'assurance maladie.

« Le pharmacien dont le droit d'exercer a été suspendu selon la procédure prévue au présent article peut exercer un recours contre la décision du représentant de l'Etat dans le département devant le tribunal administratif, qui statue en référé dans un délai de quarante-huit heures.

Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.

« Le présent article n'est pas applicable aux pharmaciens qui relèvent des dispositions de la loi n° 72-662 du 13 juillet 1972 portant statut général des militaires. »

« Art. 44 *bis*. - Le chapitre III du titre II du livre II de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 4223-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 4223-4. - Toute personne qui se sera prévalu de la qualité de pharmacien sans en remplir les conditions exigées par l'article L. 4221-1 est passible des sanctions prévues à l'article 433-17 du code pénal. »

« Art. 45. - I. - Le huitième alinéa (7°) de l'article L. 4231-4 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« 7° De huit pharmaciens inscrits au tableau de la section D, élus, dont au moins trois pharmaciens hospitaliers ; ».

« II. - Dans le troisième alinéa de l'article L. 4233-3 du même code, les mots : « la désignation de suppléants en nombre égal à la moitié du nombre des titulaires » sont remplacés par les mots : « la désignation d'un suppléant pour chaque titulaire. »

« Art. 45 *bis*. - La seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 4232-14 du code de la santé publique est supprimée. »

« Art. 47. - Des élections en vue du renouvellement de l'ensemble des membres des conseils régionaux, centraux et national des pharmaciens seront organisées selon les modalités fixées par la présente loi ; leurs dates seront fixées par arrêté conformément aux dispositions de l'article L. 4233-3 du code de la santé publique.

« A cet effet, les présidents des conseils centraux et régionaux établissent la liste électorale des pharmaciens relevant de chaque section conformément aux dispositions de l'article L. 4232-1 du même code.

« Le mandat des membres des conseils régionaux, centraux et national des pharmaciens est prolongé jusqu'à la proclamation des résultats des élections précitées. »

« Art. 48 *bis*. - Après l'article L. 4234-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4234 :

« Art. L. 4234-1-1. - En cas de faute professionnelle, les particuliers peuvent, dans des conditions déterminées par décret, saisir le conseil régional ou central compétent. »

« Art. 49. - Le livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par un titre IX ainsi rédigé :

« TITRE IX

« ORGANISATION DE CERTAINES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

« CHAPITRE I^{er}

« Conseil des professions d'infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, orthophoniste et orthoptiste. - Dispositions générales

« Art. L. 4391-1. - Il est institué un conseil groupant obligatoirement les personnes exerçant en France, à titre libéral, les professions d'infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, orthophoniste et orthoptiste. Ce conseil est doté de la personnalité morale.

« Art. L. 4391-2. - Le conseil contribue à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins dispensés par ses membres.

« Il participe à cet effet à l'évaluation des pratiques professionnelles, à l'élaboration, à la diffusion et au respect des règles de bonnes pratiques paramédicales et veille au maintien des connaissances professionnelles. A ce titre, l'assemblée interprofessionnelle nationale rédige un rapport sur les conditions de formation continue des membres des professions relevant du conseil.

« Il assure l'information de ses membres et des usagers du système de santé et veille à la protection de ces derniers en contrôlant l'exercice libéral de la profession. A cet effet, il veille au respect, par ses membres, des principes de moralité, de probité et de compétence indispensables à l'exercice de la profession, ainsi qu'à l'observation de leurs droits et devoirs professionnels et des règles prévues par le code de déontologie mentionné à l'article L. 4398-1.

« Art. L. 4391-3. - Le conseil est composé au niveau régional, de collèges professionnels, d'une assemblée interprofessionnelle et d'une chambre disciplinaire de première instance et, au niveau national, d'une assemblée interprofessionnelle, de collèges professionnels et d'une chambre disciplinaire d'appel.

« Art. L. 4391-4. - Le président de l'assemblée interprofessionnelle nationale prévue à l'article L. 4394-1 préside le conseil et le représente dans tous les actes de la vie civile. Il peut déléguer ses pouvoirs à un ou plusieurs membres de l'assemblée interprofessionnelle nationale et, pour les questions relevant de l'organisation au niveau régional, à un ou plusieurs membres de l'assemblée interprofessionnelle régionale.

« Art. L. 4391-5. - La présidence de l'une des instances du conseil et l'exercice de fonctions de direction par délégation du président sont incompatibles avec la présidence d'un syndicat ou association professionnels.

« Art. L. 4391-6. - Les conditions d'application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

« Ce décret détermine notamment les conditions dans lesquelles les professions mentionnées au présent livre peuvent être associées aux travaux des assemblées interprofessionnelles nationale et régionales du conseil.

« CHAPITRE II

« Elections aux instances du conseil

« Art. L. 4392-1. - Les membres des instances régionales et nationales du conseil sont élus pour cinq ans, par collège électoral défini par profession, par les personnes exerçant à titre libéral et inscrites au tableau du conseil.

« Des membres suppléants sont élus dans les mêmes conditions et au cours du même scrutin.

« Sont seuls éligibles les professionnels inscrits sur le tableau du conseil depuis trois ans au moins. Les membres des chambres disciplinaires doivent être élus parmi les personnes de nationalité française.

« Aucune liste de candidats à l'élection à l'assemblée interprofessionnelle ne peut comporter plus de 50 % de candidats inscrits sur l'une des listes de candidats à l'élection aux collèges professionnels.

« Lorsque les membres suppléants ne sont pas en nombre suffisant pour permettre le remplacement des membres titulaires qui ont cessé leurs fonctions pour quelque cause que ce soit, il est procédé à des élections complémentaires. Les membres ainsi élus restent en fonctions jusqu'à la date à laquelle aurait expiré le mandat de ceux qu'ils remplacent.

« Les membres de chacun des collèges professionnels élisent en leur sein, pour cinq ans, le président de leur collège. Les membres de chaque assemblée interprofessionnelle élisent en son sein un président pour un an, de

manière à ce que chacune des professions composant le conseil accède à la présidence au cours du mandat de cinq ans, sauf si une majorité qualifiée se dégage, après accord de chaque collège professionnel national, pour renouveler le mandat du président en fonction.

« *Art. L. 4392-2.* – Les conditions d'application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

« CHAPITRE III

« Attributions et fonctionnement des instances régionales

« *Art. L. 4393-1.* – Le collège professionnel statue sur l'inscription au tableau du conseil. Il exerce, en cas de litige entre professionnels du collège, une mission de conciliation. Il se prononce sur la suspension d'exercice d'un professionnel exerçant à titre libéral en cas de danger lié à une infirmité ou à un état pathologique, après que l'intéressé a été mis en mesure de présenter ses observations. Il notifie ses décisions au représentant de l'Etat dans le département. Il évalue les actions de formation continue.

« Il diffuse auprès des professionnels les règles de bonnes pratiques.

« Il organise des actions d'évaluation des pratiques de ces professionnels, en liaison avec le collège national et avec l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, qui élabore ou valide les méthodes et les référentiels d'évaluation.

« Pour l'exercice de cette mission, le collège a recours à des professionnels habilités à cet effet par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Les professionnels habilités procèdent à la demande des professionnels intéressés à des évaluations individuelles ou collectives des pratiques.

« Lorsque le nombre de membres siégeant au sein du collège est inférieur à la moitié du nombre fixé par décret en Conseil d'Etat, les attributions du collège sont exercées par l'assemblée interprofessionnelle.

« *Art. L. 4393-2.* – L'assemblée interprofessionnelle régionale représente les membres du conseil auprès des autorités compétentes de la région. Elle coordonne l'activité des collèges professionnels. Elle assure, en cas de litige opposant des professionnels relevant de différents collèges ou opposant des usagers à un ou plusieurs professionnels, une mission de conciliation.

« Le représentant de l'Etat dans la région ainsi que des représentants des usagers qu'il a désignés sur proposition des associations agréées mentionnées à l'article L. 1114-1 assistent, avec voix consultative, aux séances de l'assemblée interprofessionnelle régionale.

« L'assemblée interprofessionnelle régionale se réunit au moins quatre fois par an.

« *Art. L. 4393-3.* – La chambre disciplinaire de première instance détient en premier ressort le pouvoir disciplinaire à l'égard des professionnels, dans les conditions fixées par les dispositions du chapitre VII du présent titre.

« Elle comprend, pour chaque profession représentée au sein du conseil, une section composée de quatre membres titulaires et quatre membres suppléants.

« Elle s'adjoint, pour les litiges concernant les relations entre professionnels membres du conseil et usagers, deux représentants de ces derniers désignés par le représentant de l'Etat dans la région, sur des listes présentées par des associations agréées mentionnées à l'article L. 1114-1.

« Lorsque le litige concerne les relations entre des membres du conseil relevant de plusieurs professions, la chambre disciplinaire statue dans une formation mixte composée de deux représentants de chacune des professions concernées.

« La chambre disciplinaire de première instance est présidée par un membre en fonction ou honoraire du corps des conseillers des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel, désigné par le vice-président du Conseil d'Etat. Le cas échéant, un ou des suppléants peuvent être nommés dans les mêmes conditions.

« La chambre disciplinaire statue en formation collégiale comprenant, outre le président, au moins la moitié des membres, sous réserve des exceptions tenant à l'objet de la saisine ou du litige ou à la nature des questions à examiner ou à juger.

« Les décisions sont prises à la majorité des voix. En cas de partage égal des voix, la voix du président est prépondérante.

« Les membres de la chambre disciplinaire ne peuvent siéger à raison de faits dont ils auraient eu à connaître en qualité de membre de la section des assurances sociales mentionnée à l'article L. 145-7-1 du code de la sécurité sociale.

« Les fonctions exercées par les membres des chambres disciplinaires de première instance sont incompatibles avec l'exercice d'autres fonctions dans les assemblées interprofessionnelles et les collèges professionnels.

« Lorsqu'une chambre disciplinaire de première instance se trouve dans l'impossibilité de fonctionner, le président du conseil transmet les plaintes à une ou plusieurs autres chambres qu'il désigne.

« Le président de l'assemblée interprofessionnelle notifie les décisions de la chambre disciplinaire au représentant de l'Etat dans le département.

« *Art. L. 4393-4.* – Lorsque, pour une ou plusieurs professions, le nombre de professionnels exerçant dans la région est inférieur à un seuil fixé par voie réglementaire, les instances régionales sont remplacées par des instances interrégionales, dont les attributions, la composition et les règles de fonctionnement sont identiques à celles des instances régionales.

« *Art. L. 4393-5.* – Les conditions d'application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d'Etat. Ce décret fixe le ressort territorial des instances interrégionales.

« CHAPITRE IV

« Attributions et fonctionnement des instances nationales

« *Art. L. 4394-1.* – L'assemblée interprofessionnelle nationale est consultée par le ministre chargé de la santé sur toutes les questions intéressant les professions constituant le conseil.

« Elle coordonne l'élaboration des règles de bonnes pratiques qu'elle soumet à l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Elle donne un avis sur la démographie des professions relevant du conseil.

« Elle est saisie des recours contre les décisions des collèges professionnels régionaux prévus à l'article L. 4393-1 en matière d'inscription au tableau du conseil et de suspension d'exercice en cas de danger lié à une infirmité ou à un état pathologique. Ce recours n'a pas d'effet suspensif. Les décisions de l'assemblée, prises après avis du collège professionnel compétent, sont susceptibles de recours devant le Conseil d'Etat.

« Elle coordonne l'activité des collèges professionnels nationaux.

« Elle peut déléguer ses pouvoirs à des sections qui se prononcent en son nom.

« Des représentants des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale assistent aux séances de l'assemblée interprofessionnelle avec voix consultative.

« L'assemblée interprofessionnelle nationale se réunit au moins quatre fois par an.

« Art. L. 4394-1-1. - Le collège professionnel représente la profession auprès de l'assemblée interprofessionnelle.

« Il participe à l'élaboration des règles de bonnes pratiques.

« Art. L. 4394-2. - La chambre disciplinaire nationale est saisie en appel des décisions des chambres disciplinaires de première instance.

« Elle est présidée par un membre du Conseil d'Etat ayant au moins le rang de conseiller d'Etat nommé par le vice-président du Conseil d'Etat, qui désigne un ou plusieurs suppléants. Elle comprend pour chaque profession représentée au sein du conseil une section composée de quatre membres titulaires et quatre membres suppléants.

« Elle s'adjoit, pour les litiges concernant les relations entre professionnels et usagers, deux représentants de ces derniers désignés par le ministre chargé de la santé, sur des listes présentées par des associations agréées mentionnées à l'article L. 1114-1.

« Lorsque le litige concerne les relations entre des membres du conseil relevant de plusieurs professions, la chambre disciplinaire statue dans une formation mixte, composée de deux représentants de chacune des professions concernées.

« L'appel a un effet suspensif, sauf lorsque la chambre est saisie en application de l'article L. 4398-3.

« Peuvent interjeter appel, outre l'auteur de la plainte et le professionnel sanctionné, le ministre chargé de la santé, le représentant de l'Etat dans le département, ainsi que le procureur de la République.

« Les décisions rendues par la chambre disciplinaire nationale sont susceptibles de recours en cassation devant le Conseil d'Etat.

« La chambre disciplinaire statue en formation collégiale, comprenant outre le président, au moins la moitié des membres, sous réserve des exceptions tenant à l'objet de la saisine ou du litige ou à la nature des questions à examiner ou à juger.

« Les décisions sont prises à la majorité des voix. En cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante.

« Les fonctions exercées par les membres de la chambre disciplinaire nationale sont incompatibles avec la qualité de membres de collège professionnel ou d'assemblée interprofessionnelle nationale ou régionale.

« Les membres de la chambre disciplinaire nationale ne peuvent siéger à raison de faits dont ils auraient eu à connaître en qualité de membres de la section des assurances sociales mentionnée à l'article L. 145-7-2 du code de la sécurité sociale.

« Art. L. 4394-3. - Les conditions d'application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

« CHAPITRE V

« Dispositions financières et comptables

« Art. L. 4395-1. - L'assemblée interprofessionnelle nationale fixe le montant de la cotisation qui doit être versée au conseil par chacun de ses membres. Elle détermine, en fonction du nombre de personnes inscrites au tableau du conseil, les quotités de cette cotisation qui

doivent lui être versées par les assemblées interprofessionnelles régionales et assure une répartition équitable des ressources entre les régions.

« Art. L. 4395-2. - L'assemblée interprofessionnelle nationale surveille la gestion des instances régionales qui doivent l'informer préalablement de la création et lui rendre compte de la gestion de tous organismes dépendant de ces instances.

« Les comptes du conseil sont certifiés par un commissaire aux comptes.

« CHAPITRE VI

« Inscription au tableau professionnel

« Art. L. 4396-1. - Sous réserve des dispositions de l'article L. 4311-22, nul ne peut exercer à titre libéral l'une des professions mentionnées à l'article L. 4391-1 s'il n'est inscrit sur le tableau tenu par le conseil.

« Pour être inscrit sur le tableau du conseil, l'intéressé doit remplir les conditions suivantes :

« 1^o Justifier de son inscription sur la liste tenue par le représentant de l'Etat dans le département et de l'enregistrement de l'un des diplômes, certificats, titres ou autorisations mentionnés au chapitre I^{er} du titre I^{er}, aux chapitres I^{er} et II du titre II et aux chapitres I^{er} et II du titre IV du présent livre ;

« 2^o Ne pas être atteint d'une infirmité ou d'un état pathologique incompatible avec l'exercice de la profession.

« Les associés des sociétés d'exercice libéral et des sociétés civiles professionnelles doivent demander collectivement l'inscription de la société au tableau du conseil.

« Les décisions des collèges professionnels rendues sur les demandes d'inscription au tableau peuvent faire l'objet d'un recours devant l'assemblée interprofessionnelle nationale par le demandeur ou par le représentant de l'Etat dans le département.

« Art. L. 4396-2. - Le représentant de l'Etat dans le département a un droit permanent d'accès au tableau du conseil et le droit d'en obtenir copie.

« La liste des personnes inscrites au tableau est tenue à jour et mise à la disposition du public. Elle est publiée une fois par an.

« CHAPITRE VII

« Conciliation et discipline

« Art. L. 4397-1. - Les plaintes déposées contre les professionnels mentionnés à l'article L. 4391-1 sont transmises au président de l'assemblée interprofessionnelle régionale. Celui-ci en accuse réception à leur auteur et en informe le professionnel mis en cause. Les parties sont averties qu'elles seront convoquées en vue d'une conciliation par un ou plusieurs conciliateurs qu'il désigne parmi les membres de l'assemblée interprofessionnelle non membres d'un collège professionnel.

« Art. L. 4397-2. - En cas d'échec de la conciliation, le président de l'assemblée interprofessionnelle régionale transmet la plainte à la chambre disciplinaire de première instance.

« Art. L. 4397-3. - La chambre disciplinaire n'est pas compétente pour connaître des plaintes au titre d'une activité salariée. Toutefois, l'employeur informe le président de l'assemblée interprofessionnelle régionale de toute sanction disciplinaire conduisant à une suspension temporaire de plus de quinze jours, à une révocation ou un licenciement pour faute professionnelle. Le président de l'assemblée saisit la chambre disciplinaire de première instance, qui se prononce sur l'interdiction faite à l'intéressé d'exercer la profession à titre libéral.

« *Art. L. 4397-4.* – La chambre disciplinaire de première instance statue dans les six mois à partir du dépôt de la plainte. Toutefois, lorsqu'elle se prononce après saisine par le représentant de l'Etat dans le département en application de l'article L. 4398-3, elle statue dans un délai de deux mois à partir de la transmission de la plainte au conseil. A défaut, le président du conseil peut transmettre la plainte à une autre chambre disciplinaire de première instance qu'il désigne.

« La chambre disciplinaire statue également dans un délai de deux mois lorsqu'elle se prononce sur l'exercice libéral d'un salarié sanctionné par son employeur.

« *Art. L. 4397-5.* – Les parties peuvent se faire assister ou représenter. Elles peuvent exercer devant les instances disciplinaires du conseil le droit de récusation mentionné à l'article L. 721-1 du code de justice administrative.

« *Art. L. 4397-6.* – Selon la gravité du manquement constaté aux obligations mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 4391-2, la chambre disciplinaire peut prononcer l'une des sanctions suivantes :

« 1^o L'avertissement ;

« 2^o Le blâme, avec ou sans publication ;

« 3^o L'interdiction temporaire, avec ou sans sursis, d'exercer la profession à titre libéral ;

« 4^o La radiation du tableau du conseil.

« Si, pour des faits commis dans un délai de cinq ans à compter de la notification d'une sanction assortie du sursis, dès lors que cette sanction est devenue définitive, la juridiction prononce la sanction de l'interdiction temporaire d'exercer, elle peut décider que la sanction, pour la partie assortie du sursis, devient exécutoire sans préjudice de l'application de la nouvelle sanction.

« Les deux premières des sanctions ci-dessus mentionnées comportent en outre la privation du droit de faire partie d'une instance du conseil pendant une durée de trois ans. Pour l'interdiction temporaire d'exercice, la privation de ce droit est définitive.

« Après qu'un intervalle de trois ans se sera écoulé depuis une décision définitive de radiation du tableau du conseil, le professionnel frappé de cette sanction pourra être relevé de l'incapacité en résultant par une décision de la chambre disciplinaire de première instance qui a prononcé la sanction. Lorsque la demande aura été rejetée après examen au fond, elle ne pourra être représentée qu'après un nouveau délai de trois années.

« *Art. L. 4397-7.* – L'exercice de l'action disciplinaire du conseil ne met obstacle :

« 1^o Ni aux poursuites que le ministère public ou les particuliers peuvent intenter devant les tribunaux répressifs dans les termes du droit commun ;

« 2^o Ni aux actions civiles en réparation d'un délit ou d'un quasi-délit ;

« 3^o Ni aux instances qui peuvent être engagées pour non-respect de la législation relative à la sécurité sociale.

« *Art. L. 4397-8.* – Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent chapitre et notamment celles relatives au respect de la procédure contradictoire.

« CHAPITRE VIII

« *Autres dispositions communes aux membres du conseil*

« *Art. L. 4398-1.* – Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'assemblée interprofessionnelle nationale et des collèges professionnels nationaux, fixe les règles du

code de déontologie applicables aux membres des professions qui en relèvent en tenant compte des spécificités de l'exercice de chacune d'entre elles.

« *Art. L. 4398-2.* – Les élections aux instances du conseil peuvent être déferées devant le tribunal administratif par les professionnels ayant droit de vote et par le représentant de l'Etat dans le département dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat.

« *Art. L. 4398-3.* – En cas d'urgence, lorsque la poursuite, par un des membres du conseil, de son exercice professionnel expose ses patients à un danger grave, le représentant de l'Etat dans le département prononce la suspension immédiate du droit d'exercer pour une durée maximale de cinq mois. Il saisit sans délai de sa décision le président de l'assemblée interprofessionnelle régionale du conseil. Le représentant de l'Etat dans le département entend l'intéressé au plus tard dans un délai de trois jours suivant la décision de suspension.

« Le président de l'assemblée interprofessionnelle régionale saisit le collège concerné si le danger est lié à une infirmité ou un état pathologique du professionnel, ou la chambre disciplinaire de première instance dans les autres cas. Le collège ou la chambre disciplinaire de première instance statue dans le délai de deux mois. En l'absence de décision dans ce délai, l'affaire est portée devant l'assemblée interprofessionnelle nationale ou la chambre disciplinaire nationale qui statue dans un délai de deux mois. A défaut de décision dans ce délai, la mesure de suspension prend fin automatiquement.

« Le représentant de l'Etat dans le département informe également les organismes d'assurance maladie dont dépend le professionnel concerné par sa décision.

« Le représentant de l'Etat dans le département peut à tout moment mettre fin à la suspension qu'il a prononcée lorsqu'il constate la cessation du danger. Il en informe le président de l'assemblée interprofessionnelle compétente et le président du collège professionnel ou de la chambre disciplinaire compétents, ainsi que les organismes d'assurance maladie.

« Le professionnel dont le droit d'exercer a été suspendu selon la procédure prévue au présent article peut exercer un recours contre la décision du représentant de l'Etat dans le département devant le tribunal administratif, qui statue en référé dans un délai de quarante-huit heures.

« Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.

« *Art. L. 4398-4.* – L'Inspection générale des affaires sociales est compétente pour contrôler le fonctionnement et la gestion du conseil.

« *Art. L. 4398-5.* – Les conditions d'application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »

« Art. 50. – Le livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

« I. – Le chapitre I^{er} du titre I^{er} est ainsi modifié :

« 1^o La première phrase du premier alinéa de l'article L. 4311-15 est complétée par les mots : "qui enregistre son diplôme, certificat, titre ou autorisation" ;

« 2^o Le même alinéa de l'article L. 4311-15 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Pour exercer sa profession, il doit en outre être inscrit au tableau du conseil mentionné à l'article L. 4391-1. » ;

« 3^o Au premier alinéa de l'article L. 4311, les mots : "des articles L. 4311-24 ou L. 4311-26" sont remplacés par les mots : "des articles L. 4311-26, L. 4393-1 ou L. 4398-3" et au deuxième alinéa du même article, les mots : "par décision de la juridiction disciplinaire prévue

aux articles L. 4313-1 et suivants” sont remplacés par les mots : “par décision du représentant de l’Etat dans le département” ;

« 4^o A l’article L. 4311, les mots : “saisit le tribunal de grande instance qui se prononce dans les conditions prévues à l’article L. 4311-24” sont remplacés par les mots : “refuse l’inscription sur la liste” ;

« 5^o Au dernier alinéa de l’article L. 4311-22, les mots : “aux dispositions des articles L. 4312-1 et L. 4313-1” sont remplacés par les mots : “aux dispositions de l’article L. 4312-1” ;

« 6^o A l’article L. 4311, les mots : “, après avis de la commission régionale de discipline,” sont supprimés ;

« 7^o A l’article L. 4311, les mots : “, et après avis de la commission régionale de discipline,” sont supprimés ;

« 8^o L’article L. 4311-26 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 4311-26.* – L’employeur amené à prendre une mesure de licenciement, révocation ou suspension d’activité d’une infirmière ou d’un infirmier salarié dont l’exercice professionnel expose les patients à un danger grave en informe sans délai le représentant de l’Etat dans le département.

« En cas d’urgence, lorsque la poursuite par une infirmière ou un infirmier de son exercice professionnel expose ses patients à un danger grave, le représentant de l’Etat dans le département prononce la suspension immédiate du droit d’exercer pour une durée maximale de cinq mois. Il informe sans délai l’employeur de sa décision, que celui-ci ait été ou non à l’origine de sa saisine. Le représentant de l’Etat dans le département entend l’intéressé au plus tard dans un délai de trois jours suivant la décision de suspension. » ;

« Le deuxième alinéa du présent article n’est pas applicable aux infirmiers et infirmières qui relèvent des dispositions de la loi n^o 72-662 du 13 juillet 1972 portant statut général des militaires. »

« 9^o Au début de l’article L. 4311, “Lorsqu’elle est motivée par une infirmité ou un état pathologique, ” ;

« 10^o Le chapitre est complété par un article L. 4311-29 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4311-29.* – Un décret en Conseil d’Etat fixe, en tant que de besoin, les conditions d’application du présent chapitre. »

« II. – Le chapitre III du titre I^{er} est abrogé.

« III. – Le chapitre I^{er} du titre II est ainsi modifié :

« 1^o A l’article L. 4321, les mots : “et inscrites au tableau de l’ordre des kinésithérapeutes” sont supprimés ;

« 2^o L’article L. 4321-10 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 4321-10.* – Les masseurs-kinésithérapeutes ne peuvent exercer leur profession, à l’exception de ceux qui relèvent du service de santé des armées, que s’ils sont inscrits sur une liste dressée par le représentant de l’Etat dans le département de leur résidence professionnelle, qui enregistre leurs diplômes, certificats, titres ou autorisations. L’inscription mentionne la ou les catégories dans lesquelles le masseur-kinésithérapeute exerce, à titre libéral, ou en tant que salarié du secteur public ou du secteur privé.

« Les dispositions des trois derniers alinéas de l’article L. 4311-15 et celles des articles L. 4311-16 à L. 4311-21, L. 4311-26 et L. 4311-27 leur sont applicables. » ;

« 2^{o bis} L’article L. 4321-11 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 4321-11.* – Pour exercer leur profession à titre libéral, les masseurs-kinésithérapeutes doivent être inscrits au tableau du conseil mentionné à l’article L. 4391-1.

« 3^o L’article L. 4321-20 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 4321-20.* – Les dispositions des articles L. 4113-5, L. 4113-6 et L. 4113-8 sont applicables aux masseurs-kinésithérapeutes.

« Toutefois, pour l’application de l’article L. 4113-6, les conventions passées entre les professionnels et les entreprises sont soumises pour avis au collège professionnel régional du conseil mentionné à l’article L. 4391-1. »

« 4^o L’article L. 4321-21 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 4321-21.* – Un décret en Conseil d’Etat fixe les modalités d’application du présent chapitre. » ;

« 5^o Les articles L. 4321-9, L. 4321-13 à L. 4321-19 et L. 4321-22 sont abrogés.

« IV. – Le chapitre II du titre II est ainsi modifié :

« 1^o L’article L. 4322-2 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 4322-2.* – Les pédicures-podologues ne peuvent exercer leur profession, à l’exception de ceux qui relèvent du service de santé des armées, que s’ils sont inscrits sur une liste dressée par le représentant de l’Etat dans le département de leur résidence professionnelle, qui enregistre leurs diplômes, certificats, titres ou autorisations. L’inscription mentionne la ou les catégories dans lesquelles le pédicure-podologue exerce, à titre libéral, ou en tant que salarié du secteur public ou du secteur privé.

« Les dispositions des trois derniers alinéas de l’article L. 4311-15 et celles des articles L. 4311-16 à L. 4311-21, L. 4311-26 et L. 4311-27 leur sont applicables. » ;

« 1^{o bis} Après l’article L. 4322-2 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4322-2-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4322-2-1.* – Pour exercer leur profession à titre libéral, les pédicure-podologue doivent être inscrits au tableau du conseil mentionné à l’article L. 4391-1. » ;

« 2^o Les articles L. 4322-7 à L. 4322-16 sont abrogés.

« V. – L’article L. 4341-2 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 4341-2.* – Les orthophonistes ne peuvent exercer leur profession, à l’exception de ceux qui relèvent du service de santé des armées, que s’ils sont inscrits sur une liste dressée par le représentant de l’Etat dans le département de leur résidence professionnelle, qui enregistre leurs diplômes, certificats, titres ou autorisations. L’inscription mentionne la ou les catégories dans lesquelles l’orthophoniste exerce, à titre libéral, ou en tant que salarié du secteur public ou du secteur privé.

« Les dispositions des trois derniers alinéas de l’article L. 4311-15 et celles des articles L. 4311-16 à L. 4311-21, L. 4311-26 et L. 4311-27 leur sont applicables. » ;

« V bis. – Après l’article L. 4341-2, il est inséré un article L. 4341-2, il est inséré un article L. 4341-2-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4341-2-1.* – Pour exercer leur profession à titre libéral, les orthophonistes doivent être inscrits au tableau du conseil mentionné à l’article L. 4391-1. »

« VI. – L’article L. 4342-2 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 4342-2.* – Les orthoptistes ne peuvent exercer leur profession, à l’exception de ceux qui relèvent du service de santé des armées, que s’ils sont inscrits sur une liste dressée par le représentant de l’Etat dans le département de leur résidence professionnelle, qui enregistre leurs diplômes, certificats, titres ou autorisations. L’inscription mentionne la ou les catégories dans lesquelles l’orthoptiste exerce, à titre libéral, ou en tant que salarié du secteur public ou du secteur privé.

« Les dispositions des trois derniers alinéas de l’article L. 4311-15 et celles des articles L. 4311-16 à L. 4311-21, L. 4311-26 et L. 4311-27 leur sont applicables. »

« VII. – Après l’article L. 4342-2, il est inséré un article L. 4342-2-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 4342-2-1. – Pour exercer leur profession à titre libéral, les orthoptistes doivent être inscrits au tableau du conseil mentionné à l'article L. 4391-1. »

« Art. 51. – I. – Pour les élections nécessaires à la mise en place du conseil des professions d'infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, orthophoniste et orthoptiste sont électeurs et éligibles les membres de ces professions inscrits sur la liste dressée par le représentant de l'Etat dans le département de résidence professionnelle. Ces élections sont organisées par le représentant de l'Etat dans la région.

« II. – Les dispositions des articles 49 et 50 entrent en vigueur deux mois après que les présidents de toutes les instances du conseil auront été élus. Toutefois, celles de ces dispositions qui portent modification des articles L. 4311-24, L. 4311-25, L. 4321-10, L. 4322-2, L. 4341-2 et L. 4342-2 et abrogation des articles L. 4321-9, L. 4321-13 à L. 4321-19, L. 4321-22 et L. 4322-7 à L. 4322-16 du code de la santé publique entrent en vigueur dès la publication de la présente loi.

« III. – Les infirmiers et infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes exerçant à titre libéral disposent d'un délai de six mois à compter de la date de la dernière élection des présidents du conseil mentionné à l'article L. 4391-1 du même code pour demander leur inscription au tableau de ce conseil.

« IV. – Dans un délai de trois ans à compter de la date de la dernière élection des présidents du conseil des professions d'infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, orthophoniste et orthoptiste, le Gouvernement présentera au Parlement un bilan de fonctionnement du conseil. »

« Art. 52. – Le chapitre V du titre IV du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« I. – A l'article L. 145, les mots : "auxiliaires médicaux", sont insérés les mots : "autres que ceux visés à l'article L. 4391-1 du code de la santé publique".

« II. – Dans la section 1, sont insérées une sous-section 1, intitulée : "Dispositions générales relatives aux médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes" comprenant les articles L. 145-1 à L. 145-5, et une sous-section 2 ainsi rédigé :

« Sous-section 2

« Dispositions générales relatives à certaines professions paramédicales

« Art. L. 145-5-1. – Les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession, relevés à l'encontre des professionnels relevant du conseil mentionné à l'article L. 4391-1 du code de la santé publique à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux, sont soumis en première instance à une section de la chambre disciplinaire de première instance du conseil mentionnée à l'article L. 4393-3 du même code, dite "section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil" et, en appel, à une section de la chambre disciplinaire nationale du conseil mentionnée à l'article L. 4394-2 du même code, dite "section des assurances sociales de la chambre disciplinaire nationale du conseil".

« Art. L. 145-5-2. – Les sanctions susceptibles d'être prononcées par la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil ou par la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire nationale du conseil sont :

« 1^o L'avertissement ;

« 2^o Le blâme, avec ou sans publication ;

« 3^o L'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de donner des soins aux assurés sociaux ;

« 4^o Dans le cas d'abus d'honoraires, le remboursement à l'assuré du trop-perçu ou le reversement aux organismes de sécurité sociale du trop-remboursé, même s'il n'est prononcé aucune des sanctions prévues ci-dessus.

« La section des assurances sociales peut assortir les sanctions prévues ci-dessus de leur publication dont elle fixe les modalités.

« Si, pour des faits commis dans un délai de cinq ans à compter de la notification d'une sanction assortie du sursis, dès lors que cette sanction est devenue définitive, la juridiction prononce la sanction mentionnée au 3^o, elle peut décider que la sanction, pour la partie assortie du sursis, devient exécutoire sans préjudice de l'application de la nouvelle sanction.

« Les sanctions prévues au présent article ne sont pas cumulables avec les sanctions prévues à l'article L. 4397-6 du code de la santé publique lorsqu'elles ont été prononcées à l'occasion des mêmes faits. Si les juridictions compétentes prononcent des sanctions différentes, la sanction la plus forte peut être seule mise à exécution.

« Les décisions devenues définitives ont force exécutoire. Elles doivent, dans le cas prévu au 3^o, ou si le jugement le prévoit, faire l'objet d'une publication par les soins des organismes de sécurité sociale.

« Art. L. 145-5-3. – Les sanctions prévues aux 1^o et 2^o de l'article L. 145-5-2 entraînent la privation du droit de faire partie des instances nationales ou régionales du conseil pendant une durée de trois ans. La sanction prévue au 3^o du même article, qu'elle soit ou non assortie du sursis, ainsi que la sanction prévue au 4^o de cet article, entraînent la privation de ce droit à titre définitif.

« Après qu'un intervalle de trois ans se sera écoulé depuis une décision définitive d'interdiction permanente du droit de donner des soins aux assurés sociaux, le professionnel frappé de cette sanction pourra être relevé de l'incapacité en résultant par une décision de la section de la chambre disciplinaire de première instance qui a prononcé la sanction.

« Lorsque la demande aura été rejetée après examen au fond, elle ne pourra être représentée qu'après un nouveau délai de trois années.

« Art. L. 145-5-4. – Tout professionnel qui contrevient aux décisions de l'assemblée interprofessionnelle du conseil ou de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ou de la chambre disciplinaire de première instance du conseil, ou de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire nationale ou de la chambre disciplinaire nationale du conseil, en donnant des soins à un assuré social alors qu'il est privé du droit de le faire, est tenu de rembourser à l'organisme de sécurité sociale le montant de toutes les prestations que celui-ci a été amené à payer audit assuré social du fait des soins que le professionnel de santé a donnés.

« Art. L. 145-5-5. – Les décisions rendues par les sections des assurances sociales de la chambre disciplinaire nationale du conseil ne sont susceptibles de recours que devant le Conseil d'Etat, par la voie du recours en cassation. »

« III. – Dans la section 2, sont insérées une sous-section 1, intitulée : "Organisation des juridictions relatives aux médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes", comprenant les articles L. 145-6 et L. 145-7, et une sous-section 2 ainsi rédigé :

« Sous-section 2

« Organisation des juridictions relatives à certaines professions paramédicales

« Art. L. 145-7-1. – La section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil est une juridiction. Elle est présidée par un membre du corps des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel désigné par le vice-président du Conseil d'Etat. Un ou plusieurs présidents suppléants peuvent être nommés dans les mêmes conditions.

« Elle comprend un nombre égal d'assesseurs, inscrits au tableau du conseil et d'assesseurs praticiens conseils, représentant des organismes de sécurité sociale, nommés par l'autorité compétente de l'Etat. Les assesseurs membres du conseil sont désignés par la chambre disciplinaire de première instance en son sein.

« La section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance siège en formation différente selon les professions concernées.

« Art. L. 145-7-2. – La section des assurances sociales de la chambre disciplinaire nationale est présidée par un conseiller d'Etat nommé en même temps qu'un ou plusieurs conseillers d'Etat suppléants, par le garde des Sceaux, ministre de la justice. Elle comprend un nombre égal d'assesseurs membres du conseil et d'assesseurs praticiens conseils, représentant des organismes de sécurité sociale, nommés par l'autorité compétente de l'Etat sur proposition de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

« Les assesseurs membres du conseil sont désignés par la chambre disciplinaire nationale du conseil parmi les membres et anciens membres de la chambre.

« La section des assurances sociales de la chambre disciplinaire nationale siège en formation différente selon les professions concernées.

« Art. L. 145-7-3. – Les membres de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ou de la chambre disciplinaire nationale ne peuvent siéger à raison de faits dont ils auraient eu à connaître en qualité de membres de la chambre disciplinaire. »

« IV. – Dans la section 3, sont insérées une sous-section 1, intitulée : "Procédure relative aux médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes", comprenant les articles L. 145-8 et L. 145-9, et une sous-section 2 ainsi rédigée :

« Sous-section 2

« Procédure relative à certaines professions paramédicales

« Art. L. 145-9-1. – La procédure devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil mentionné à l'article L. 4391-1 du code de la santé publique et devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire nationale du conseil est contradictoire.

« Art. L. 145-9-2. – Le président de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance et le président de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire nationale du conseil peuvent, par ordonnance, donner acte des désistements, rejeter une requête ne relevant manifestement pas de la compétence de leur juridiction, constater qu'il n'y a pas lieu de statuer sur une requête, rejeter les conclusions entachées d'une irrecevabilité manifeste non susceptible d'être couverte en cours d'instance et statuer sur les requêtes qui ne présentent plus à juger de questions autres que la condamnation prévue à l'article L. 761-1 du

code de justice administrative, la charge des dépens ou la fixation des dates d'exécution des sanctions mentionnées à l'article L. 145-5-2. »

« V. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur à compter du jour de la proclamation des résultats des élections de l'ensemble des chambres disciplinaires du conseil mentionné à l'article L. 4391-1 du code de la santé publique. »

« Art. 52 bis. – L'usage professionnel du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur est réservé aux personnes titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique à l'ostéopathie ou à la chiropraxie délivrée par un établissement de formation agréé par le ministre chargé de la santé dans des conditions fixées par décret. Le programme et la durée des études préparatoires et des épreuves après lesquelles peut être délivré ce diplôme sont fixés par voie réglementaire.

« S'il s'agit d'un diplôme délivré à l'étranger, il doit conférer à son titulaire une qualification reconnue analogue, selon des modalités fixées par décret.

« Les praticiens en exercice, à la date d'application de la présente loi, peuvent se voir reconnaître le titre d'ostéopathe ou de chiropracteur s'ils satisfont à des conditions de formation ou d'expérience professionnelle analogues à celles des titulaires du diplôme mentionné au premier alinéa. Ces conditions sont déterminées par décret.

« Toute personne faisant un usage professionnel du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur est soumise à une obligation de formation continue, dans des conditions définies par décret. L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé est chargée d'élaborer et de valider des recommandations de bonnes pratiques. Elle établit une liste de ces bonnes pratiques à enseigner dans les établissements de formation délivrant le diplôme mentionné au premier alinéa.

« Un décret établit la liste des actes que les praticiens justifiant du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur sont autorisés à effectuer, ainsi que les conditions dans lesquelles ils sont appelés à les accomplir.

« Ces praticiens ne peuvent exercer leur profession que s'ils sont inscrits sur une liste dressée par le représentant de l'Etat dans le département de leur résidence professionnelle, qui enregistre leurs diplômes, certificats, titres ou autorisations. »

« Art. 53 bis. – I. – L'article L. 1223-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les activités de laboratoires d'analyses de biologie médicale mentionnées au précédent alinéa sont autorisées par l'autorité compétente de l'Etat dans le département ; cette autorisation vaut autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux au sens de l'article L. 162-21 du code de la sécurité sociale. »

« I bis. – Dans le 5^o de l'article L. 6211-8 du code de la santé publique, les mots "des établissements de transfusion sanguine et" sont supprimés.

« II. – Le chapitre IV du titre VII du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par une section 12 ainsi rédigée :

« Section 12

« Dispositions diverses

« Art. L. 174-19. – Les dépenses afférentes aux activités exercées à titre accessoire mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 1223-1 du code de la santé publique sont

prises en charge par les organismes d'assurance maladie sur la base des tarifs déterminés dans les conditions prévues au chapitre II du titre VI du présent livre. »

« Art. 53 *ter*. – Après l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6323-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 6323-2. – Afin de permettre une concertation sur toutes les dispositions réglementaires qui peuvent concerner les centres de santé, ainsi qu'une réflexion sur les projets innovants sanitaires et sociaux qu'ils pourraient mettre en place, il est créé une instance nationale présidée par le ministre chargé de la santé, regroupant notamment les représentants de l'Etat, des caisses nationales d'assurance maladie, des gestionnaires et des professionnels soignants des centres de santé.

« Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions de fonctionnement ainsi que la liste des membres admis à participer aux travaux de cette instance nationale. »

CHAPITRE IV

Politique de prévention

« Art. 54. – I. – Le titre I^{er} du livre IV de la première partie du code de la santé publique est complété par un chapitre VII ainsi rédigé :

« CHAPITRE VII

« Politique de prévention

« Art. L. 1417-1. – La politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. A travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé.

« La politique de prévention tend notamment :

« 1^o A réduire les risques éventuels pour la santé liés aux multiples facteurs susceptibles de l'altérer, tels l'environnement, le travail, les transports, l'alimentation ou la consommation de produits et de services, y compris de santé ;

« 2^o A améliorer les conditions de vie et à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ;

« 3^o A entreprendre des actions de prophylaxie et d'identification des facteurs de risque ainsi que des programmes de vaccination et de dépistage des maladies ;

« 4^o A promouvoir le recours à des examens biomédicaux et des traitements à visée préventive ;

« 5^o A développer des actions d'information et d'éducation pour la santé ;

« 6^o A développer également des actions d'éducation thérapeutique.

« Art. L. 1417-2. – Dans le cadre des priorités pluriannuelles visées à l'article L. 1411-1, les objectifs et programmes prioritaires nationaux de prévention sont fixés après consultation du Haut conseil de la santé, des caisses nationales d'assurance maladie et de la Conférence nationale de la santé.

« Ils sont transmis pour information aux commissions compétentes du Parlement.

« Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et, entant que de besoin, les ministres concernés par leur application fixent par arrêté le contenu de chacun des programmes, la liste des actes et traitements afférents ainsi que les modalités et spécifications garantissant la qualité des actions mises en œuvre.

« Art. L. 1417-3. – Pour assurer la coordination des actions de prévention et de leur financement, il est créé un comité technique national de prévention, présidé par le ministre de la santé, qui réunit des représentants des ministères concernés, chargés notamment de la santé, de la sécurité sociale, de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports, du travail, de l'environnement et de l'équipement, des établissements mentionnés aux articles L. 1323-1, L. 1413-2, L. 1414-1, L. 1417-4 et L. 5311-1, de l'assurance maladie, des collectivités territoriales et des personnalités qualifiées.

« Art. L. 1417-4. – Un établissement public de l'Etat dénommé « Institut national de prévention et d'éducation pour la santé », a pour missions :

« – d'exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé ;

« – d'assurer le développement de l'éducation pour la santé, y compris de l'éducation thérapeutique, sur l'ensemble du territoire, en tant que mission de service public répondant à des normes quantitatives et qualitatives fixées par décret.

« Cet établissement est placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé. Il met en œuvre, pour le compte de l'Etat, et de ses établissements publics, les programmes de prévention prévus par l'article L. 1417-2.

« L'institut dispose de délégués régionaux.

« Art. L. 1417-5. – En vue de l'accomplissement de ses missions, l'institut :

« 1^o Constitue un réseau national documentaire spécialisé sur les théories et pratiques relatives aux domaines de la prévention et de la promotion de la santé, ouvert au grand public, aux associations et aux professionnels, et met à leur disposition des supports d'information, des outils pédagogiques et méthodologiques d'éducation pour la santé ;

« 2^o Etablit, en lien avec les professionnels concernés, les critères de qualité pour les actions, les outils pédagogiques et les formations d'éducation thérapeutique et d'éducation pour la santé, développe, valide et diffuse les référentiels de bonnes pratiques dans ces domaines ;

« 3^o Emet un avis à la demande du ministre chargé de la santé, ou des ministres concernés, sur tout outil et programme de prévention et de promotion de la santé ;

« 4^o Conçoit et produit les différents supports des programmes nationaux de prévention, d'éducation thérapeutique et d'éducation pour la santé, notamment les documents d'information, outils pédagogiques et campagnes de communication ;

« 5^o Identifie, soutient, effectue ou participe à des formations, études, recherches et évaluations en rapport avec ses missions ;

« 6^o Accrédite les organismes de prévention et de promotion de la santé, publics et privés, qui en font la demande, sur la base d'un cahier des charges rendu public ;

« 7^o Participe à l'action européenne et internationale de la France, notamment au sein des organismes et réseaux internationaux chargés de développer l'éducation thérapeutique, l'éducation pour la santé, la prévention et la promotion de la santé.

« Art. L. 1417-6. – L'institut est administré par un conseil d'administration et dirigé par un directeur général.

« Le conseil d'administration comprend, outre son président, des représentants de l'Etat, de l'assurance maladie, d'organismes ou personnalités qualifiées dans les domaines de compétence de l'institut, des représentants d'usagers et des représentants du personnel.

« Le président du conseil d'administration et le directeur général de l'institut sont nommés par décret sur proposition du ministre chargé de la santé.

« Un conseil scientifique, dont le président est désigné par le ministre chargé de la santé après avis dudit conseil, veille à la cohérence de la politique scientifique de l'institut. Ses membres, dont quatre appartiennent au Haut conseil de la santé, sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé. Son président siège au conseil d'administration de l'institut avec voix consultative.

« Le conseil d'administration délibère sur les orientations stratégiques pluriannuelles, le bilan d'activité annuel, le programme d'investissement, le budget et les comptes, les subventions éventuellement attribuées par l'institut, l'acceptation et le refus de dons et legs.

« L'institut est soumis à un régime administratif, budgétaire, financier et comptable et à un contrôle d'Etat adaptés à la nature particulière de ses missions et définis par le présent chapitre.

« *Art. L. 1417-7.* – L'institut emploie des agents régis par les titres II, III ou IV du statut général des fonctionnaires, des personnels mentionnés aux 1^o et 2^o de l'article L. 6152-1 ou des agents publics régis par des statuts particuliers, en position de détachement ou de mise à disposition.

« Il emploie également des agents contractuels de droit public, avec lesquels il peut conclure des contrats à durée déterminée ou indéterminée. Le conseil d'administration délibère sur un règlement fixant les conditions de leur gestion administrative et financière.

« L'établissement peut également faire appel à des agents contractuels de droit privé. Ces fonctions peuvent être exercées par des agents occupant par ailleurs à titre principal une activité professionnelle libérale.

« *Art. L. 1417-8.* – Les ressources de l'institut sont constituées notamment :

« 1^o Par une subvention de l'Etat ;

« 2^o Par une dotation globale versée dans les conditions prévues par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale. Les modalités de fixation et de révision de la dotation globale sont prévues par décret en Conseil d'Etat ;

« 3^o Par des subventions de collectivités publiques, de leurs établissements publics, des organismes d'assurance maladie, des organismes mutualistes, de la Communauté européenne ou des organisations internationales ;

« 4^o Par des taxes prévues à son bénéfice ;

« 5^o Par des redevances pour services rendus ;

« 6^o Par des produits divers, dons et legs ;

« 7^o Par des emprunts.

« L'institut peut attribuer des subventions dans des conditions prévues par décret.

« *Art. L. 1417-9.* – Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat et notamment :

« 1^o Le régime de l'institut et le contrôle d'Etat auxquels il est soumis, prévus à l'article L. 1417-6 ;

« 2^o Les règles applicables aux agents contractuels de l'institut ;

« 3^o Les modalités de fixation et de révision de la dotation des régimes d'assurance maladie. »

« II. – Les dispositions des articles L. 1417-4 à L. 1417-9 du code de la santé publique entreront en vigueur à la date de publication du décret nommant le directeur général de l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

« A compter de cette date, l'institut est substitué au Comité français d'éducation pour la santé dans l'ensemble de ses droits et obligations, créances et dettes. L'ensemble des biens meubles et immeubles de ce comité est transféré à l'institut en ne donnant lieu à aucune perception de droits, impôts ou taxes. »

« *Art. 54 bis.* – L'article L. 6211-8 du code de la santé publique est ainsi modifié :

« 1^o Au 1^o, après les mots : "des analyses" sont insérés les mots : ", et notamment les tests d'orientation diagnostique entrant dans le cadre de l'action nationale de préservation de l'efficacité des antibiotiques," ;

« 2^o Le 1^o est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La nature des tests mentionnés ci-dessus et, le cas échéant, les conditions techniques de leur réalisation sont précisées par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé et de la Commission nationale permanente de biologie médicale. Les frais d'acquisition des dispositifs médicaux utilisés pour ces tests peuvent être remboursés aux médecins par les organismes d'assurance maladie dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pris après avis du comité économique des produits de santé. »

« *Art. 55.* – I. – L'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« 1^o Le 6^o est ainsi rédigé :

« ^o La couverture des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes prioritaires de prévention définis en application des dispositions de l'article L. 1417-2 du code de la santé publique, et notamment des frais relatifs aux examens de dépistage effectués au titre des programmes prévus par l'article L. 1411-2 du même code ainsi que des frais afférents aux examens prescrits en application de l'article L. 2121-1 du même code et aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. » ;

« 2^o Les 7^o et 8^o sont abrogés.

« II. – Au 3^o de l'article L. 221, les mots : "dans le cadre d'un programme fixé par arrêté ministériel après avis et proposition de son conseil d'administration" sont remplacés par les mots : « dans le cadre des programmes prioritaires nationaux définis en application de l'article L. 1417-2 du code de la santé publique, déclinés par la convention prévue à l'article L. 227-1 du présent code.

« III. – Au 16^o de l'article L. 322, les mots : "dans le cadre des programmes mentionnés au 8^o de l'article L. 321-1" sont remplacés par les mots : "dans le cadre des programmes mentionnés au 6^o de l'article L. 321-1".

« IV. – Les dispositions du présent article entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2003. »

« *Art. 56 bis.* – I. – Le dernier alinéa de l'article L. 2312-2 est supprimé et les articles L. 2312-3 et L. 2312-5 du code de la santé publique sont abrogés.

« II. – Les articles L. 2312-4 et L. 2312-6 deviennent respectivement les articles L. 2312-3 et L. 2312-5. »

CHAPITRE V

Réseaux

« Art. 57. – I. – Il est inséré, dans le titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique, un chapitre I^{er} ainsi rédigé :

« CHAPITRE I^{er}« **Réseaux de santé**

« Art. L. 6321-1. – Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

« Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.

« Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret peuvent bénéficier de subventions de l'Etat, dans la limite des crédits inscrits à cet effet chaque année dans la loi de finances, de subventions des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie ainsi que de financements des régimes obligatoires de base d'assurance maladie pris en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4^o du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

« Art. L. 6321-2. – Régis par la loi n^o 47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération et soumis aux dispositions du présent chapitre, les réseaux coopératifs de santé sont des sociétés de prise en charge pluridisciplinaire répondant aux critères et conditions définis à l'article L. 6321-1.

« Les coopératives hospitalières de médecins et les réseaux coopératifs de santé peuvent adhérer à des structures de coopération publique et privée, notamment des groupements de coopération sanitaire, des groupements d'intérêt économique, des groupements d'intérêt public ou des associations, ou signer des conventions en vue de mettre en place une organisation commune au sein de réseaux de santé, associant des établissements de santé et des professionnels libéraux.

« Les réseaux coopératifs de santé sont soumis aux mêmes dispositions que les sociétés coopératives hospitalières de médecins sauf :

« – celles concernant l'inscription au tableau du conseil départemental des médecins ;

« – celles concernant l'engagement d'utilisation exclusive des services de la société, tel qu'énoncé à l'article visant les associés coopérateurs. Cependant, les statuts des réseaux coopératifs de santé devront comporter des règles d'engagement d'activité claires et adaptées à la spécificité du réseau concerné et prévoir les modalités des sanctions d'exclusion nécessaires en cas de manquement au respect de ces engagements par un membre. »

« II. – Dans les articles L. 6113-4, L. 6114-2, L. 6114-3, L. 6122-15, au 8^o de l'article L. 6143-1 et au 6^o de l'article L. 6144-1 du même code, la référence aux réseaux de soins et à l'article L. 6121-5 est remplacée par la référence aux réseaux de santé et à l'article L. 6321-1.

« III. – L'article L. 6121-5 du même code est abrogé. »

CHAPITRE VI

Dispositions diverses

« Art. 57 bis. – Le délai accordé aux instances compétentes de l'ordre national des pharmaciens pour fournir, après visite des pharmacies à usage intérieur concernées, leur avis sur les demandes déposées avant le 1^{er} janvier 2002 au titre de l'application de l'article L. 5126-7 du code de la santé publique, est prorogé jusqu'au 31 décembre 2002.

« Art. 57 bis. – Le II de l'article 76 de la loi n^o 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale est abrogé. »

« Art. 57 quater. – *Supprimé.* »

« Art. 57 quinquies. – I. – En vue de renforcer, en matière de santé publique, les dispositifs spécifiques à la santé des femmes, il est créé un diplôme d'études spécialisées de gynécologie médicale dont les conditions de formation pratique et théorique sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.

« II. – L'accès à un gynécologue médical se fait selon les conditions prévues par les dispositions réglementaires ou conventionnelles et conformément aux articles 321-1 et 322-1 du code de la sécurité sociale. »

« Art. 57 octies. – Est ratifiée l'ordonnance n^o 2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie législative du code de la santé publique, prise en application de la loi n^o 99-1071 du 16 décembre 1999 portant habilitation du Gouvernement à procéder, par ordonnances, à l'adoption de la partie législative de certains codes.

« Art. 57 nonies. – Après le deuxième alinéa de l'article L. 3221-1 du code de la santé publique, il est inséré cinq alinéas ainsi rédigés :

« Afin de mettre en œuvre une démarche thérapeutique préalablement définie dans le cadre du secteur ou d'un établissement, une association, à visée de soin, de prévention, de réadaptation et de réhabilitation des patients, régie par les dispositions de la loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association, peut être constituée, regroupant notamment des patients, des personnels hospitaliers et des tiers, personnes physiques ou morales.

« Le médecin responsable de la démarche de soins doit rester le garant de la bonne exécution de celle-ci au sein de l'association.

« Une convention est signée entre l'établissement et l'association. Elle précise les modalités de mise à disposition par l'établissement d'équipements, de moyens matériels et financiers et les conditions de leur utilisation par l'association.

« Elle indique les conditions dans lesquelles le personnel hospitalier peut contribuer au fonctionnement et aux activités de l'association.

« L'association rend annuellement compte par écrit à l'établissement de sa gestion et de l'utilisation des moyens mis à sa disposition. »

« Art. 57 decies. – L'article L. 3634-3 du code de la santé publique est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« A la demande d'un sportif susceptible d'être sanctionné ou de sa propre initiative, le conseil de prévention et de lutte contre le dopage peut, s'il ne s'estime pas suffisamment éclairé au vu des pièces du dossier, proposer à

l'intéressé de se soumettre à une expertise en vue de déterminer s'il a respecté les dispositions de l'arrêté prévu à l'article L. 3631-1.

« L'expertise est réalisée par un expert choisi par le sportif intéressé sur une liste établie par le conseil de prévention et de lutte contre le dopage. Les résultats de l'expertise sont communiqués au conseil et à l'intéressé, qui peut présenter des observations. Les frais de l'expertise sont à la charge du conseil. »

« Art. 57 *undecies*. – L'article L. 5211-4 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 5211-4. – Lors de la mise en service sur le territoire national de catégories de dispositifs médicaux présentant un potentiel élevé de risques pour la santé humaine, toutes les données permettant d'identifier ces dispositifs, avec un exemplaire de l'étiquetage et de la notice d'instruction, doivent être communiqués à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

« Pour les dispositifs médicaux dans la fabrication desquels intervient un produit d'origine animale, la communication prévue au premier alinéa le précise, ainsi que l'espèce d'origine. »

« II. – Le 5^o de l'article L. 5211-6 du même code est ainsi rédigé :

« 5^o Les catégories de dispositifs médicaux et les modalités de la communication prévues à l'article L. 5211-4, ainsi que les données devant être transmises à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé en application de cet article. »

« Art. 57 *duodecies*. – L'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Dans les établissements et services visés au 6^o du 1^o de l'article L. 312-1 qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur, les prestations de soins mentionnées au 1^o de l'article 314-2 ne comprennent pas l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables mentionnée à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, ni ceux des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du même code. »

« Art. 57 *terdecies*. – *Supprimé.* »

« Art. 57 *quaterdecies*. – L'article 4 de l'ordonnance n^o 2001-350 du 19 avril 2001 relative au code de la mutualité et transposant les directives 92/49/CEE et 92/96/CEE du Conseil des 18 juin et 10 novembre 1992 est ainsi rédigé :

« Art. 4. – Les mutuelles, unions et fédérations créées avant la date de publication de la présente ordonnance doivent se conformer au plus tard le 31 décembre 2002 aux dispositions du code de la mutualité annexé à ladite ordonnance. »

TITRE III

RÉPARATION DES CONSÉQUENCES DES RISQUES SANITAIRES

« Art. 58. – Le titre IV du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« TITRE IV

« RÉPARATION DES CONSÉQUENCES DES RISQUES SANITAIRES

« CHAPITRE I^{er}

« Accès à l'assurance contre les risques d'invalidité ou de décès

« Section 1

« Tests génétiques

« Art. L. 1141-1. – Les entreprises et organismes qui proposent une garantie des risques d'invalidité ou de décès ne doivent pas tenir compte des résultats de l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne demandant à bénéficier de cette garantie, même si ceux-ci leur sont transmis par la personne concernée ou avec son accord. En outre, ils ne peuvent poser aucune question relative aux tests génétiques et à leurs résultats, ni demander à une personne de se soumettre à des tests génétiques avant que ne soit conclu le contrat et pendant toute la durée de celui-ci.

« Section 2

« Risques aggravés

« Art. L. 1141-2. – Une convention relative à l'assurance des personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état de santé détermine les modalités particulières d'accès à l'assurance contre les risques d'invalidité ou de décès en faveur de ces personnes qui ne peuvent trouver dans le cadre des pratiques habituelles de l'assurance de garantie des prêts à la consommation, immobiliers ou à caractère professionnel.

« Toute personne présentant, du fait de son état de santé, un risque aggravé peut se prévaloir des dispositions de la convention.

« Pour celles de ses dispositions qui prévoient les conditions de collecte et d'utilisation, ainsi que les garanties de confidentialité des données à caractère personnel de nature médicale, à l'occasion de la souscription des prêts mentionnés au premier alinéa, la convention fait l'objet, préalablement à sa conclusion, d'une consultation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, qui donne un avis sur sa conformité à la loi n^o 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

« A défaut d'accord, ou en cas de dénonciation, compromettant la mise en œuvre ou la pérennité du dispositif conventionnel, les conditions de collecte et d'utilisation ainsi que les garanties de confidentialité des données à caractère personnel de nature médicale, sont définies par décret en Conseil d'Etat, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

« Art. L. 1141-3. – La convention est conclue entre l'Etat, des associations représentant les personnes malades ou handicapées, les organismes représentant les entreprises régies par le code des assurances, les établissements de crédit, les mutuelles régies par le code de la mutualité et les institutions régies par les dispositions du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale. « Un comité de suivi veille à l'application du dispositif conventionnel. Il comprend des représentants des signataires, ainsi que des personnes choisies en raison de leurs compétences. Le comité est présidé par une personne qualifiée, nommée par les ministres chargés de l'économie et de la santé.

« CHAPITRE II

« **Risques sanitaires résultant
du fonctionnement du système de santé**

« Section 1 A

« Définitions

[Division et intitulé supprimés]

« Section 1

« **Principes généraux**

« Art. L. 1142-1. – I. – Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute.

« Les établissements, services et organismes susmentionnés sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère.

« II. – Lorsque la responsabilité d'un professionnel, d'un établissement, service ou organisme mentionné au I ou d'un producteur de produits n'est pas engagée, un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ouvre droit à la réparation des préjudices du patient au titre de la solidarité nationale, lorsqu'ils sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et qu'ils ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci et présentent un caractère de gravité, fixé par décret, apprécié au regard de la perte de capacités fonctionnelles et des conséquences sur la vie privée et professionnelle mesurées en tenant notamment compte du taux d'incapacité permanente ou de la durée de l'incapacité temporaire de travail.

« Ouvre droit à réparation des préjudices au titre de la solidarité nationale un taux d'incapacité permanente supérieur à un pourcentage d'un barème spécifique fixé par décret ; ce pourcentage, au plus égal à 25 %, est déterminé par ledit décret.

« Art. L. 1142-2. – Les professionnels de santé exerçant à titre libéral, les établissements de santé, services de santé et organismes mentionnés à l'article L. 1142-1, et toute autre personne morale, autre que l'Etat, exerçant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins ainsi que les producteurs, exploitants et fournisseurs de produits de santé, à l'état de produits finis, mentionnés à l'article L. 5311-1 à l'exclusion des 5^o, sous réserve des dispositions de l'article L. 1222-9, 11^o, 14^o et 15^o, utilisés à l'occasion de ces activités, sont tenus de souscrire une assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile ou administrative susceptible d'être engagée en raison de dommages subis par des tiers et résultant d'atteintes à la personne, survenant dans le cadre de cette activité de prévention, de diagnostic ou de soins.

« Les contrats d'assurance souscrits en application de l'alinéa précédent peuvent prévoir des plafonds de garantie. Les conditions dans lesquelles le montant de la garantie peut être plafonné pour les professionnels de santé exerçant à titre libéral sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

« L'assurance des établissements, services et organismes mentionnés au premier alinéa couvre leurs salariés agissant dans la limite de la mission qui leur a été impartie, même si ceux-ci disposent d'une indépendance dans l'exercice de l'art médical.

« Le crédit-bailleur de produits de santé ou le loueur assimilable au crédit-bailleur ne sont pas tenus à l'obligation d'assurance prévue au premier alinéa. « En cas de manquement à l'obligation d'assurance prévue au présent article, l'instance disciplinaire compétente peut prononcer des sanctions disciplinaires.

« Art. L. 1142-3. – Les dispositions de la présente section ne sont pas applicables au promoteur de recherche biomédicale, dont la responsabilité peut être engagée conformément aux deux premiers alinéas de l'article L. 1121-7 et qui est soumis à l'obligation d'assurance prévue au troisième alinéa du même article.

« Les personnes qui subissent des dommages dans le cadre de la recherche biomédicale peuvent, pour faire valoir leurs droits en application des deux premiers alinéas de l'article L. 1121-7, avoir accès aux commissions régionales mentionnées aux sections 2, 3 et 4 du présent chapitre. Dans le cas des recherches biomédicales avec bénéfice direct mentionnées au deuxième alinéa du même article, lorsque la responsabilité du promoteur n'est pas engagée, les victimes peuvent être indemnisées par l'office institué à l'article L. 1142-22, conformément aux dispositions du II de l'article L. 1142-1.

« Section 2

« **Procédure de règlement amiable
en cas d'accidents médicaux,
d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales**

« Art. L. 1142-4. – Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins ou ses ayants droit, si la personne est décédée, ou, le cas échéant, son représentant légal, doit être informée par le professionnel, l'établissement de santé, les services de santé ou l'organisme concerné sur les circonstances et les causes de ce dommage.

« Cette information lui est délivrée au plus tard dans les quinze jours suivant la découverte du dommage ou sa demande expresse, lors d'un entretien au cours duquel la personne peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix.

« Art. L. 1142-5. – Dans chaque région, une commission régionale de conciliation et d'indemnisation est chargée de faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes et aux infections nosocomiales, ainsi que des autres litiges entre usagers et professionnels de santé, établissements de santé, services de santé ou organismes ou producteurs de produits de santé mentionnés aux articles L. 1142-1 et L. 1142-2.

« La commission siège en formation de règlement amiable des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales et en formation de conciliation.

« Dans le cadre de sa mission de conciliation, la commission peut déléguer tout ou partie de ses compétences à un ou plusieurs médiateurs indépendants qui, dans la limite des compétences dévolues, disposent des mêmes prérogatives et sont soumis aux mêmes obligations que les membres de la commission.

« Art. L. 1142-6. – Les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales

sont présidées par un magistrat de l'ordre administratif ou un magistrat de l'ordre judiciaire, en activité ou honoraire. Elles comprennent notamment des représentants des personnes malades et des usagers du système de santé, des professionnels de santé et des responsables d'établissements et services de santé, ainsi que des membres représentant l'office institué à l'article L. 1142-22 et les entreprises d'assurance.

« La composition des commissions régionales et leurs règles de fonctionnement, propres à garantir leur indépendance et leur impartialité, ainsi que la procédure suivie devant ces commissions sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

« Les frais de fonctionnement des commissions sont assurés par l'office institué à l'article L. 1142-22. Celui-ci leur apporte également un soutien technique et administratif, notamment en mettant à leur disposition le personnel nécessaire.

« Les membres des commissions et les personnes qui ont à connaître des documents et informations détenus par celles-ci sont tenus au secret professionnel, dans les conditions et sous les peines prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

« *Art. L. 1142-7.* – La commission régionale peut être saisie par toute personne s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins, ou, le cas échéant, par son représentant légal. Elle peut également être saisie par les ayants droit d'une personne décédée à la suite d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins.

« La personne indique sa qualité d'assuré social ainsi que les organismes de sécurité sociale auxquels elle est affiliée pour les divers risques. Elle indique également à la commission les prestations reçues ou à recevoir des autres tiers payeurs du chef du dommage qu'elle a subi.

« La personne informe la commission régionale des procédures juridictionnelles relatives aux mêmes faits éventuellement en cours. Si une action en justice est intentée, la personne informe le juge de la saisine de la commission.

« La saisine de la commission suspend les délais de prescription et de recours contentieux jusqu'au terme de la procédure prévue par le présent chapitre.

« *Art. L. 1142-8.* – Lorsque les dommages subis présentent le caractère de gravité prévu au II de l'article L. 1142-1, la commission émet un avis sur les circonstances, les causes, la nature et l'étendue des dommages, ainsi que sur le régime d'indemnisation applicable.

« L'avis de la commission régionale est émis dans un délai de six mois à compter de sa saisine. Il est transmis à la personne qui l'a saisie, à toutes les personnes intéressées par le litige et à l'office institué à l'article L. 1142-22.

« Cet avis ne peut être contesté qu'à l'occasion de l'action en indemnisation introduite devant la juridiction compétente par la victime, ou des actions subrogatoires prévues aux articles L. 1142-14, L. 1142-15 et L. 1142-17.

« La commission saisit l'autorité compétente si elle constate des manquements susceptibles de donner lieu à des poursuites disciplinaires.

« Section 3

« Procédure d'expertise en matière d'accidents médicaux

« *Art. L. 1142-9.* – Avant d'émettre l'avis prévu à l'article L. 1142-8, la commission régionale diligente une expertise dans les conditions prévues à l'article L. 1142-12.

« La commission régionale peut obtenir communication de tout document, y compris d'ordre médical. Elle peut demander au président du tribunal de grande instance ou à son délégué d'autoriser un ou plusieurs des experts mentionnés à l'article L. 1142-12 à procéder à une autopsie ayant pour but de rechercher les causes du décès.

« Chaque partie concernée reçoit copie des demandes de documents formulées par la commission régionale et de tous les documents communiqués à cette dernière.

« Le rapport d'expertise est joint à l'avis transmis dans les conditions prévues à l'article L. 1142-8.

« *Art. L. 1142-10.* – Une commission nationale des accidents médicaux, placée auprès des ministres chargés de la justice et de la santé, composée de professionnels de santé, de représentants d'usagers et de personnes qualifiées et dont le président est désigné par le ministre de la justice et le ministre chargé de la santé, prononce l'inscription des experts sur une liste nationale des experts en accidents médicaux après avoir procédé à une évaluation de leurs connaissances. Elle est chargée d'assurer la formation de ces experts en matière de responsabilité médicale, dans des conditions définies par décret.

« La commission nationale des accidents médicaux est également chargée d'établir des recommandations sur la conduite des expertises, de veiller à une application homogène du présent chapitre par les commissions régionales instituées à l'article L. 1142-5 et d'évaluer l'ensemble du dispositif dans le cadre d'un rapport remis chaque année avant le 15 octobre au Gouvernement et au Parlement.

« La composition et les règles de fonctionnement de la commission nationale des accidents médicaux sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

« *Art. L. 1142-11.* – Les médecins experts figurant sur une des listes instituées par l'article 2 de la loi n° 71-498 du 29 juin 1971 relative aux experts judiciaires peuvent demander à être inscrits sur la liste nationale des experts en accidents médicaux s'ils justifient d'une qualification dont les modalités, comportant notamment une évaluation des connaissances et des pratiques professionnelles, sont fixées par décret en Conseil d'Etat. Cette inscription vaut pour cinq ans et peut être renouvelée. Le renouvellement est subordonné à une nouvelle évaluation de connaissances et pratiques professionnelles.

« La liste nationale actualisée est adressée chaque année, d'une part, au Conseil d'Etat, aux cours administratives d'appel et aux tribunaux administratifs, d'autre part, à la Cour de cassation, aux cours d'appel et aux tribunaux de grande instance. Elle est tenue à la disposition du public dans les secrétariats-greffes des juridictions.

« Les personnes inscrites sur la liste nationale des experts en accidents médicaux ne peuvent faire état de leur qualité que sous la dénomination d'expert agréé par la commission nationale des accidents médicaux, et pendant le temps où elles figurent sur la liste.

« La commission nationale des accidents médicaux peut, de sa propre initiative, sur demande ou après avis d'une commission régionale de conciliation et d'indemnisation, radier de la liste un expert en cas de manquement caractérisé à ses obligations, de faits contraires à l'honneur ou à la probité, ou s'il n'est plus en mesure d'exercer normalement ses activités. Cette radiation ne peut être prononcée qu'après que l'intéressé, qui peut se faire assister par un avocat, a été appelé à formuler ses observations. La radiation d'un expert d'une des listes instituées par l'article 2 de la loi n° 71-498 du 29 juin 1971 précitée

entraîne de plein droit sa radiation de la liste nationale des experts en accidents médicaux. Un expert peut également être radié à sa demande.

« Art. L. 1142-12. – La commission régionale désigne aux fins d'expertise un collège d'experts choisis sur la liste nationale des experts en accidents médicaux, en s'assurant que ces experts remplissent toutes les conditions propres à garantir leur indépendance vis-à-vis des parties en présence. Elle peut toutefois, lorsqu'elle l'estime suffisant, désigner un seul expert choisi sur la même liste.

« Lorsque la nature du préjudice le justifie, elle peut en outre nommer en qualité de membre du collège d'experts un spécialiste figurant sur une des listes instituées par l'article 2 de la loi n° 71-498 du 29 juin 1971 précitée ou, à titre exceptionnel, un expert choisi en dehors de ces listes.

« La commission régionale fixe la mission du collège d'experts ou de l'expert, s'assure de leur acceptation et détermine le délai dans lequel le rapport doit être déposé. Lorsque l'expertise est collégiale, le rapport est établi conjointement par les membres du collège d'experts.

« Elle informe sans délai l'office national d'indemnisation institué à l'article L. 1142-22 de cette mission.

« Dans le cadre de sa mission, le collège d'experts ou l'expert peut effectuer toute investigation et demander aux parties et aux tiers la communication de tout document sans que puisse lui être opposé le secret médical ou professionnel, s'agissant de professionnels de santé ou de personnels d'établissements, de services de santé ou d'autres organismes visés à l'article L. 1142-1. Les experts qui ont à connaître ces documents sont tenus au secret professionnel, dans les conditions et sous les peines prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

« En cas de carence des parties dans la transmission des documents demandés, la commission régionale peut autoriser le collège d'experts ou l'expert à déposer son rapport en l'état. La commission peut tirer toute conséquence du défaut de communication des documents.

« Le collège d'experts ou l'expert s'assure du caractère contradictoire des opérations d'expertise, qui se déroulent en présence des parties ou celles-ci dûment appelées. Ces dernières peuvent se faire assister d'une ou des personnes de leur choix. Le collège d'experts ou l'expert prend en considération les observations des parties et joint, sur leur demande, à son rapport tous documents y afférents. Il peut prendre l'initiative de recueillir l'avis d'un autre professionnel.

« L'office national d'indemnisation prend en charge le coût des missions d'expertise, sous réserve du remboursement prévu aux articles L. 1142-14 et L. 1142-15.

« Section 4

« Indemnisation des victimes

« Art. L. 1142-14. – Lorsque la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales estime qu'un dommage relevant du premier alinéa de l'article L. 1142-8 engage la responsabilité d'un professionnel de santé, d'un établissement de santé, d'un service de santé ou d'un organisme mentionné à l'article L. 1142-1 ou d'un producteur d'un produit de santé mentionné à l'article L. 1142-2, l'assureur qui garantit la responsabilité civile ou administrative de la personne considérée comme responsable par la commission adresse à la victime ou à ses ayants-droit, dans un délai de quatre mois suivant la réception de l'avis, une offre d'indemnisa-

tion visant à la réparation intégrale des préjudices subis dans la limite des plafonds de garantie des contrats d'assurance.

« Cette offre indique l'évaluation retenue, le cas échéant à titre provisionnel, pour chaque chef de préjudice ainsi que le montant des indemnités qui reviennent à la victime, ou à ses ayants droit, déduction faite des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, et plus généralement des indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d'autres débiteurs du chef du même préjudice. Les prestations et indemnités qui font l'objet d'une déduction du montant de l'offre sont remboursées directement par l'assureur du responsable du dommage aux débiteurs concernés.

« Lorsque l'offre prévoit le versement d'une rente à la victime, cette rente est revalorisée dans les conditions prévues à l'article L. 351-11 du code de la sécurité sociale.

« L'offre a un caractère provisionnel si l'assureur n'a pas été informé de la consolidation de l'état de la victime. L'offre définitive doit être faite dans un délai de deux mois à compter de la date à laquelle l'assureur a été informé de cette consolidation.

« L'assureur qui fait une offre à la victime est tenu de rembourser à l'office les frais d'expertise que celui-ci a supportés.

« L'acceptation de l'offre de l'assureur vaut transaction au sens de l'article 2044 du code civil.

« Le paiement doit intervenir dans un délai d'un mois à compter de la réception par l'assureur de l'acceptation de son offre par la victime, que cette offre ait un caractère provisionnel ou définitif. Dans le cas contraire, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au double du taux légal à compter de l'expiration de ce délai et jusqu'au jour du paiement effectif ou, le cas échéant, du jugement devenu définitif.

« Si l'assureur qui a transigé avec la victime estime que le dommage n'engage pas la responsabilité de la personne qu'il assure, il dispose d'une action subrogatoire soit contre le tiers responsable, soit contre l'office national d'indemnisation si les dispositions du II de l'article L. 1142-1 trouvent à s'appliquer.

« Si le juge compétent, saisi par la victime qui refuse l'offre de l'assureur, estime que cette offre était manifestement insuffisante, il condamne l'assureur à verser à l'office une somme au plus égale à 15 % de l'indemnité qu'il alloue, sans préjudice des dommages et intérêts dus de ce fait à la victime.

« Dans le cas où les plafonds de garantie des contrats d'assurance de la personne considérée comme responsable par la commission seraient atteints, l'assureur avise sans délai cette personne ainsi que l'office institué à l'article L. 1142-22.

« Pour l'application du présent article, l'Etat, au titre des activités de prévention, de diagnostic ou de soins qu'il exerce, est soumis aux obligations incombant à l'assureur.

« Art. L. 1142-15. – En cas de silence ou de refus explicite de la part de l'assureur de faire une offre, ou lorsque le responsable des dommages n'est pas assuré ou la couverture d'assurance prévue à l'article L. 1142-2 est épuisée, l'office institué à l'article L. 1142-22 est substitué à l'assureur.

« Dans ce cas, les dispositions de l'article L. 1142-14, relatives notamment à l'offre d'indemnisation et au paiement des indemnités, s'appliquent à l'office, selon des modalités déterminées par décret en Conseil d'Etat.

« L'acceptation de l'offre de l'office vaut transaction au sens de l'article 2044 du code civil. La transaction est portée à la connaissance du responsable et, le cas échéant, de son assureur.

« L'office est subrogé, à concurrence des sommes versées, dans les droits de la victime contre la personne responsable du dommage ou, le cas échéant, son assureur. Il peut en outre obtenir remboursement des frais d'expertise.

« En cas de silence ou de refus explicite de la part de l'assureur de faire une offre, ou lorsque le responsable des dommages n'est pas assuré, le juge, saisi dans le cadre de la subrogation, condamne, le cas échéant, l'assureur ou le responsable à verser à l'office une somme au plus égale à 15 % de l'indemnité qu'il alloue.

« Lorsque l'office transige avec la victime, ou ses ayants droit, en application du présent article, cette transaction est opposable à l'assureur ou, le cas échéant, au responsable des dommages sauf le droit pour ceux-ci de contester devant le juge le principe de la responsabilité ou le montant des sommes réclamées. Quelle que soit la décision du juge, le montant des indemnités allouées à la victime lui reste acquis.

« *Art. L. 1142-16.* – Lorsque la victime n'a pas informé la commission régionale des prestations reçues ou à recevoir des tiers payeurs autres que les caisses de sécurité sociale, les tiers payeurs ont un recours contre la victime, à concurrence de l'indemnité qu'elle a perçue de l'assureur, ou de l'office qui est substitué à celui-ci, au titre du même chef de préjudice et dans les limites prévues à l'article 31 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 précitée. Ils doivent agir dans un délai de deux ans à compter de la demande de versement des prestations.

« *Art. L. 1142-17.* – Lorsque la commission régionale estime que le dommage est indemnisable au titre du II de l'article L. 1142-1, l'office adresse à la victime ou à ses ayants droit, dans un délai de quatre mois suivant la réception de l'avis, une offre d'indemnisation visant à la réparation intégrale des préjudices subis.

« Cette offre indique l'évaluation retenue, le cas échéant à titre provisionnel, pour chaque chef de préjudice ainsi que le montant des indemnités qui reviennent à la victime, ou à ses ayants droit, déduction faite des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 précitée, et plus généralement des indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d'autres débiteurs du chef du même préjudice.

« Lorsque l'offre prévoit le versement d'une rente à la victime, cette rente est revalorisée dans les conditions prévues à l'article L. 351-11 du code de la sécurité sociale.

« L'offre a un caractère provisionnel si l'office n'a pas été informé de la consolidation de l'état de la victime. L'offre définitive doit être faite dans un délai de deux mois à compter de la date à laquelle l'office a été informé de cette consolidation.

« L'acceptation de l'offre de l'office vaut transaction au sens de l'article 2044 du code civil.

« Le paiement doit intervenir dans un délai d'un mois à compter de la réception par l'office de l'acceptation de son offre par la victime, que cette offre ait un caractère provisionnel ou définitif.

« Si l'office qui a transigé avec la victime estime que la responsabilité d'un professionnel, établissement, service, organisme ou producteur de produits de santé mentionnés au premier alinéa de l'article L. 1142-14 est engagée, il dispose d'une action subrogatoire contre celui-ci.

« *Art. L. 1142-18.* – Lorsque la commission estime qu'un accident médical n'est que pour partie la conséquence d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins engageant la responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement de santé, elle détermine la part de préjudice imputable à la responsabilité et celle relevant d'une indemnisation au titre de l'office.

« *Art. L. 1142-19.* – La victime informe l'office des procédures juridictionnelles relatives aux mêmes faits éventuellement en cours. Si une action en justice est intentée, la victime informe le juge de la saisine de l'office.

« *Art. L. 1142-20.* – La victime, ou ses ayants droit, disposent du droit d'action en justice contre l'office si aucune offre ne lui a été présentée ou si elle n'a pas accepté l'offre qui lui a été faite.

« L'action en indemnisation est intentée devant la juridiction compétente selon la nature du fait générateur du dommage.

« *Art. L. 1142-21.* – Lorsque la juridiction compétente, saisie d'une demande d'indemnisation des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins dans un établissement de santé, estime que les dommages subis sont indemnisables au titre du II de l'article L. 1142-1, l'office est appelé en la cause s'il ne l'avait pas été initialement. Il devient défendeur en la procédure.

« *Art. L. 1142-22.* – L'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales est un établissement public à caractère administratif de l'Etat, placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé. Il est chargé de l'indemnisation au titre de la solidarité nationale, dans les conditions définies au II de l'article L. 1142-1 et à l'article L. 1142-17, des dommages occasionnés par la survenue d'un accident médical, d'une affection iatrogène ou d'une infection nosocomiale ainsi que des indemnisations qui lui incombent, le cas échéant, en application des articles L. 1142-15 et L. 1142-18.

« L'office est administré par un conseil d'administration dont la composition est fixée par un décret en Conseil d'Etat. Il comprend, outre son président, pour moitié des représentants de l'Etat et pour moitié des personnalités qualifiées ainsi que des représentants des usagers, des professionnels et établissements de santé, des organismes d'assurance maladie et du personnel de l'office.

« Le président du conseil d'administration et le directeur de l'office sont nommés par décret.

« Les agents de l'office sont régis par les dispositions des articles L. 5323-1 à L. 5323-4.

« Les membres du conseil d'administration, le personnel de l'office ainsi que les personnes ayant à connaître des informations détenues par celui-ci sont tenus au secret professionnel, dans les conditions et sous les peines prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

« *Art. L. 1142-23.* – L'office est soumis à un régime administratif, budgétaire, financier et comptable défini par décret.

« Les charges de l'office sont constituées par :

« 1° Le versement d'indemnités aux victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes et d'infections nosocomiales en application des dispositions du présent chapitre ;

« 2° Les frais de gestion administrative de l'office et des commissions régionales ;

« 3° Les frais des expertises diligentées par les commissions régionales.

« Les recettes de l'office sont constituées par :

« 1^o Une dotation globale versée dans les conditions prévues par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale et dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale ;

« 2^o Le produit des remboursements des frais d'expertise prévus aux articles L. 1142-14 et L. 1142-15 ;

« 3^o Le produit des pénalités prévues aux mêmes articles ;

« 4^o Le produit des recours subrogatoires mentionnés aux articles L. 1142-15 et L. 1142-17.

« *Art. L. 1142-24.* – Les indemnisations accordées en application du présent chapitre ne peuvent se cumuler avec celles accordées, le cas échéant, en application des articles L. 3122-1 à L. 3122-6, pour les mêmes préjudices.

« Section 5

« Dispositions pénales

« *Art. L. 1142-25.* – Le manquement à l'obligation d'assurance prévue à l'article L. 1142-2 est puni de 45 000 ₮ d'amende.

« Les personnes physiques coupables de l'infraction mentionnée au présent article encourent également la peine complémentaire d'interdiction, selon les modalités prévues par l'article 131-27 du code pénal, d'exercer l'activité professionnelle ou sociale dans l'exercice de laquelle ou à l'occasion de l'exercice de laquelle l'infraction a été commise. Cette interdiction est portée à la connaissance du représentant de l'Etat dans la région qui en informe les organismes d'assurance maladie.

« *Art. L. 1142-26.* – Les personnes morales peuvent être déclarées responsables pénalement, dans les conditions prévues à l'article 121-2 du code pénal, de l'infraction prévue à l'article L. 1142-25.

« Les peines encourues par les personnes morales sont :

« 1^o L'amende, suivant les modalités prévues par l'article 131-38 du code pénal ;

« 2^o La peine prévue au 2^o de l'article 131-39 du code pénal. L'interdiction prononcée à ce titre porte sur l'activité dans l'exercice ou à l'occasion de laquelle l'infraction a été commise. Cette interdiction est portée à la connaissance du représentant de l'Etat dans la région qui en informe les organismes d'assurance maladie.

« *Art. L. 1142-27.* – Le fait, pour une personne qui n'est pas inscrite sur la liste des experts en accidents médicaux prévue aux articles L. 1142-10 et L. 1142-11, de faire usage de la dénomination mentionnée à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 1142-11, ou d'une dénomination présentant une ressemblance de nature à causer dans l'esprit du public une méprise avec cette même dénomination, est puni des peines prévues à l'article 433-17 du code pénal.

« Section 6

« Prescription en matière de responsabilité médicale

« *Art. L. 1142-28.* – Les actions tendant à mettre en cause la responsabilité des professionnels de santé ou des établissements de santé publics ou privés à l'occasion d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins se prescrivent par dix ans à compter de la consolidation du dommage.

« CHAPITRE III

« Dispositions communes

« *Art. L. 1143-1.* – Les modalités d'application du présent titre sont déterminées, sauf dispositions contraires, par décret en Conseil d'Etat. »

« *Art. 58 bis – I.* – Le titre III du livre I^{er} du code des assurances est complété par un chapitre III ainsi rédigé :

« CHAPITRE III

« Accès à l'assurance contre les risques d'invalidité ou de décès

« *Art. L. 133-1.* – L'accès à l'assurance contre les risques d'invalidité ou de décès est garanti dans les conditions fixées par les articles L. 1141-1 à L. 1141-3 du code de la santé publique ci-dessous :

« *Art. L. 1141-1.* – Les entreprises et organismes qui proposent une garantie des risques d'invalidité ou de décès ne doivent pas tenir compte des résultats de l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne demandant à bénéficier de cette garantie, même si ceux-ci leur sont transmis par la personne concernée ou avec son accord. En outre, ils ne peuvent poser aucune question relative aux tests génétiques et à leurs résultats, ni demander à une personne de se soumettre à des tests génétiques avant que ne soit conclu le contrat et pendant toute la durée de celui-ci.

« *Art. L. 1141-2.* – Une convention relative à l'assurance des personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état de santé détermine les modalités particulières d'accès à l'assurance contre les risques d'invalidité ou de décès en faveur de ces personnes qui ne peuvent trouver dans le cadre des pratiques habituelles de l'assurance de garantie des prêts à la consommation, immobiliers ou à caractère professionnel.

« Toute personne présentant, du fait de son état de santé, un risque aggravé peut se prévaloir des dispositions de la convention.

« Pour celles de ses dispositions qui prévoient les conditions de collecte et d'utilisation, ainsi que les garanties de confidentialité des données à caractère personnel de nature médicale, à l'occasion de la souscription des prêts mentionnés au premier alinéa, la convention fait l'objet, préalablement à sa conclusion, d'une consultation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, qui donne un avis sur sa conformité à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

« A défaut d'accord, ou en cas de dénonciation compromettant la mise en œuvre ou la pérennité du dispositif conventionnel, les conditions de collecte et d'utilisation ainsi que les garanties de confidentialité des données à caractère personnel de nature médicale sont définies par décret en Conseil d'Etat, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

« *Art. L. 1141-3.* – La convention est conclue entre l'Etat, des associations représentant les personnes malades ou handicapées, les organismes représentant les entreprises régies par le code des assurances, les établissements de crédit, les mutuelles régies par le code de la mutualité et les institutions régies par les dispositions du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale.

« Un comité de suivi veille à l'application du dispositif conventionnel. Il comprend des représentants des signataires, ainsi que des personnes choisies en raison de leurs compétences. Le comité est présidé par une personne qualifiée, nommée par les ministres chargés de l'économie et de la santé. »

« II. – Le chapitre II du livre IX du code de la sécurité sociale est complété par une section 8 ainsi rédigée :

« Section 8

« Accès à l'assurance
contre les risques d'invalidité ou de décès

« Art. L. 932-39. – L'accès à l'assurance contre les risques d'invalidité ou de décès est garanti dans les conditions fixées par les articles L. 1141-1 à L. 1141-3 du code de la santé publique ci-après reproduits :

« Art. L. 1141-1. – Les entreprises et organismes qui proposent une garantie des risques d'invalidité ou de décès ne doivent pas tenir compte des résultats de l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne demandant à bénéficier de cette garantie, même si ceux-ci leur sont transmis par la personne concernée ou avec son accord. En outre, ils ne peuvent poser aucune question relative aux tests génétiques et à leurs résultats, ni demander à une personne de se soumettre à des tests génétiques avant que ne soit conclu le contrat et pendant toute la durée de celui-ci.

« Art. L. 1141-2. – Une convention relative à l'assurance des personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état de santé détermine les modalités particulières d'accès à l'assurance contre les risques d'invalidité ou de décès en faveur de ces personnes qui ne peuvent trouver dans le cadre des pratiques habituelles de l'assurance de garantie des prêts à la consommation, immobiliers ou à caractère professionnel.

« Toute personne présentant, du fait de son état de santé, un risque aggravé peut se prévaloir des dispositions de la convention.

« Pour celles de ses dispositions qui prévoient les conditions de collecte et l'utilisation, ainsi que les garanties de confidentialité des données à caractère personnel de nature médicale, à l'occasion de la souscription des prêts mentionnés au premier alinéa, la convention fait l'objet, préalablement à sa conclusion, d'une consultation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, qui donne un avis sur sa conformité à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

« A défaut d'accord, ou en cas de dénonciation, compromettant la mise en œuvre ou la pérennité du dispositif conventionnel, les conditions de collecte et d'utilisation ainsi qu'elles garanties de confidentialité des données à caractère personnel de nature médicale, sont définies par décret en Conseil d'Etat, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

« Art. L. 1141-3. – La convention est conclue entre l'Etat, des associations représentant les personnes malades ou handicapées, les organismes représentant les entreprises régies par le code des assurances, les établissements de crédit, les mutuelles régies par le code de la mutualité et les institutions régies par les dispositions du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale.

« Un comité de suivi veille à l'application du dispositif conventionnel. Il comprend des représentants des signataires, ainsi que des personnes choisies en raison de leurs compétences. Le comité est présidé par une personne qualifiée, nommé par les ministres chargés de l'économie et de la santé. »

III. – Le chapitre II du livre I^{er} du code de la mutualité est complété par un article L. 112-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 112-4. – L'accès à l'assurance contre les risques d'invalidité ou de décès est garanti dans les conditions fixées par les articles L. 1141-1 à L. 1141-3 du code de la santé publique ci-après reproduits :

« Art. L. 1141-1. – Les entreprises et organismes qui proposent une garantie des risques d'invalidité ou de décès ne doivent pas tenir compte des résultats de l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne demandant à bénéficier de cette garantie, même si ceux-ci leur sont transmis par la personne concernée ou avec son accord. En outre, ils ne peuvent poser aucune question relative aux tests génétiques et à leurs résultats, ni demander à une personne de se soumettre à des tests génétiques avant que ne soit conclu le contrat et pendant toute la durée de celui-ci.

« Art. L. 1141-2. – Une convention relative à l'assurance des personnes exposées à un risque aggravé du fait de leur état de santé détermine les modalités particulières d'accès à l'assurance contre les risques d'invalidité ou de décès en faveur de ces personnes qui ne peuvent trouver dans le cadre des pratiques habituelles de l'assurance de garantie des prêts à la consommation, immobiliers ou à caractère professionnel.

« Toute personne présentant, du fait de son état de santé, un risque aggravé peut se prévaloir des dispositions de la convention.

« Pour celles de ses dispositions qui prévoient les conditions de collecte et d'utilisation, ainsi que les garanties de confidentialité des données à caractère personnel de nature médicale, à l'occasion de la souscription des prêts mentionnés au premier alinéa, la convention fait l'objet, préalablement à sa conclusion, d'une consultation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, qui donne un avis sur sa conformité à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

« A défaut d'accord, ou en cas de dénonciation compromettant la mise en œuvre ou de la pérennité du dispositif conventionnel, les conditions de collecte et d'utilisation ainsi que les garanties de confidentialité des données à caractère personnel de nature médicale sont définies par décret en Conseil d'Etat, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

« Art. L. 1141-3. – La convention est conclue entre l'Etat, des associations représentant les personnes malades ou handicapées, les organismes représentant les entreprises régies par le code des assurances, les établissements de crédit, les mutuelles régies par le code de la mutualité et les institutions régies par les dispositions du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale.

« Un comité de suivi veille à l'application du dispositif conventionnel. Il comprend des représentants des signataires, ainsi que les personnes choisies en raison de leurs compétences. Le comité est présidé par une personne qualifiée, nommée par les ministres chargés de l'économie et de la santé. »

« Art. 58 *ter.* – *Supprimé.* »

« Art. 59. – Le livre II du code des assurances est complété par un titre V ainsi rédigé :

« TITRE V

« L'ASSURANCE DE RESPONSABILITÉ
CIVILE MÉDICALE

« CHAPITRE I^{er}

« L'obligation de s'assurer

« Art. L. 251-1. – Ainsi qu'il est dit à l'article L. 1142-2 du code de la santé publique, ci-après reproduit :

« Art. L. 1142-2. – Les professionnels de santé exerçant à titre libéral, les établissements de santé, services de santé et organismes mentionnés à l'article L. 1142-1, et toute

autre personne morale, autre que l'Etat, exerçant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins ainsi que les producteurs, exploitants et fournisseurs de produits de santé, à l'état de produits finis, mentionnés à l'article L. 5311-1 à l'exclusion des 5^o, sous réserve des dispositions de l'article L. 1222-9, 11^o, 14^o et 15^o, utilisés à l'occasion de ces activités, sont tenus de souscrire une assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile ou administrative susceptible d'être engagée en raison de dommages subis par des tiers et résultant d'atteintes à la personne, survenant dans le cadre de cette activité de prévention, de diagnostic ou de soins.

« Les contrats d'assurance souscrits en application de l'alinéa précédent peuvent prévoir des plafonds de garantie. Les conditions dans lesquelles le montant de la garantie peut être plafonné pour les professionnels de santé exerçant à titre libéral sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

« L'assurance des établissements, services et organismes mentionnés au premier alinéa couvre leurs salariés agissant dans la limite de la mission qui leur a été impartie, même si ceux-ci disposent d'une indépendance dans l'exercice de l'art médical.

« Le crédit-bailleur de produits de santé ou le loueur assimilable au crédit-bailleur ne sont pas tenus à l'obligation d'assurance prévue au premier alinéa. « En cas de manquement à l'obligation d'assurance prévue au présent article, l'instance disciplinaire compétente peut prononcer des sanctions disciplinaires.

« CHAPITRE II

« L'obligation d'assurer – Le bureau central de tarification

« Art. L. 252-1. – Toute personne assujettie à l'obligation d'assurance prévue à l'article L. 1142-2 du code de la santé publique qui, ayant sollicité la souscription d'un contrat auprès d'une entreprise d'assurance couvrant en France les risques de responsabilité civile mentionnée au même article, se voit opposer deux refus, peut saisir un bureau central de tarification dont les conditions de constitution et les règles de fonctionnement sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

« Le bureau central de tarification a pour rôle exclusif de fixer le montant de la prime moyennant laquelle l'entreprise d'assurance intéressée est tenue de garantir le risque qui lui a été proposé. Il peut, dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, déterminer le montant d'une franchise qui reste à la charge de l'assuré.

« Le bureau central de tarification saisit le représentant de l'Etat dans le département lorsqu'une personne assujettie à l'obligation d'assurance prévue à l'article L. 1142-2 du code de la santé publique présente un risque d'assurance anormalement élevé. Il en informe le professionnel concerné. Dans ce cas, il fixe le montant de la prime pour un contrat dont la durée ne peut excéder six mois.

« Est nulle toute clause des traités de réassurance tendant à exclure certains risques de la garantie de réassurance en raison de la tarification adoptée par le bureau central de tarification.

« Art. L. 252-2. – Toute entreprise d'assurance qui maintient son refus de garantir le risque dont la prime a été fixée par le bureau central de tarification institué à l'article L. 252-1 est considérée comme ne fonctionnant plus conformément à la réglementation en vigueur. Elle encourt, selon le cas, soit le retrait des agréments prévus aux articles L. 321-1, L. 321-7, L. 321-8 et L. 321-9, soit les sanctions prévues aux articles L. 351-7, L. 351-8 et L. 363-4. »

« Art. 60. – Les dispositions du titre IV du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique issues de l'article 58, à l'exception du chapitre I^{er}, de l'article L. 1142-2 et de la section 5 du chapitre II, s'appliquent aux accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales consécutifs à des activités de prévention, de diagnostic ou de soins réalisées au plus tôt six mois avant la publication de la présente loi. Cet article est applicable aux instances en cours n'ayant pas donné lieu à une décision irrévocable.

« Les dispositions de la section 6 du chapitre II du titre IV du livre I^{er} de la première partie du même code sont immédiatement applicables, en tant qu'elles sont favorables à la victime ou à ses ayants droit, aux actions en responsabilité, y compris aux instances en cours n'ayant pas donné lieu à une décision irrévocable.

« Les dispositions de l'article L. 1141-1 du même code s'appliquent aux contrats en cours à cette même date. »

« Art. 61. – En cas de contestation relative à l'imputabilité d'une contamination par le virus de l'hépatite C antérieure à la date d'entrée en vigueur de la présente loi, le demandeur apporte des éléments qui permettent de présumer que cette contamination a pour origine une transfusion de produits sanguins labiles ou une injection de médicaments dérivés du sang. Au vu de ces éléments, il incombe à la partie défenderesse de prouver que cette transfusion ou cette injection n'est pas à l'origine de la contamination. Le juge forme sa conviction après avoir ordonné, en cas de besoin, toutes les mesures d'instruction qu'il estime utiles. Le doute profite au demandeur.

« Cette disposition est applicable aux instances en cours n'ayant pas donné lieu à une décision irrévocable. »

« Art. 62 bis. – Les dispositions de l'article L. 3111-9 du code de la santé publique sont applicables aux personnes visées à l'article L. 3111-4 du même code qui ont été vaccinées contre l'hépatite B avant la date d'entrée en vigueur de la loi n° 91-73 du 18 janvier 1991 portant dispositions relatives à la santé publique et aux assurances sociales. »

« Art. 63. – Pendant un délai de deux ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi, la commission nationale des accidents médicaux peut inscrire sur la liste nationale des experts en accidents médicaux, en raison de leur qualification particulière en matière d'accidents médicaux, dont les modalités comportant notamment une évaluation des connaissances et des pratiques professionnelles sont fixées par décret en Conseil d'Etat, des experts qui ne sont pas inscrits sur une des listes instituées par l'article 2 de la loi n° 71-498 du 29 juin 1971 relative aux experts judiciaires.

« Ces personnes sont soumises, dans le cadre de leur mission, aux mêmes obligations d'indépendance et d'impartialité que les experts inscrits sur une des listes instituées par l'article 2 de la loi n° 71-498 du 29 juin 1971 précitée.

« A l'issue d'un délai de deux ans à compter de leur inscription, ces experts sont maintenus sur la liste nationale des experts en accidents médicaux s'ils sont inscrits sur une des listes instituées par l'article 2 de la loi n° 71-498 du 29 juin 1971 précitée. »

« Art. 63 bis. – Jusqu'à la publication de la liste nationale des experts en accidents médicaux prévue à l'article L. 1142-10 du code de la santé publique, les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales mentionnées à l'article L. 1142-6 du même

code peuvent avoir recours à des experts inscrits sur une des listes instituées par l'article 2 de la loi n° 71-498 du 29 juin 1971 précitée. »

« Art. 63 *ter*. - I. - Le titre IV inséré dans le livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique par le I de l'article 59 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale devient le titre V et l'article L. 1141-1, figurant dans le chapitre unique de ce titre, devient l'article L. 1151-1.

« II. - Au III de l'article 59 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 précitée, les mots : "à l'article L. 1141-1" sont remplacés par les mots : "à l'article L. 1151-1". »

« TITRE IV

« DISPOSITIONS RELATIVES À L'OUTRE-MER

« CHAPITRE I^{er}

« Départements d'outre-mer

.....
« Art. 65. - Le chapitre IV du titre II du livre I^{er} de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par les articles L. 4124-12 et L. 4124-13 ainsi rédigés :

« Art. L. 4124-12. - Les médecins de la Réunion sont soumis à la compétence du conseil régional de l'ordre des médecins de la région Ile-de-France. "Les chirurgiens-dentistes de la Réunion sont soumis à la compétence du conseil régional de l'ordre des chirurgiens-dentistes de la région Ile-de-France.

« Les sages-femmes de la Réunion sont soumises à la compétence du conseil interrégional de l'ordre des sages-femmes de la région Ile-de-France.

« Les membres du conseil départemental de l'ordre des médecins, de l'ordre des chirurgiens-dentistes et de l'ordre des sages-femmes de la Réunion participent à l'élection des délégués des conseils départementaux de Paris au conseil régional ou interrégional de la région Ile-de-France de chacun de ces ordres.

« Art. L. 4124-13. - Les médecins et les chirurgiens-dentistes de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Martinique sont soumis à la compétence d'un conseil interrégional de l'ordre des médecins et d'un conseil interrégional de l'ordre des chirurgiens-dentistes des Antilles-Guyane dont les modalités d'élection et de fonctionnement, les attributions et les compétences sont identiques à celles des conseils régionaux de métropole de ces deux ordres.

« Les sages-femmes de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Martinique sont soumises à la compétence du conseil interrégional de l'ordre des sages-femmes de la région Ile-de-France. Elles participent à l'élection des délégués des conseils départementaux de Paris au conseil interrégional de la région Ile-de-France de cet ordre. »

« Art. 65 *bis*. - I. - Dans le premier alinéa de l'article L. 4132-1 du code de la santé publique, le mot : "trente-huit" est remplacé par le mot : "quarante".

« II. - Les septième et huitième alinéas du même article sont ainsi rédigés :

« 2° Quatre membres représentant respectivement les départements de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et de la Réunion.

« Outre ces quatre membres titulaires, sont désignés, dans les mêmes conditions que ceux-ci, quatre suppléants qui sont obligatoirement élus parmi les médecins exerçant régulièrement en métropole. »

« A défaut d'accord, ou en cas de dénonciation, compromettant la mise en œuvre ou la pérennité du dispositif conventionnel, les conditions de collecte et d'utili-

sation ainsi que les garanties de confidentialité des données à caractère personnel de nature médicale, sont définies par décret en Conseil d'Etat, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

« Art. L. 1141-3. - La convention est conclue entre l'Etat, des associations représentant les personnes malades ou handicapées, les organismes représentant les entreprises régies par le code des assurances, les établissements de crédit, les mutuelles du livre IX du code de la sécurité sociale.

« Un comité de suivi veille à l'application du dispositif conventionnel. Il comprend des représentants des signataires, ainsi que des personnes choisies en raison de leurs compétences. Le comité est présidé par une personne qualifiée, nommé par les ministres chargés de l'économie et de la santé. »

« Art. 66. - I. - Le chapitre III du titre IX du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par deux articles L. 4393-6 et L. 4393-7 ainsi rédigés :

« Art. L. 4393-6. - Les instances du conseil mentionné au chapitre I^{er} du présent titre ne seront constituées dans chacun des départements d'outre-mer que lorsque le nombre de praticiens de chacune des professions représentées remplissant les conditions d'éligibilité prévues à l'article L. 4392-1 sera au moins le double de l'effectif minimal prévu pour les représentants de ces professions, titulaires et suppléants, au sein d'une assemblée interprofessionnelle régionale.

« Jusqu'à ce qu'il en soit ainsi, les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et de la Réunion sont soumis à la compétence de l'assemblée interprofessionnelle, des collèges professionnels et de la chambre disciplinaire de première instance de la région Ile-de-France.

« Art. L. 4393-7. - Le représentant de l'Etat de chacune des régions d'outre-mer ou son représentant ainsi que des représentants des usagers de ces régions qu'il désigne conformément aux dispositions de l'article L. 4393-2 assistent, avec voix consultative, aux séances de l'assemblée professionnelle régionale intéressant les départements d'outre-mer. »

« II. - Le chapitre VI du titre IX du livre III de la quatrième partie du même code est complété par un article L. 4396-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 4396-3. - Le représentant de l'Etat dans chaque région d'outre-mer a un droit permanent d'accès au tableau du conseil concernant les professionnels exerçant dans sa région et le droit d'en obtenir une copie. Il publie cette liste une fois par an et la tient à la disposition du public. »

« Art. 66 *bis* - L'article L. 6211-8 du code de la santé publique, est complété par un 8° ainsi rédigé :

« 8° Dans les sites isolés des départements mentionnés à l'article L. 3114-5, éloignés de tout laboratoire d'analyses de biologie médicale public ou privé, les infirmiers ainsi que les personnels relevant de structures de soins ou de prévention qui, après avoir reçu une formation adaptée, effectuent, en vue du dépistage de certaines des maladies mentionnées audit article et qui présentent potentiellement un risque vital a court terme, des examens biologiques d'interprétation rapide dont la liste est fixée par décret en Conseil d'Etat après avis de l'Académie nationale de médecine. La formation est délivrée par un organisme agréé ; son contenu et les modalités de validation des connaissances acquises sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé. »

CHAPITRE II

Collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon

« Art. 67. – Le chapitre IV du titre II du livre I^{er} de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 4124-14 ainsi rédigé :

« Art. L. 4124-14. – Les médecins de Saint-Pierre-et-Miquelon sont soumis à la compétence de l'ordre régional et de la chambre de discipline de première instance de l'ordre des médecins de la région Basse-Normandie.

« Les chirurgiens-dentistes de Saint-Pierre-et-Miquelon sont soumis à la compétence de l'ordre régional et de la chambre de discipline de première instance de l'ordre des chirurgiens-dentistes de la région Basse-Normandie.

« Les sages-femmes de Saint-Pierre-et-Miquelon sont soumises à la compétence de l'ordre interrégional et de la chambre de discipline de première instance de l'ordre des sages-femmes de la région Basse-Normandie.

« Jusqu'à la constitution d'un conseil de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes à Saint-Pierre-et-Miquelon, un praticien y exerçant, désigné par la délégation prévue à l'article L. 4123-15 en ce qui concerne les médecins, l'ensemble des praticiens de la profession considérée y exerçant en ce qui concerne les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes, participent à l'élection des délégués des conseils départementaux du Calvados au conseil régional ou au conseil interrégional et de la chambre de discipline de première instance de Basse-Normandie de chacun de ces trois ordres.

« La fonction de représentation de l'ordre prévue à l'article L. 4124-11 est exercée dans la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon par le conseil de l'ordre de l'archipel. En l'absence d'un tel conseil, elle est exercée par la délégation de trois médecins prévue à l'article L. 4123-15, par un chirurgien-dentiste et par une sage-femme désignés par le préfet de la collectivité territoriale après avis du conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes. »

« Art. 69. – I. – Le chapitre III du titre IX du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par les articles L. 4393-8 à L. 4393-10 ainsi rédigés :

« Art. L. 4393-8. – Les instances du conseil des professions mentionnées au chapitre I^{er} du présent titre ne seront constituées dans la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon que lorsque le nombre de praticiens de chacune des professions représentées remplissant les conditions d'éligibilité prévues à l'article L. 4392-1 sera au moins le double de l'effectif minimal prévu pour les représentants de ces professions, titulaires et suppléants, au sein d'une assemblée interprofessionnelle régionale.

« Jusqu'à ce qu'il en soit ainsi, les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes de Saint-Pierre-et-Miquelon sont soumis à la compétence de l'assemblée interprofessionnelle, des collèges professionnels et de la chambre disciplinaire de première instance de la région Ile-de-France.

« Art. L. 4393-9. – Le représentant de l'Etat dans la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon ou son représentant ainsi que des représentants des usagers de l'archipel qu'il désigne conformément aux dispositions de l'article L. 4393-2 assistent, avec voix consultative, aux séances de l'assemblée professionnelle régionale intéressant la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon.

« Art. L. 4393-10. – Les conditions d'application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »

« II. – Le chapitre VI du titre IX du livre III de la quatrième partie du même code est complété par les articles L. 4396-4 et L. 4396-5 ainsi rédigés :

« Art. L. 4396-4. – Le représentant de l'Etat dans la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon a un droit permanent d'accès au tableau du conseil concernant les professionnels exerçant dans la collectivité territoriale et le droit d'en obtenir une copie. Il publie cette liste une fois par an, assure sa mise à jour et la tient à la disposition du public.

« Art. L. 4396-5. – Les conditions d'application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. »

« Art. 70 bis – Les 2^o et 3^o de l'article L. 531-1 du code de l'action sociale et des familles sont abrogés. »

« Art. 72. – La section 3 du chapitre II du titre IV du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est complétée par un article L. 1142-13 ainsi rédigé :

« Art. L. 1142-13. – Pour leur application à la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon, les compétences dévolues par l'article L. 1142-5 à la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales sont exercées par la commission régionale de Basse-Normandie. »

« Art. 73 bis – Le titre II du livre VIII du code du travail est complété par un chapitre IV ainsi rédigé :

« CHAPITRE IV

« Médecine du travail

« Art. L. 824-1. – Sur la demande du préfet de la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon constatant l'absence de médecin du travail dans l'archipel, le ministre chargé du travail peut autoriser un médecin à y exercer l'activité de médecin du travail sans être titulaire du diplôme spécial visé à l'article L. 241-6. »

« Art. 73 ter. – I. – Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre IV de la première partie du code de la santé publique est complété par un article L. 1411-6 ainsi rédigé :

« Art. L. 1411-6. – Dans la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon est créé un conseil territorial de l'organisation sanitaire et sociale. Ce conseil a pour mission de contribuer à la définition et à la mise en œuvre de la politique territoriale de santé et d'assumer en matière sociale les compétences dévolues au comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale par la loi n^o 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

« La composition de ce conseil et ses modalités de fonctionnement sont fixées par voie réglementaire. »

« II. – Le chapitre I^{er} du titre II du livre I^{er} de la sixième partie du même code est complété par un article L. 6121-12 ainsi rétabli :

« Art. L. 6121-13. – Dans la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon, le schéma territorial de l'organisation sanitaire et sociale a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soin, y compris la prévention, en vue de satisfaire de manière optimale les besoins de la population.

« Le schéma territorial de l'organisation sanitaire et sociale est arrêté par le préfet, et le président du conseil général pour ce qui concerne les établissements et services

sociaux et médico-sociaux, après avis du conseil territorial de l'organisation sanitaire et sociale institué par l'article L. 1411-6. »

« III. - Le chapitre II du titre II du livre I^{er} de la sixième partie du même code est complété par un article. L. 6122-21 ainsi rédigé :

« Art. L. 6122-21. - Sont soumis à l'autorisation du préfet de la collectivité territoriale de Saint-Pierre et Miquelon les projets visés à l'article L. 6122-1. Les autorisations sont accordées en conformité avec les objectifs fixés par le schéma territorial de l'organisation sanitaire et sociale prévu à l'article L. 6121-13. »

« IV. - Les modalités d'application des articles L. 6121-12 et L. 6122-21 du code de la santé publique sont fixées par décret. »

« Art. 73 *quater*. - I. - Dans le premier alinéa de l'article 5 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales, la référence : "L. 716" est remplacée par la référence : "L. 154-1".

« II. - L'article 21 de la même ordonnance est abrogé.

« III. - Les articles L. 6147-4 et L. 6147-5 du code de la santé publique deviennent respectivement les articles L. 6147-3 et L. 6147-4.

« Le troisième alinéa de l'article L. 6147-3 est complété par une phrase ainsi rédigée : "Il assure les transports sanitaires définis au titre I^{er} du livre III de la présente partie à l'exception des transports vers des destinations extérieures au territoire de l'archipel de Saint-Pierre-et-Miquelon".

« Ses 3^o et 4^o deviennent respectivement ses 2^o et 3^o.

« A la fin de la première phrase du 1^o sont ajoutés les mots : "ainsi que les dispositifs médicaux définis à l'article L. 5211-1".

« IV. - L'article L. 6147-5 du même code est ainsi rétabli :

« Art. L. 6147-5. - L'établissement public de santé territorial reçoit une subvention de l'Etat pour les missions prévues aux 2^o et 3^o de l'article L. 6147-3, qu'il exerce pour le compte de l'Etat.

« Les missions mentionnées au 1^o de l'article L. 6147-3 constituent une activité subsidiaire au sens de l'article L. 6145-7. Le prix de vente des médicaments et des dispositifs médicaux est déterminé respectivement dans les conditions de l'article L. 5123-1 du présent code pour les premiers et, dans les conditions de l'article L. 165-3 du code de la sécurité sociale, pour les seconds.

« Les dépenses de l'établissement public territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon prises en compte dans l'objectif des dépenses d'assurance maladie visé au 4^o du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale sont financées sous la forme d'une dotation globale annuelle au sens de l'article L. 174-1 du même code. Le montant total annuel des dépenses hospitalières autorisées qui présente un caractère limitatif, est fixé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en fonction de l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses des établissements de santé défini à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, des besoins de santé de la population, des orientations du schéma d'organisation sanitaire de Saint-Pierre-et-Miquelon et des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire en tenant compte de l'activité et des coûts de l'établissement.

« La dotation globale mentionnée à l'alinéa précédent couvre, pour les missions mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 6147-3, la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie.

« Pour l'application des dispositions du présent code à Saint-Pierre-et-Miquelon, les compétences dévolues au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation sont exercées par le préfet.

« Par dérogation aux dispositions de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale, la dotation globale est versée par la caisse de prévoyance sociale mentionnée à l'article 3 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales. La contribution de l'Etablissement national des invalides de la marine au financement de la dotation globale versée par la caisse de protection sociale est fixée par accord entre les deux régimes. A défaut d'accord, la contribution de l'Etablissement national des invalides de la marine est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. »

« Art. 73 *quinquies*. - I. - L'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales est ainsi modifiée :

« A. - A l'article 9 :

« 1^o Le neuvième alinéa est complété par les mots : "et L. 311-10" ;

« 2^o Au dixième alinéa, les mots : "à L. 313-3" sont remplacés par les mots : "à L. 313-5" ;

« B. - L'article 9-5 est ainsi rédigé :

« Art. 9-5. - Pour l'application du 5^o de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, les allocations de référence sont l'allocation supplémentaire du régime vieillesse prévue aux articles 24 à 32 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 précitée et l'allocation supplémentaire invalidité prévue à l'article 9-6-1. »

« C. - L'article 9-6 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les articles L. 171-1, L. 171-2, L. 172-1, L. 355-1 à L. 355-3, L. 361-1, L. 371-4, L. 371-7 et L. 376-1 à L. 376-3 du même code sont applicables aux titulaires d'un avantage d'invalidité. »

« D. - Après l'article 9-6, il est inséré un article 9-6-1 ainsi rédigé :

« Art. 9-6-1. - Toute personne résidant sur le territoire de la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon et y ayant résidé ou ayant résidé sur le territoire métropolitain, dans un département ou un territoire d'outre-mer ou à Mayotte pendant une durée et dans des conditions déterminées, quel que soit son âge, titulaire d'un avantage viager servi au titre de l'assurance invalidité ou de vieillesse par un régime de sécurité sociale résultant de dispositions législatives ou réglementaires, bénéficie de l'allocation supplémentaire si elle est atteinte d'une invalidité générale réduisant sa capacité de travail ou de gain dans des proportions déterminées ou si elle a obtenu cet avantage en raison d'une invalidité générale au moins égale.

« L'allocation supplémentaire est régie par les articles 25 à 31 et 33 à 35 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon. »

« E. – Après l'article 9-6, il est inséré un article 9-6-2 ainsi rédigé :

« Art. 9-6-2. – Les charges de la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon afférentes au service de l'allocation supplémentaire mentionnée à l'article 9-6-1 sont couvertes au moyen d'une subvention spécifique de l'Etat dont les modalités de versement sont fixées par décret. »

« II. – Après l'article 12 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, il est inséré un article 12-1 ainsi rédigé :

« Art. 12-1. – Les dispositions des articles L. 171-2 et L. 355-1 du code de la sécurité sociale sont étendues aux prestations de vieillesse attribuées en application du présent titre. »

CHAPITRE III

Mayotte, territoires d'outre-mer et Nouvelle-Calédonie

« Art. 74. – I. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, et dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre, par ordonnances, à Mayotte, dans les territoires des îles Wallis et Futuna, et des Terres australes et antarctiques françaises et, en tant qu'elles concernent les compétences de l'Etat, en Polynésie française et en Nouvelle-Calédonie, les mesures législatives nécessaires à :

« 1° L'extension et l'adaptation des dispositions de la présente loi ;

« 2° L'actualisation des dispositions du code de la santé publique intéressant les ordres des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens ;

« 3° La création de sections des assurances sociales des chambres de discipline des ordres des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des pharmaciens.

« II. – Un projet de loi de ratification de ces ordonnances devra être déposé devant le Parlement au plus tard six mois à compter de l'expiration du délai mentionné au I. »

« Art. 75. – I. – A. – L'article L. 712-11 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa, ainsi rédigé :

« Par dérogation aux dispositions de l'alinéa précédent, le régime de sécurité sociale des fonctionnaires et des magistrats de l'ordre judiciaire exerçant leur activité en Nouvelle-Calédonie est déterminé par l'article L. 712-11-1. »

« B. – Après l'article L. 712-11 du même code, sont insérés trois articles L. 712-11-1, L. 712-11-2, L. 712-3 ainsi rédigés :

« Art. L. 712-11-1. – Sous réserve de l'alinéa ci-après, les magistrats de l'ordre judiciaire, les fonctionnaires civils de l'Etat, les militaires, les ouvriers de l'Etat et les fonctionnaires relevant des fonctions publiques territoriale et hospitalière, qui exercent leurs fonctions en Nouvelle-Calédonie, sont affiliés, ainsi que leurs ayants droit, pour l'ensemble des risques, aux régimes de sécurité sociale qui leur seraient applicables s'ils exerçaient leurs fonctions en métropole.

« Dès leur prise de fonction, celles des personnes mentionnées à l'alinéa précédent appelées à servir en Nouvelle-Calédonie pour une durée supérieure à six mois sont, ainsi que leurs ayants droit, affiliées, pour ses seules prestations en nature, au régime unifié d'assurance maladie maternité de la Nouvelle-Calédonie.

« Leur réaffiliation au régime général de sécurité sociale s'effectue conformément aux dispositions du titre premier du livre VII.

« Art. L. 712-11-2. – Les ayants droit des personnes affiliées au régime unifié d'assurance maladie et maternité mentionnées au premier alinéa de l'article L. 712-11-1 résidant habituellement en métropole ou dans les départements visés à l'article L. 751-1, bénéficient des prestations en nature dudit régime.

« Art. L. 712-11-3. – Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 712-6, les personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 712-11-1 perçoivent les prestations en nature du régime unifié d'assurance maladie maternité par l'organe de la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie.

« Pour la mise en œuvre de l'alinéa précédent, une convention est passée entre les mutuelles prévues à l'article L. 712-6 et la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie. »

« C. – Pour son application en Nouvelle-Calédonie, il est ajouté au début de l'article L. 712 les mots : "Sans préjudice des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 712-11-1,".

« D. – Pour son application en Nouvelle-Calédonie, il est ajouté au début du premier alinéa de l'article L. 713-10 du même code les mots : "Sans préjudice des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 712-11-1".

« E. – Les dispositions du présent I entrent en vigueur le 1^{er} juillet 2002.

« II. – A. – Pour son application en Nouvelle-Calédonie, l'article L. 154-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Art. L. 154-1. – La caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie est soumise au contrôle de la Cour des comptes dans les conditions et selon les modalités qui sont fixées par décret en Conseil d'Etat. Les sanctions qui pourront être appliquées à la suite de ce contrôle seront prévues par une loi ultérieure. »

« B. – Pour l'application en Nouvelle-Calédonie du premier alinéa de l'article L. 154-1, les mots : "en France métropolitaine et dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1" sont remplacés par les mots : "en Nouvelle-Calédonie".

« III. – Pour son application en Nouvelle-Calédonie, l'article 6 du décret n° 57-246 du 24 février 1957 relatif au recouvrement des sommes dues par les employeurs aux caisses de compensation des prestations familiales installées dans les territoires d'outre-mer est ainsi modifié :

« A. – La première phrase du premier alinéa est ainsi rédigée :

« Si la mise en demeure prévue à l'article 1^{er} bis reste sans effet, le directeur de la caisse de compensations des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie peut exercer l'action civile en délivrant une contrainte. »

« B. – Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : "Elle confère notamment l'hypothèque judiciaire." »

« IV. – Dans la section 2 du chapitre II du titre III du livre IX du code de l'organisation judiciaire après l'article L. 932-10, il est inséré un article L. 932-10-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 932-10-1. – En Nouvelle-Calédonie, le tribunal du travail connaît également des oppositions à contrainte formées par les employeurs et les travailleurs indépendants. »

« V. – Pour son application en Nouvelle-Calédonie, l'article L. 243-9 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Art. L. 243-9. – Avant d'entrer en fonctions, les agents de la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie chargés du contrôle prêté, devant le tribunal de première instance de Nouméa, serment de ne rien révéler des secrets de fabrication et en général des procédés et résultats d'exploitation dont ils pourraient prendre connaissance dans l'exercice de leur mission. Cette prestation de serment est renouvelée à l'occasion de tout renouvellement d'agrément. Toute violation de serment est punie des peines prévues à l'article 226-13 du code pénal. »

« VI. – Pour son application en Nouvelle-Calédonie, l'article L. 243-13 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Art. L. 243-13. – Par dérogation aux dispositions qui les assujettissent au secret professionnel, les agents des administrations fiscales sont habilités à signaler à la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie les infractions qu'ils constatent en ce qui concerne l'application des lois et règlements relatifs au régime général de sécurité sociale de la Nouvelle-Calédonie. »

« VII. – Pour son application en Nouvelle-Calédonie, l'article L. 243-13-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Art. L. 243-13-1. – L'autorité judiciaire est habilitée à communiquer à la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie toute indication qu'elle peut recueillir de nature à faire présumer une fraude commise en matière sociale ou une manœuvre quelconque ayant pour objet ou ayant pour résultat de frauder ou de compromettre le recouvrement des cotisations sociales. »

« VIII. – Le tribunal de première instance de Nouméa est compétent pour délivrer les ordonnances d'injonction découlant de la procédure prévue à l'article 90 de la loi du pays n° 2001-16 du 19 décembre 2001 publiée le 11 janvier 2002 relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie et connaître des contestations relatives à celles-ci. »

Vote sur l'ensemble

M. le président. Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'ensemble du projet de loi compte tenu du texte de la commission mixte paritaire.

(L'ensemble du projet de loi est adopté.)

(Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste et du groupe communiste.)

M. le président. A la demande du Gouvernement, je vais suspendre la séance quelques instants.

Suspension et reprise de la séance

M. le président. La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à dix-huit heures dix, est reprise à dix-huit heures trente.)

M. le président. La séance est reprise.

4

PROFESSIONS DE SANTÉ LIBÉRALES

Discussion, en nouvelle lecture, d'une proposition de loi

M. le président. M. le président de l'Assemblée nationale a reçu de M. le Premier ministre la lettre suivante :

Paris, le 12 février 2002.

« Monsieur le président,

« J'ai été informé que la commission mixte paritaire n'a pu parvenir à l'adoption d'un texte sur les dispositions restant en discussion de la proposition de loi portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie.

« J'ai l'honneur de vous faire connaître que le Gouvernement demande à l'Assemblée nationale de procéder, en application de l'article 45, alinéa 4, de la Constitution, à une nouvelle lecture de ce texte.

« Je vous prie d'agréer, monsieur le président, l'assurance de ma haute considération. »

En conséquence, l'ordre du jour appelle la discussion, en nouvelle lecture, de cette proposition de loi (n° 3585, 3591).

La parole est à M. le ministre délégué à la santé.

M. Jean-Luc Prével. Nous attendons un changement complet ! (Sourires.)

M. Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé. Monsieur le président, monsieur le rapporteur, mesdames, messieurs les députés, votre assemblée est saisie en nouvelle lecture de la proposition de loi déposée par le groupe socialiste portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie.

Chacun sait que le dispositif proposé par ce texte a déjà été voté dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale, mais qu'il a été annulé par le Conseil constitutionnel, pour des raisons de procédure, et non de fond. C'est ce qui nous conduit à en débattre à nouveau, à l'initiative des membres du groupe socialiste et du rapporteur Claude Evin.

Le Parlement a donc déjà mené une discussion approfondie sur ce texte, qui vient conforter le processus de large concertation avec les professions de santé et les partenaires sociaux depuis le « Grenelle de la santé » lancé le 15 janvier 2001.

C'est à la suite de cette concertation que j'ai formulé, le 4 octobre 2001, treize propositions relatives aux professions libérales. Certaines ont été votées dans la loi de financement de la sécurité sociale – organisation des gardes, aide à l'installation, développement des réseaux –, d'autres dans la loi sur les droits des malades, comme le développement de la formation médicale continue, ou encore dans la loi de modernisation sociale, telle la réforme des études médicales, qui fait de la médecine générale une spécialité à part entière.

Cette proposition de loi s'inscrit donc dans un ensemble destiné à rénover la médecine de ville et à améliorer la qualité des soins comme les conditions d'exercice des praticiens.

Dans un avis adopté à l'unanimité le 20 novembre 2001, le conseil d'administration de la CNAM a considéré cette proposition comme la première étape d'une réforme d'ensemble que, bien entendu, il faudra poursuivre.

D'ores et déjà, la CNAM s'est engagée dans un dialogue avec le Conseil national des professions de santé pour mettre en œuvre l'accord-cadre commun à toutes les professions libérales de santé.

Moins contraignante, fondée sur la responsabilité partagée, cette nouvelle architecture des rapports conventionnels a pour objectif de conforter notre système, tant dans son organisation que dans ses résultats.

Notre système de santé est l'un des meilleurs du monde, au point que nos voisins nous envoient leurs patients pour se faire soigner.

M. Jean-Luc Prével. Eh oui !

M. Jean-Pierre Foucher. C'est vrai !

M. le ministre délégué à la santé. Pourquoi est-il parmi les meilleurs ? En tout cas pas parce qu'il est le plus cher, puisque l'OMS classe la France au douzième rang pour les dépenses de santé par habitant. Il est l'un des meilleurs parce qu'il allie liberté et solidarité : liberté du patient de choisir son praticien, liberté du médecin dans l'exercice de sa profession, de ses prescriptions, de son installation et de son mode de paiement à l'acte. Quant à la solidarité, elle se traduit par la sécurité sociale, encore améliorée grâce à l'instauration par le Gouvernement de la couverture maladie universelle : pour se faire soigner en France, il suffit de présenter une carte Vitale, il n'est pas besoin d'une carte de crédit.

Au sein de ce système, contrairement à de nombreux pays, nous sommes parvenus à concilier les intérêts des professions de santé libérales avec une forte prise en charge par la solidarité nationale. Cela se traduit très concrètement par le contrat que les professionnels passent avec les pouvoirs publics et par délégation du législateur avec les caisses d'assurance maladie.

C'est au nom de ce contrat que les professionnels bénéficient ainsi d'une prise en charge par les assurés sociaux qui représente pour un généraliste 8 000 euros par an, soit plus de deux euros en moyenne par consultation.

On peut vouloir changer ce système. Je crois d'ailleurs comprendre que la droite a soudainement quelques velléités en la matière, en tout cas lorsqu'elle s'exprime par la voix du MEDEF,...

M. Jean Le Garrec, *président de la commission*. Oh là là !

M. le ministre délégué à la santé. ... car ce n'est pas sur ces bancs qu'elle manifeste une grande capacité de proposition.

M. Jean-Luc Prével. Nous ne répondrons pas à cette provocation !

M. le ministre délégué à la santé. La réalité est pourtant bien là : après avoir fait des médecins les boucs émissaires du trou de la sécurité sociale, elle s'en prend aujourd'hui aux assurés en voulant leur imposer un système de franchise qui s'apparente à un système à deux vitesses.

Au contraire, notre majorité a fait tout au long de la législature qui vient de s'écouler, et elle fait encore, des choix différents.

D'abord, elle a rétabli les comptes de la sécurité sociale grâce à la politique économique volontariste qu'elle a menée. Je vous rappelle qu'en 1997 les déficits cumulés du régime général atteignaient plus de 250 milliards de francs. Depuis, nous avons restauré les excédents. Sur la période 1998-2001, le régime général aura dégagé un excédent cumulé de 1,5 milliard de francs, soit 230 millions d'euros, et cet excédent s'est accru puisque, pour la période 1999-2001, il atteint près de 18 milliards de francs, 2,7 milliards d'euros.

Ensuite, la majorité a fait beaucoup pour notre système de santé, qui avait été quelque peu oublié ces dernières années, j'y reviendrai.

Enfin, elle a souhaité définir un nouveau contrat de confiance entre tous les acteurs et élaborer avec eux un cadre cohérent qui permettra les nécessaires évolutions.

Nous devons aller vers un système de régulation afin de mieux prendre en compte les engagements collectifs et individuels en redonnant, dans un cadre législatif adéquat, des espaces de liberté qui permettront d'adapter les soins aux nouvelles exigences scientifiques et sociales.

C'est pourquoi, depuis un an, nous travaillons avec les médecins libéraux et nous avons fait adopter dans la loi plusieurs mesures importantes dont certaines sont reprises dans l'accord conclu avec la CNAM le 24 janvier dernier.

Je pense notamment à l'aide à l'installation pour pallier les difficultés de recrutement et favoriser le remplacement des infirmières et des médecins en zone rurale et dans les quartiers urbains désertifiés, aux améliorations qui seront apportées au fonctionnement des permanences des soins en ville, grâce aux maisons de garde que nous allons créer, tandis que nous travaillons à d'autres solutions engagées pour la campagne, je pense enfin aux solutions de financement pérennes que nous avons arrêtées afin de développer les réseaux pour organiser la prise en charge multidisciplinaire des patients entre les professionnels du secteur libéral et l'hôpital.

De toutes ces mesures nouvelles qui vont modifier l'exercice quotidien du métier de généraliste, nous avons pu discuter hier avec deux organisations représentatives des médecins généralistes, MG France, signataire de l'accord du 24 janvier avec la CNAM, et l'UNOF, qui n'était pas signataire mais a souhaité venir pour ne pas rompre le fil de la négociation, ce dont je la remercie. Je me réjouis de cette attitude qui permet à chacun d'avancer son point de vue et contribue à dégager des solutions communes. Nous avons arrêté un programme de travail pour avancer, et avancer vite, pour améliorer les conditions de vie et d'exercice des professions de santé.

Mesdames, messieurs les députés, je ne m'attarderai pas plus longuement sur le contenu de cette proposition de loi qui crée un cadre général pour réglementer les soins de ville. Je souhaite surtout que chacun ait à l'esprit que nous tournons résolument le dos aux options répressives du précédent gouvernement, pour construire une architecture plus respectueuse des professions de santé et de leurs patients.

M. Jean-Pierre Foucher. Ce n'est pas tout à fait le sens du texte !

M. le ministre délégué à la santé. La priorité ira donc à la qualité des soins, qui fera l'objet d'un accord-cadre applicable à l'ensemble des professions de santé. Le dispositif de régulation des soins résultera d'un engagement collectif et individuel qui prendra la forme d'un accord national. Un contrat de bonne pratique pour chaque profession sera signé. Enfin, chaque professionnel pourra s'engager au-delà de l'accord-cadre afin d'améliorer la

qualité des soins, et ceux qui s'engageront dans ce dispositif conventionnel seront exonérés du système des lettres-clés flottantes.

Voilà en quoi consiste la rénovation des rapports conventionnels qui vous est proposée par cette proposition de loi. Celle-ci constitue un complément essentiel non seulement à l'accord tarifaire conclu il y a quelque jours avec les médecins généralistes, mais aussi à tous les accords passés depuis 1997 avec les autres professions de santé libérales.

Je souhaite également voir aboutir rapidement les négociations conduites par la CNAM avec les infirmières libérales, car ces dernières doivent avoir les moyens d'exercer correctement ce difficile métier.

Cela s'ajoute également au bilan de tout ce que nous avons fait pour l'hôpital depuis 1997, bilan dont peu de gouvernements précédents pourraient se féliciter. Ainsi, nous avons triplé l'augmentation annuelle de l'enveloppe précédemment allouée à l'hôpital, mis en œuvre les 35 heures, avec la création de quelque 45 000 emplois à la clé...

M. Jean-Claude Lemoine. En trois ans !

M. le ministre délégué à la santé. ... et conclu un accord sans précédent de revalorisation des rémunérations et des carrières des 757 000 agents hospitaliers, avec les protocoles de mars 2000 et de mars 2001.

Voilà tout ce dont ce gouvernement peut se féliciter d'avoir fait avec le soutien de sa majorité. Certes, il reste beaucoup à faire. L'heure sera bientôt aux propositions des campagnes électorales, et les candidats pourront librement débattre avec les Français. Mais il faudra que chacun précise dans quel cadre il se situe : celui de la solidarité, qui se concrétise ici avec cette proposition de loi, ou celui de la concurrence qui s'affirme ailleurs et qui nous paraît bien dangereux.

Le Gouvernement a fait son choix : celui de la solidarité, qui concilie la qualité des soins avec l'égalité d'accès ; bref, il a fait le choix de la sécurité sociale. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. le président. La parole est à M. le rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

M. Claude Evin, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, la commission mixte paritaire qui s'est réunie ce midi n'a pu parvenir à un accord sur ce texte. En effet, le Sénat ayant adopté il y a quelques jours une question préalable sur cette proposition de loi, il n'avait pas de texte à discuter avec l'Assemblée nationale. Nous devons donc reprendre l'examen de celui que nous avons adopté en première lecture au début du mois de janvier.

Après M. le ministre, je voudrais rappeler l'objectif que nous vivions en déposant avec Jean Le Garrec et le président du groupe socialiste cette proposition de loi.

D'abord, il s'agissait de reprendre un article - introduit par voie d'amendement - de la loi de financement de sécurité sociale pour 2002, qui avait été annulé par le Conseil constitutionnel pour des raisons de forme, d'ailleurs, et non de fond. En effet, je rappelle que le Gouvernement avait proposé la totalité de l'architecture du dispositif en question après la discussion en commission mixte paritaire. Il n'en reste pas moins que le sujet qui avait amené le Gouvernement à déposer cet amendement avait déjà été évoqué en première lecture. Par ailleurs, comme je l'ai fait observer à nos collègues sénateurs ce matin, le Sénat ayant lui-même adopté lors de sa première lecture du projet de loi de financement de la

sécurité sociale un amendement tendant à supprimer le mécanisme dit des lettres-clés flottantes, cela signifiait bien qu'il souhaitait voir mettre en place un autre dispositif et qu'il appelait de fait - en tout cas, c'est mon point de vue - l'amendement du Gouvernement. Le Conseil constitutionnel en a jugé autrement et il ne m'appartient pas d'apprécier ses décisions.

L'Assemblée nationale est donc appelée à examiner une proposition de loi qui reprend le contenu de cet article 18 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002.

Il s'agit d'instaurer un système conventionnel à trois étages. La proposition ne concerne du reste que le mécanisme conventionnel, et un certain nombre de questions, notamment celles concernant les relations entre l'Etat et les caisses de sécurité sociale, ne sont pas traitées dans ce texte. Il sera donc nécessaire d'y revenir, comme nous l'avons dit à diverses reprises au sein de la commission d'affaires culturelles, familiales et sociales au cours des différents travaux que nous avons conduits sur les questions d'assurance maladie. Nous continuons de penser que ce sera un des chantiers importants à mettre en œuvre lorsque nous reviendrons aux responsabilités après les élections présidentielle et législatives.

M. Jean-Pierre Foucher. Ce n'est pas fait !

M. Claude Evin, rapporteur. Il faudra en effet redéfinir les relations entre les caisses de sécurité sociale et l'Etat, pour faire disparaître l'impression qu'ils se renvoient les responsabilités.

Nous proposons de mettre en place un nouveau mécanisme conventionnel. Si un tel dispositif n'était pas adopté, c'est le mécanisme actuellement en vigueur qui continuerait à s'appliquer, lequel prévoit de modifier les tarifications des lettres-clés si trois ou quatre des rapports annuels des caisses de sécurité sociale conduisent à constater qu'il y a eu un dérapage des dépenses des professions libérales de santé au regard de l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie voté par le Parlement.

C'est pour sortir d'un tel dispositif et pour favoriser la discussion conventionnelle qu'il faut adopter le mécanisme qui est proposé aujourd'hui, et dont le premier étage consiste en la création d'un nouvel instrument de la vie conventionnelle, c'est-à-dire un accord-cadre conclu avec l'ensemble des professions libérales de santé. J'ai d'ailleurs pu noter avec une certaine satisfaction qu'un tel mécanisme était proposé sur le site internet du RPR après que ce mouvement eut mis en place des ateliers destinés à définir un projet politique. Par conséquent, je ne doute pas que M. Morange, secrétaire national du RPR pour les questions de santé, votera tout à l'heure en faveur de ce dispositif.

Le deuxième étage consiste en un mécanisme conventionnel conclu avec chacune des professions de santé.

Quant au troisième étage, il permet de passer des contrats avec les professionnels sur des objectifs de santé publique.

Ce mécanisme pourrait entrer en vigueur au cours de cette année. Je ne doute pas que les professionnels, qui attendent de pouvoir renouer des relations de confiance avec les caisses de sécurité sociale n'hésiteront pas à s'en saisir.

Telles sont, mes chers collègues, les raisons pour lesquelles je vous invite à approuver de nouveau ce dispositif. Je vous signale que la commission a adopté, au début de cet après-midi, lors de l'examen de ce texte, deux amendements de précision du Gouvernement, qui ne changent rien à la philosophie du texte qui a été adopté en première lecture, et un amendement rédaction-

nel. Si ce texte est adopté, nous aurons donc fait œuvre utile en permettant de revivifier le mécanisme conventionnel. Bien entendu, nous sommes tout à fait conscients qu'il reste encore un certain nombre d'actions à entreprendre pour permettre que l'Etat, les caisses de sécurité sociale et les professionnels de santé puissent retrouver un mode de fonctionnement plus cohérent dans les prochains mois. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

Exception d'irrecevabilité

M. le président. J'ai reçu de M. Philippe Douste-Blazy et des membres du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance une exception d'irrecevabilité, déposée en application de l'article 91, alinéa 4, du règlement.

La parole est M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, c'est avec regret que je défends devant vous cette motion de procédure, car il s'agit en réalité d'une motion de censure...

M. Philippe Nauche. Rien que ça !

M. Jean-Luc Prével. ... contre la politique que le Gouvernement mène depuis cinq ans dans le domaine de la santé.

Pour commencer, je regrette l'absence d'Elisabeth Guigou, car nombre de mes critiques s'adressent à elle.

M. le ministre délégué à la santé. Vous aurez le bonheur de la voir arriver !

M. Jean-Luc Prével. Je pense que vous lui transmettez mes critiques, monsieur le ministre.

M. le ministre délégué à la santé. C'est évident !

M. Jean-Luc Prével. Toutefois, comme il existe une solidarité interministérielle, c'est à vous que je vais m'adresser.

Aujourd'hui, notre système de santé connaît une crise très profonde qui touche tous les secteurs. Tous les professionnels sont désabusés et écœurés.

Pourtant, la santé et l'organisation du système de soins devraient nous réunir, et nous devrions proposer ensemble, après avoir diagnostiqué les difficultés et leurs causes, un traitement visant à améliorer la santé de tous nos concitoyens.

Ces problèmes et leurs causes sont connus de tous. Mais, malheureusement, depuis cinq ans que vous gouvernez, vous avez une conduite curieuse, dans laquelle les mauvaises langues croient voir l'expression d'une attitude de suffisance et de mépris envers les personnels soignants.

M. le ministre délégué à la santé. Oh !

M. Jean-Luc Prével. Pour ma part, je crois que vous recherchez simplement le conflit, puis que vous le laissez mûrir et que vous attendez – à tort – qu'il pourrisse.

Tel a été le cas avec les hôpitaux et les cliniques. En octobre 2001, vous avez attendu la grève dans les hôpitaux pour paraître découvrir les problèmes, aggravés par l'application des 35 heures. Et ces problèmes sont aujourd'hui bien loin d'être résolus.

Toujours en octobre 2001, j'ai eu l'occasion, pendant la discussion de la loi de financement de la sécurité sociale, d'appeler l'attention d'Elisabeth Guigou sur la situation des cliniques privées, qui en étaient alors à une grève d'avertissement mais prévoyaient une grève dure pour le 5 octobre.

A de nombreuses reprises, j'ai mis en garde le Gouvernement et lui ai demandé ce qu'il comptait faire. Je n'ai pas eu, et mes collègues pas davantage, le début de l'amorce d'une réponse.

Enfin, lorsque le temps de la grève annoncée fut venu, vous avez consenti à lâcher quelques milliards.

Lors de la discussion en deuxième lecture de la loi de financement de la sécurité sociale, j'ai encore eu l'occasion à plusieurs reprises d'appeler l'attention du Gouvernement sur la situation des professionnels libéraux, médecins et infirmières, qui avaient commencé une grève des gardes et qui demandaient une revalorisation des actes mais aussi et surtout une reconnaissance. Là non plus, comme en témoigne le *Journal officiel*, je n'ai pas eu le début de l'amorce d'une réponse.

Est-ce ainsi que l'on doit gouverner ? Est-ce ainsi que le Gouvernement manifeste l'attention qu'il porte aux parlementaires ? Est-ce ainsi que la ministre témoigne de sa reconnaissance envers des professionnels consciencieux ?

M. Alain Calmat. Comment un gouvernement peut-il faire voter une reconnaissance ?

M. Jean-Luc Prével. Quand on lui pose des questions, que ce soit sur les hôpitaux ou sur les cliniques, lors d'un débat sur la loi de financement de la sécurité sociale, la moindre des choses est que le Gouvernement reconnaisse qu'il y a un problème dans ce secteur et qu'il explique comment il va tenter de le résoudre. Or, je le répète, il n'a pas fourni le début de l'amorce d'une réponse.

M. Jean-Pierre Foucher. Il n'a manifesté que du mépris !

M. Alain Calmat. Et Juppé en 1996 ?

M. Jean-Luc Prével. Comme le dit Jean-Pierre Foucher, le Gouvernement n'a manifesté que du mépris.

Les médecins ont alors entamé une grève des gardes. Là encore, le Gouvernement n'a pas fourni de réponse.

Puis vint le week-end de Noël, et le ministère de l'emploi et de la solidarité découvre que les choses risquent de devenir sérieuses. Aussi, deux mois après le début de leur action, le directeur de cabinet du ministre reçoit les médecins le 31 décembre 2001. Date plutôt curieuse !

Mme Yvette Benayoun-Nakache. C'est un jour comme un autre quand on travaille !

M. Jean-Luc Prével. Quand des professionnels revendiquent depuis deux mois et qu'on leur donne rendez-vous le 31 décembre, est-ce vraiment raisonnable ?

M. Jean-Jacques Denis. Cela aurait pu être le 1^{er} janvier !

M. Jean-Luc Prével. Le directeur de cabinet reçoit donc les médecins et leur dit que, Mme la ministre étant en vacances,...

M. Alain Calmat. Pas à l'île Maurice, elle !

M. Jean-Luc Prével. ... il peut éventuellement les écouter, mais qu'il ne peut pas prendre en compte leurs revendications ni faire de propositions.

Voilà, selon moi, un exemple du mépris que vous manifestez à leur égard et que les professionnels n'ont pas accepté. Et on peut les comprendre.

Que n'avez-vous reçu plus tôt les responsables syndicaux !

Depuis, dans l'urgence, un accord a été signé avec un syndicat minoritaire. Est-ce vraiment la bonne méthode ?

Mme Yvette Benayoun-Nakache. Il ne faut pas dédaigner les minorités ! C'est la démocratie !

M. Jean-Luc Prével. Qu'une minorité impose son opinion à la majorité, c'est ça que vous appelez la démocratie ?

Lorsqu'on voit aujourd'hui le résultat de la méthode que vous avez utilisée, il est permis de douter que ce soit la bonne. Or votre proposition d'architecture conventionnelle est de même nature.

L'amendement esquisse déposé en première lecture, quelque peu modifié en deuxième lecture mais censuré par le Conseil constitutionnel, revient donc sous la forme d'une proposition de loi présentée par Claude Evin. Toutefois, celle-ci ne fait pas davantage l'objet d'un consensus que l'article censuré par le Conseil constitutionnel, et elle est vouée à l'échec parce que la méthode utilisée n'est pas la bonne et que l'essentiel, aujourd'hui, est de rétablir la confiance des partenaires. Il n'y a rien à attendre de bricolages préparés avec des minoritaires, eux-mêmes contestés au sein de leur propre structure.

Vous savez bien, monsieur le ministre, que le malaise est profond, que l'essentiel est d'abord de renouer des relations de confiance avec l'ensemble des professionnels.

M. Claude Evin, rapporteur. Le problème, c'est que personne n'est majoritaire !

M. Jean-Luc Préel. Les élections aux unions régionales des médecins libéraux montrent clairement que la Confédération des syndicats médicaux français a obtenu 70 % des suffrages.

M. Claude Evin, rapporteur. Non !

M. Jean-Luc Préel. Si ça, ce n'est pas être majoritaire, qu'est-ce que c'est ?

Je vous souhaite, monsieur Evin, d'être élu en juin avec 70 % des voix. Si c'est le cas, vous serez sans doute satisfait. Mais si vous n'obtenez que 30 % vous ne siègerez plus parmi nous et ce sera regrettable !

M. Jean Le Garrec, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales. Voilà une bonne parole, monsieur Préel !

M. Jean-Luc Préel. Les professionnels ont formulé trois demandes essentielles.

Premièrement, ils réclament la reconnaissance de leur rôle.

Deuxièmement, ils veulent la suppression des lettres-clés flottantes que vous avez instituées. Vous avez dit tout à l'heure, monsieur Evin, que le système des lettres-clés flottantes avait été instauré par M. Juppé. Mais pas du tout : c'est Martine Aubry qui a mis en place ce système particulièrement pervers qu'elle dénonce maintenant !

M. Claude Evin, rapporteur. Et le reversement, qui l'a décidé ?

M. Jean-Luc Préel. Vous connaissez la réalité, monsieur Evin. C'est Martine Aubry, je le répète, qui a institué les lettres-clés flottantes et le dépôt de rapports sur l'évolution des dépenses par les caisses.

M. Claude Evin, rapporteur. Un jour, je vous expliquerai ce que sont les lettres-clés flottantes !

M. Jean-Luc Préel. Merci, monsieur Evin, je prendrai volontiers une leçon !

M. Claude Evin, rapporteur. Cela n'a marché qu'une fois, en 1991, pour la biologie !

M. Jean-Luc Préel. Mais cela a fonctionné en Allemagne pendant longtemps.

Troisièmement, les professionnels demandent une revalorisation des actes.

Le défaut majeur de la proposition présentée aujourd'hui réside dans le fait qu'elle est plaquée sur un système qui ne fonctionne pas.

Certes, il est souhaitable de relancer la politique conventionnelle et d'aller vers une maîtrise médicalisée des dépenses, grâce notamment à l'application des bonnes

pratiques médicales. Et nous sommes tous d'accord pour dire que l'application de bonnes pratiques médicales constituerait la meilleure des méthodes.

Toutefois, votre proposition, avec ses trois étages, est compliquée et ambiguë. Selon moi, son défaut principal réside dans le fait qu'elle ne s'accompagne pas du changement nécessaire qui modifierait tout, c'est-à-dire la fixation de l'ONDAM à un taux réaliste, défini à partir des besoins exprimés au niveau régional. Tant que le Gouvernement se contentera de fixer l'ONDAM au pifomètre, à un niveau que l'on sait intenable, les relations avec les professionnels seront viciées, tout le monde est d'accord sur ce point.

Le second défaut de ce texte est qu'il propose l'ouverture de négociations tout en maintenant la menace des lettres-clés flottantes, ce que les syndicats interprètent comme une négociation avec le revolver sur la tempe. Signez, sinon je vous sanctionne ! Est-ce ainsi que l'on peut nouer des relations de confiance ?

Le troisième défaut de cette proposition de loi est qu'elle prévoit que la signature d'un seul syndicat, fût-il minoritaire, est suffisante, alors que, dans le même temps, elle prévoit la signature de deux caisses. Est-ce raisonnable ?

Dans ces conditions, comment pouvez-vous espérer obtenir l'accord de l'ensemble de la profession ? Le développement de coordinations montre ce qu'il advient lorsqu'on ne tient pas compte de la majorité.

Il est donc nécessaire de prévoir qu'une convention, pour être applicable, doit recueillir l'assentiment des syndicats représentant une large majorité des professionnels.

Le quatrième défaut de ce texte tient au fait qu'il propose des contrats individuels, alors que vous savez que le principe défendu par le syndicat majoritaire est celui d'une convention unique applicable à l'ensemble des professionnels, généralistes et spécialistes.

A nos yeux, votre proposition n'a aucune chance d'être acceptée et de résoudre le problème des relations entre les caisses et les professionnels.

En réalité, le défaut majeur de ce texte est qu'il plaque une architecture conventionnelle complexe sur un système qui ne fonctionne plus, qui n'a plus de légitimité.

Il devient urgent et nécessaire de revoir complètement notre organisation du système de santé.

Monsieur le ministre, il est indispensable de revoir l'architecture, de commencer par l'essentiel, c'est-à-dire par les fondations. Sinon, la cathédrale dont a parlé M. Le Garrec et que vous voulez construire risque fort de s'écrouler.

Certes, notre système de soins est encore efficace et est reconnu par l'OMS comme probablement le plus performant au monde. Il permet encore la liberté de choix du médecin et du lit d'hospitalisation, et, pour le médecin, la liberté de prescrire. Il permet aussi d'éviter que ne se créent les files d'attente que l'on connaît dans d'autres pays.

M. Jean Le Garrec, président de la commission. C'est très bien, ce que vous dites !

M. Jean-Luc Préel. Toutefois, tout le monde reconnaît que notre système de soins est vraiment au bord de l'explosion ; il faut donc revoir son organisation.

Ainsi, le paritarisme n'est plus qu'un souvenir dans le domaine de la santé. Autant nous estimons qu'il est justifié et doit être renforcé pour la branche retraite - de base et complémentaire -, l'assurance chômage et les accidents du travail, autant nous le contestons pour la branche

maladie. Du reste, il est condamné par le départ du MEDEF, peut-être définitif, que nous n'avons pas souhaité.

Monsieur le ministre, rassurez-vous, nous ne souhaitons pas non plus la privatisation. Je le précise parce que vous avez eu l'air de dire que nous serions à la remorque du MEDEF ; vous savez pourtant très bien que tel n'est pas le cas.

De plus, les soins concernent tous les Français, de leur naissance à leur mort, quelle que soit leur activité : puisqu'ils n'ont aucun lien avec le travail, la gestion paritaire est donc injustifiée.

Comment pourrait-on d'ailleurs la justifier aujourd'hui ?

Son financement n'est plus assuré par les cotisations salariales et patronales : les cotisations salariales ont été remplacées par la CSG, assise sur l'ensemble des revenus, y compris ceux du patrimoine et ceux de remplacement ; les cotisations patronales connaissent de nombreuses exonérations, en principe compensées par des impôts et taxes divers prélevés par l'Etat.

Le ministre, vous le savez très bien, monsieur Kouchner, est désormais responsable de la quasi-totalité du système de soins. Il est responsable des hôpitaux, des cliniques, des médicaments, des diverses agences – que je n'irai pas jusqu'à qualifier de technocratiques –, de la nomenclature, de l'ONDAM. Il fixe, dans sa grande sagesse, le niveau des enveloppes et des sous-enveloppes régionales. Il valide les décisions de la CNAM. Et il n'a même pas à rendre compte devant le Parlement. En démocratie, la moindre des choses, me semble-t-il, est pourtant de le faire pour les décisions essentielles.

Les membres des conseils d'administration et de surveillance de la CNAM sont désignés et non pas élus. Y siègent d'ailleurs, curieusement, les représentants de la mutualité, assurance complémentaire, mais pas ceux des assurances et des institutions de prévoyance. La CNAM se voit affecter arbitrairement les dépenses déléguées, à charge pour elle de répartir cette enveloppe, votée par le Parlement, entre les diverses catégories de professionnels, de suivre son évolution, de rédiger un rapport tous les quatre mois et de présenter au ministre des propositions pour que cette enveloppe ne soit pas dépassée. C'est encore le ministre qui valide partiellement ou rejette ces propositions. Et c'est encore lui qui nomme et révoque – on l'a vu il y a quelques jours – son directeur. Quelle est donc l'autonomie du conseil d'administration de la CNAM ? Elle est nulle !

Et quel est le rôle du Parlement ? Un progrès a certes été réalisé avec le vote de l'ONDAM à l'issue d'un débat annuel, mais le Parlement n'est malheureusement plus questionné sur aucun des problèmes majeurs du système de santé et il n'intervient pas dans la fixation des priorités. Peut-être aura-t-il davantage de poids demain, avec le rapport prévu dans la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ? Mais encore faudrait-il que ce rapport fasse l'objet d'un vrai débat au Parlement et soit amendable.

Je vais vous rafraîchir la mémoire, monsieur le ministre : l'UDF souhaite la création d'un vrai ministère de la santé...

M. le ministre délégué à la santé. Oh !

M. Jean-Luc Prével. ... pour qu'il existe un interlocuteur clairement désigné, responsable, chargé de la politique de la santé publique, du financement, et – je vais sans doute plus loin que vous – de la formation. Car si la formation

médicale n'avait pas dépendu du ministère de l'éducation nationale, les réformes indispensables de la formation aux métiers de la santé auraient peut-être avancé plus vite.

Il est essentiel de reconnaître que les prestations de santé sont un bien supérieur, comme le dit Claude Lepen, et d'admettre que les dépenses de santé augmentent plus vite que le PIB. L'ONDAM doit être fixé à un niveau réaliste, tenant compte des besoins définis au niveau régional, des innovations technologiques et du vieillissement de la population.

Je rappelle que nous ne sommes favorables ni à l'étatisation ni à la privatisation du système. Accepter l'étatisation pourrait d'ailleurs constituer une tentation, puisqu'elle est pratiquement achevée : il suffirait de prendre acte de la disparition de la CNAM. Mais ce n'est pas notre choix. Nous souhaitons une réelle régionalisation, permettant de prendre en compte les besoins des usagers et des professionnels, de réaliser une politique de santé de proximité et d'organiser la complémentarité des équipements. Tout le monde reconnaît aujourd'hui que la région est à cet égard le niveau pertinent : c'est le cas pour les greffes, la neurochirurgie, la chirurgie cardiovasculaire, etc. Il existe du reste déjà, dans le cadre de la déconcentration, de nombreuses structures régionales, mais il me paraît nécessaire d'aller rapidement plus loin.

A propos de la régionalisation, je ferai quelques remarques.

La régionalisation ne signifie pas que l'Etat ne doit plus assurer la solidarité nationale, fixer les grandes orientations de santé et veiller à l'équité.

La régionalisation n'est pas synonyme d'inégalités. En dépit de la politique nationale menée actuellement, il existe de nombreuses inégalités en ce qui concerne la morbidité, la mortalité, le financement et la démographie des professionnels. Un système national ne met donc pas à l'abri de grandes inégalités entre régions.

Monsieur le ministre, je n'entrerai pas dans le détail, mais je suis à votre disposition pour que nous discutions.

M. Alain Calmat. Quel rapport avec une exception d'irrecevabilité ?...

M. Jean-Luc Prével. Cela dit, il me paraît souhaitable de prendre en compte les besoins exprimés par les observatoires régionaux de la santé, qui doivent avoir des moyens humains et financiers suffisants pour travailler.

Les conseils régionaux de la santé doivent être élus par collège, afin qu'ils disposent d'une légitimité incontestable et qu'aucune profession ne prenne le pas sur les autres, et avoir pour mission d'évaluer les besoins...

Mme Yvette Benayoun-Nakache. De quoi parlez-vous ?

M. Philippe Nauche. Vous vous trompez de loi !

M. Jean-Jacques Denis. Vous retardez d'un texte !

M. Jean-Luc Prével. Pas du tout !

M. le président. Continuez, monsieur Prével.

M. Jean-Luc Prével. Je l'affirme : plaquer la convention sur un système à trois étages, sur un système qui ne fonctionne pas, c'est aller à l'échec !

M. Alain Néri. Ce n'est pas l'heure de se mettre en colère !

M. Jean-Luc Prével. Si l'on veut restaurer la confiance de tous les professionnels et avoir une chance que le système français puisse fonctionner, la seule solution consiste à revoir l'architecture globale du système, en commençant par les fondations.

M. Jean-Pierre Foucher. Voilà qui est clair !

M. Jean-Luc Prével. Il fallait que je le répète, car j'ai l'impression que vous n'avez pas compris mon raisonnement, pourtant extrêmement clair.

M. Dominique Baert. Ah bon ?

M. Claude Evin, *rapporteur*. C'est vous qui le dites, monsieur Prével !

M. Jean-Luc Prével. Je me ferai un plaisir de répondre à vos questions, monsieur le rapporteur.

M. le président. Allons : continuez, monsieur Prével.

M. Claude Evin, *rapporteur*. M. le président ne souhaite pas que je vous questionne !

M. le président. Vous répondrez plus tard, monsieur le rapporteur.

M. Jean-Luc Prével. Il me paraît également nécessaire de créer des exécutifs régionaux : les agences régionales de la santé. Mais M. Evin ne parle plus de cette idée, qui, naguère, lui était si chère.

Alain Néri. Il en parlera tout à l'heure !

M. Jean-Luc Prével. Et quand cela ?

Il avait justement la possibilité, dans le texte sur les droits des malades, dont nous venons de débattre, de mettre cette idée en application, mais il ne l'a pas fait !

M. Alain Néri. Il le fera !

M. Jean-Luc Prével. A condition qu'il soit réélu, comme il l'a dit tout à tout à l'heure,...

M. Alain Néri. Cela ne sera pas difficile !

M. Jean-Luc Prével. ... et pas dans la minorité !

La création des agences régionales de la santé est nécessaire pour regrouper l'hôpital, les cliniques, la médecine ambulatoire et la prévention.

M. Jean Le Garrec, *président de la commission*. Nous le ferons !

M. Jean-Luc Prével. Vous aviez l'occasion de le faire dans le texte sur les droits des malades. Pourquoi ne pas l'avoir fait ? Quand le ferez-vous ?

M. Claude Evin, *rapporteur*. Nous aurons cinq ans !

M. Jean-Luc Prével. Vous avez déjà eu cinq ans. Pourquoi les Français croiraient-ils que vous le ferez dans les cinq prochaines années ?

M. Jean-Pierre Foucher. La majorité n'est pas crédible !

M. Jean-Luc Prével. Pour notre part, j'espère que nous pourrions le réaliser. (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste.*)

Mme Yvette Benayoun-Nakache. Nous n'avons rien fait ? Et la couverture maladie universelle ?

M. Jean-Claude Beauchaud. Nous l'avions promis, nous l'avons fait !

M. le président. Arrêtez d'interrompre l'orateur, mes chers collègues. Et vous, monsieur Prével, ne répondez pas à toutes les interruptions !

M. Jean-Luc Prével. Précisément, la couverture maladie universelle doit être réformée, car nous avons toujours défendu l'idée d'une aide personnalisée à la santé, respectant le principe de la responsabilité et donnant à chaque Français les moyens, proportionnellement à son revenu, de financer sa couverture complémentaire. Il faut revoir le système de la CMU et son détestable effet de seuil.

M. Jean-Jacques Denis. Demandez ce qu'elles en pensent aux cinq millions de personnes qui en bénéficient !

Mme Yvette Benayoun-Nakache. Nous n'avons pas les mêmes valeurs, monsieur Prével !

M. Jean-Luc Prével. Une aide personnalisée à la santé serait bien préférable. Puisque vous me donnez l'occasion de dire ce que je pense, je le fais bien volontiers.

Il me paraît également indispensable de rendre le système transparent et objectif. Nous ne disposons pas encore d'un codage des actes et des pathologies. Les chiffres fournis par la CNAM sont régulièrement contestés par les représentants du corps médical. Les dérives sont constatées *a posteriori* et les données insuffisamment affinées. Nous proposons donc la création d'un INSEE de la santé, indépendant de tous les acteurs, composé d'experts en statistique, informatique et médecine, chargés d'analyser toutes les données en provenance du terrain et de piloter le système en temps réel.

M. Alain Calmat. Et l'Institut de veille sanitaire, cela existe !

M. Jean-Luc Prével. Que devient le codage des actes et des pathologies ? Quels chiffres sont aujourd'hui acceptés par tout le monde ?

M. Philippe Nauche. Et ce n'est pas technocratique, tout ça ?

M. Jean-Luc Prével. Monsieur Nauche, pour faire accepter un système par les professionnels, il ne faut pas que l'organisme financeur soit chargé de coder lui-même les actes pathologiques. Je les ai tous rencontrés et je puis vous dire qu'ils sont parfaitement d'accord sur ce principe.

M. Jean-Pierre Foucher et M. Jean-Claude Lemoine. Exactement !

M. Jean-Luc Prével. Alors, proposez autre chose, monsieur Nauche.

Je ne voulais pas critiquer la politique menée depuis cinq ans, mais émettre des propositions. (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. Alain Néri. C'est nouveau !

M. Jean-Luc Prével. Qu'ai-je fait d'autre - je vous le rappelle car je crois que vous n'avez pas entendu - en évoquant la régionalisation, la fixation de l'ONDAM à un faux réaliste, la prise en compte des besoins au niveau régional, un INSEE de la santé, la responsabilisation de chacun des acteurs ?

M. Alain Néri. Vous rodez le discours de M. Bayrou !

M. Jean-Luc Prével. Sur ce sujet, je me flatte en effet de l'avoir aidé à préparer ses propositions. (« Ah ! » sur les bancs du groupe socialiste.)

M. Jean-Pierre Foucher. Excellentes propositions !

M. Alain Néri. C'est donc lui le coupable !

M. Jean-Luc Prével. Je vais conclure, monsieur le président, pour vous être agréable.

M. le président. Merci.

M. Jean-Luc Prével. S'agissant de la médecine ambulatoire, il est nécessaire d'aller vers la contractualisation, la responsabilisation et l'autonomie. La bonne organisation des soins de ville est essentielle. Les médecins et les infirmières sont en première ligne car ils assurent le contact avec les patients, la prise en charge au quotidien, la continuité des soins ; c'est sur eux que repose pour une grande part la qualité des soins.

Mme Yvette Benayoun-Nakache. Et les aides-soignants ?

M. Jean-Luc Prével. Ils ont un rôle crucial, mais, dans le secteur libéral, il n'y en a pas beaucoup. A moins que vous ne vouliez développer cette profession ? Est-ce l'une des propositions socialistes ? Ce serait une nouveauté...

Or ces professionnels sont désabusés, inquiets ; ils s'estiment considérés comme des boucs émissaires, coupés de l'hôpital. De plus, ils sont confrontés à des relations parfois difficiles avec les malades et à une judiciarisation de leur pratique. Ils demandent donc de la considération et une juste rémunération de leur travail. Il est urgent et indispensable de renouer des relations de confiance. Et ce n'est certainement pas cette architecture conventionnelle qui leur rendra espoir et confiance.

Pour conclure (« Ah ! » sur les bancs du groupe socialiste)...

Je constate que vous êtes contents de m'entendre et impatients de connaître ma conclusion.

M. Claude Evin, *rapporteur*. Nous sommes surtout contents que ce soit presque fini !

M. Jean-Luc Prél. Pour conclure (« Ah ! » sur les bancs du groupe socialiste), cette exception d'irrecevabilité se veut en réalité, je le répète, une motion de censure vis-à-vis de la politique de santé que vous menez depuis cinq ans.

M. Alain Néri. Oh !

M. Jean-Luc Prél. Je pense, mes chers collègues, vous avoir convaincu de la gravité – personne ne peut d'ailleurs le nier – de la crise qui touche, hélas ! tous les secteurs de la santé, tous les professionnels. Et ce n'est pas ce système de convention à trois étages, plaqué, imposé sans aucun consensus, qui résoudra le malaise profond des professionnels libéraux. Ce n'est évidemment pas, *a fortiori*, cette convention qui résoudra le problème des hôpitaux et des cliniques. C'est pourquoi il est nécessaire de revoir l'ensemble de l'organisation de notre système de santé, de renouer des relations de confiance, d'aller franchement vers la régionalisation, pour une politique de santé de proximité, de fixer l'ONDAM à un taux réaliste.

Je vous propose donc d'adopter l'exception d'irrecevabilité afin de rejeter cette proposition de loi, qui est un cautère sur une jambe de bois. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance, du groupe du Rassemblement pour la République et du groupe Démocratie libérale et Indépendants.*)

M. Jean-Pierre Foucher. Excellente intervention !

M. le président. Dans les explications de vote, la parole est à M. Gilbert Gantier.

M. Gilbert Gantier. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, le groupe Démocratie libérale et Indépendants votera l'exception d'irrecevabilité défendue avec beaucoup de talent par notre collègue Jean-Luc Prél, car il repousse avec autant de vigueur que lui le texte qui nous est proposé.

Ce texte qui nous revient en nouvelle lecture est presque identique à celui de la première lecture et suscite par conséquent les mêmes objections. Monsieur le ministre, vous vous obstinez à faire passer en force des mesures en total décalage avec les attentes des professionnels de santé.

Dans sa décision sur la loi de financement de la sécurité sociale, le Conseil constitutionnel avait pourtant annulé ce dispositif. Vous auriez dû en profiter pour procéder à une véritable concertation avec les professionnels de santé. Vous ne l'avez pas fait. Manifestement, je le répète, l'objectif est bien d'essayer de passer en force.

Outre que la méthode est critiquable, ce texte soulève de vraies interrogations sur le fond, Jean-Luc Prél a raison.

Il retient l'idée d'une architecture conventionnelle à trois niveaux mais ne tranche ni la question du mode de régulation des dépenses, ni celle des responsabilités de l'État et de l'assurance maladie dans cette régulation.

L'État conservera la mainmise sur le dispositif : le Gouvernement devra approuver les conventions ; c'est encore lui qui pourra, dans certains cas, refuser les éventuelles revalorisations de tarifs ; c'est lui toujours qui, en l'absence de convention, définira la règle du jeu et les sanctions collectives. Ce sera un pouvoir absolu !

Le Gouvernement parle d'un renouveau conventionnel pour faire semblant de prendre en compte le malaise évident des professions de santé. Ce n'est pas suffisant car ce malaise s'affirme chaque jour davantage.

Comment prétendre, avec une telle loi, apaiser le climat, alors qu'elle a été élaboré sans aucune concertation ? Cette attitude fait preuve d'un mépris total envers les professionnels concernés. Toutes les professions de santé, l'une après l'autre, témoignent de la crise morale et financière qu'elles traversent. Les spécialistes comme les généralistes, personne n'échappe à cette crise : en quatre ans, vous avez réussi à plonger notre système de santé dans un désarroi total. (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste.*)

La réforme que vous proposez est très complexe. Elle ne relancera pas le système conventionnel actuel mais mettra au contraire en place un nouveau système de conventionnement individuel tout en maintenant le mécanisme d'opposabilité de l'ONDAM, chargé de la maîtrise comptable appliquée depuis 1998.

En fait, le système de sanctions actuel sera conservé dès lors que les professionnels n'auront pas réussi à conclure une convention avec les caisses d'assurance maladie. Cette méthode est totalement inadmissible : on oblige en quelque sorte, cela a été dit, les professionnels à négocier avec le revolver sur la tempe. S'il n'y a pas de convention, le couperet des sanctions tombe. Sous couvert d'une nouvelle architecture conventionnelle, la logique punitive et budgétaire n'est donc pas abandonnée. Toute réforme passe par un abandon des sanctions et du système des lettres-clés flottantes.

C'est l'ensemble du système qu'il convient de repenser – mais il est trop tard – et ce dans l'intérêt de tous, des professionnels comme des malades. Il faut le faire avec les professionnels de santé, en rétablissant le dialogue, que vous avez rompu, en abandonnant la politique de la contrainte. Il faut leur donner le choix ; il n'est pas sain qu'ils soient prisonniers d'un monopole imposant des règles d'exercice.

Au lieu de pérenniser une logique strictement comptable, une approche budgétaire classique, il faut que l'assurance maladie devienne un acheteur de soins intelligent. C'est la grande réforme à laquelle il convient de s'atteler. Remettons l'assuré social, c'est-à-dire le patient, au centre du système ; l'État ne doit plus être le décideur, le gestionnaire et son propre contrôleur.

Nous refusons pour notre part de cautionner un texte qui est vraisemblablement l'un des derniers, sinon le dernier de la législature dans le domaine de la santé, et qui relève – je n'hésite pas à le dire – de la pure gesticulation politique. Vous ne parviendrez pas de cette façon à masquer les échecs de la politique de santé du Gouvernement. Le groupe Démocratie libérale et Indépendants votera donc l'exception d'irrecevabilité défendue par notre collègue Jean-Luc Prél. (*Applaudissements sur les bancs du groupe Démocratie libérale et Indépendants et du groupe de l'Union pour la démocratie française-Alliance.*)

M. le président. M. Gantier n'a pas dépassé les cinq minutes qui lui étaient imparties. Je le dis pour ceux qui ont l'habitude de faire des remarques...

La parole est à M. Philippe Nauche.

M. Philippe Nauche. J'ai écouté très attentivement notre collègue Jean-Luc Prél s'efforcer de ne pas expliquer le motif de son exception d'irrecevabilité. En effet, à aucun moment dans ses propos je n'ai entendu développer un argument d'inconstitutionnalité. A le voir se livrer à des gesticulations politiques, comme dirait notre collègue Gantier, je me suis demandé si c'était une manifestation du sens de l'humour que nous lui connaissons ou un exercice de poésie surréaliste assorti d'un inventaire à la Prévert n'ayant rien à voir avec le sujet dont nous débattons.

Mme Yvette Benayoun-Nakache. Absolument !

M. Philippe Nauche. Nous avons entendu parler non seulement de motion de censure, mais aussi de modération. Vous êtes contre ce qui est individuel quand nous proposons des contrats individuels et contre ce qui est collectif quand nous proposons des mesures collectives. En fait, si je comprends bien, ce n'est pas ce que nous proposons qui vous gêne, c'est le fait que cela vienne de nous.

Le dispositif de la proposition de loi développe une architecture conventionnelle à trois niveaux et il me semble bien qu'un autre parti de l'opposition a proposé l'instauration d'un socle commun – n'est-ce pas, monsieur Morange ? Un tel socle concernant l'ensemble des professions de santé est nécessaire si nous voulons que le système conventionnel puisse fonctionner. Quant au deuxième étage, il permettra de souligner les spécificités de chacune des professions. Enfin, le contrat individuel est une forme de responsabilisation, et la responsabilisation des professionnels de santé, c'est bien le contraire du « mépris » que vous évoquez. Il est en effet difficile de faire croire que l'on a du respect pour les professions paramédicales si l'on refuse toute forme de responsabilisation. De même, il me paraît dérisoire de reconnaître, après l'OMS, que notre système de santé est l'un des performants, pour le vouer aux gémonies tout de suite après. *(M. Jean-Luc Prél proteste.)*

Je suis néanmoins d'accord avec vous sur un point : nous avons besoin d'un vrai ministère de la santé, qui regroupe l'ensemble des activités liées à ce domaine. Cela dit, la litanie de vos arguments est tellement confuse...

M. Jean-Luc Prél. Là, vous n'êtes pas gentil du tout !

M. Philippe Nauche ... que je ne vois pas où vous voulez vraiment en venir. Je souhaite que vous affiniez vos propositions dans les semaines qui viennent pour que nos concitoyens puissent faire des choix clairs. En effet, vous n'êtes ni pour la privatisation ni pour l'étatisation, Vous parlez d'une espèce de régionalisation,...

M. Jean-Luc Prél. Ce n'est pas une « espèce », c'est une vraie régionalisation !

M. Philippe Nauche. ... qui ne garantit pas l'égalité des citoyens pour l'accès aux soins. A cette égalité d'accès vous préférez la vague notion d'équité.

M. Jean-Pierre Foucher. Mais non !

M. Philippe Nauche. Tout cela ne me semble pas bien sérieux : voilà pourquoi je souhaite le rejet de cette exception d'irrecevabilité, qui n'a été défendue à aucun moment. *(Applaudissements sur le bancs du groupe socialiste.)*

M. le président. Je mets aux voix l'exception d'irrecevabilité.

(L'exception d'irrecevabilité n'est pas adoptée.)

M. le président. La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

5

DÉLAI DE DÉPÔT DES CANDIDATURES À UN ORGANISME EXTRAPARLEMENTAIRE

M. le président. Au cours de la séance d'après-midi du mercredi 30 janvier 2002, M. le président de l'Assemblée avait fixé au mardi 12 février 2002, dix-huit heures, le délai de dépôt des candidatures au conseil de surveillance du fonds de réserve pour les retraites.

A la demande de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan, il y a lieu d'ouvrir un nouveau délai pour le dépôt des candidatures, qui devront être remises à la présidence avant le mercredi 20 février 2002, à dix-huit heures.

6

ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

M. le président. Ce soir, à vingt et une heures, troisième séance publique :

Suite de la discussion, en nouvelle lecture, de la proposition de loi portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie (n^{os} 3585, 3591).

La séance est levée.

(La séance est levée à dix-neuf heures vingt-cinq.)

*Le Directeur du service du compte rendu intégral
de l'Assemblée nationale,*

JEAN PINCHOT