



N° 1767

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 14 mars 2019.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE PROJET DE
LOI *relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé*,

VOLUME III

COMPTES RENDUS DES TRAVAUX

PAR Mme STÉPHANIE RIST et M. THOMAS MESNIER,

Députés.

Voir les numéros :

Assemblée nationale : 1681 et 1762.

SOMMAIRE

	Pages
I. COMPTE RENDU DE L'AUDITION DES MINISTRES ET DE LA DISCUSSION GÉNÉRALE	7
Réunion du mardi 5 mars à 16 heures 30.....	7
II. COMPTE RENDU DES DÉBATS SUR L'EXAMEN DES ARTICLES	59
1. Réunion du mardi 12 mars 2019 à 16 heures 30 (avant l'article 1 ^{er} à l'article 3 inclus).....	59
<i>Avant l'article 1^{er}</i>	61
<i>Article 1^{er}</i> : Rénovation de l'accès aux études médicales et suppression du numerus clausus	61
<i>Après l'article 1^{er}</i>	83
<i>Article 2</i> : Réforme du deuxième cycle des études médicales et suppression des « épreuves classantes nationales » (ECN)	83
<i>Après l'article 2</i>	99
<i>Article 3</i> : Habilitation du Gouvernement à prendre des ordonnances pour organiser la recertification des compétences des médecins.....	103
2. Réunion du mardi 12 mars 2019 à 21 heures 30 (après l'article 3 à après l'article 6).....	112
<i>Après l'article 3</i>	113
<i>Avant l'article 4</i>	124
<i>Article 4</i> : Sécurisation du bénéfice du contrat d'engagement de service public (CESP) en cas d'évolution du zonage.....	126
<i>Après l'article 4</i>	131
<i>Article 5</i> : Extension du statut de médecin adjoint	131
<i>Après l'article 5</i>	135

<i>Avant l'article 6</i>	151
<i>Article 6</i> : Modernisation des conditions de l'emploi médical hospitalier	152
<i>Après l'article 6</i>	155
3. Réunion du mercredi 13 mars 2019 à 9 heures 30 (avant l'article 7 à l'article 7 inclus)	159
<i>Avant l'article 7</i>	159
<i>Article 7</i> : Mobilisation des acteurs autour d'un projet de santé de territoire et validation du projet de santé des communautés professionnelles territoriales de santé par les agences régionales de santé (ARS)	175
4. Réunion du mercredi 13 mars 2019 à 16 heures 15 (après l'article 7 à l'article 8)	213
<i>Après l'article 7</i>	213
<i>Avant l'article 8</i>	249
<i>Article 8</i> : Cadre de définition des « hôpitaux de proximité » en associant les professionnels de ville à leur gouvernance	250
5. Réunion du mercredi 13 mars 2019 à 21 heures 30 (article 8 suite à après l'article 11)	265
<i>Article 8</i> : (suite) Cadre de définition des « hôpitaux de proximité » en associant les professionnels de ville à leur gouvernance	265
<i>Après l'article 8</i>	269
<i>Après l'article 9</i>	273
<i>Article 10</i> : Renforcement de l'intégration au sein des groupements hospitaliers de territoire	274
<i>Après l'article 10</i>	288
<i>Article 11</i> : Élargissement du champ du système national des données de santé à l'ensemble des données cliniques obtenues dans le cadre de soins remboursés par l'assurance maladie pour favoriser la production et l'utilisation des données de santé et création de la plateforme des données de santé	294
<i>Après l'article 11</i>	313
6. Réunion du jeudi 14 mars 2019 à 9 heures 30 (article 12 à après l'article 17)	315
<i>Article 12</i> : Doter chaque usager d'un espace numérique de santé	315
<i>Après l'article 12</i>	342
<i>Article 13</i> : Autoriser les professionnels de santé non médicaux à réaliser une activité à distance	345
<i>Après l'article 13</i>	349
<i>Article 14</i> : Moderniser le cadre de la prescription dématérialisée	350
<i>Après l'article 14</i>	351
<i>Article 15</i> : Abrogations de dispositions législatives	351
<i>Article 16</i> : Mesures de sécurisation des établissements de santé	353
<i>Après l'article 16</i>	354

<i>Article 17</i> : Suppression des bulletins d'interruption volontaire de grossesse	357
<i>Après l'article 17</i>	358
7. Réunion du jeudi 14 mars 2019 à 14 heures (article 18 à après l'article 23).....	362
<i>Article 18</i> : Mesures de simplification	362
<i>Après l'article 18</i>	368
<i>Article 19</i> : Habilitations à légiférer par ordonnances	374
<i>Après l'article 19</i>	379
<i>Article 20</i> : Renforcement de la préparation du système de santé pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles.....	384
<i>Après l'article 20</i>	386
<i>Article 21</i> : Rénovation des modalités de recrutement des praticiens à diplôme hors Union européenne	386
<i>Après l'article 21</i>	393
<i>Article 22</i> : Ratification de l'ordonnance relative à la Haute autorité de santé et de l'ordonnance portant extension et adaptation outre-mer de dispositions de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé	395
<i>Après l'article 22</i>	398
<i>Article 23</i> : Ratification de l'ordonnance n° 2017-192 du 16 février 2017 relative à l'adaptation des dispositions relatives aux ordres des professions de santé (limite d'âge des conseillers ordinaires et présidents de chambres disciplinaires ou de sections).....	399
<i>Après l'article 23</i>	403

I. COMPTE RENDU DE L'AUDITION DES MINISTRES ET DE LA DISCUSSION GÉNÉRALE

Réunion du mardi 5 mars à 16 heures 30

La commission procède à l'audition de Mmes Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, et Frédérique Vidal, ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, et à la discussion générale sur le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé (n° 1681) (Mme Stéphanie Rist, rapporteure sur le titre I^{er} du projet de loi, M. Thomas Mesnier, rapporteur général et rapporteur sur les autres dispositions).

http://videos.assemblee-nationale.fr/video.7322062_5c7e93f21631e.commission-des-affaires-sociales--mme-agnes-buzyn-ministre-des-solidarites-et-de-la-sante-5-mars-2019

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Mes chers collègues, notre ordre du jour appelle l'audition de la ministre des solidarités et de la santé et de la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, puis la discussion générale sur le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Je souhaite tout d'abord la bienvenue, en notre nom à tous, à Mmes les ministres. Si Mme Buzyn est une habituée de notre commission, c'est la première fois que nous avons l'occasion d'entendre Mme Vidal.

Permettez-moi ensuite de dire quelques mots des amendements. À ce jour, plus d'une centaine d'amendements ont déjà été déposés sur le texte alors que le délai de dépôt n'expire que vendredi à dix-sept heures. Ce nombre d'amendements est tout à fait inhabituel à ce stade. Peut-être avons-nous collectivement réussi à travailler plus en amont que d'habitude ; si tel est le cas, tant mieux. L'autre possibilité est que ce chiffre laisse présager un dépôt d'amendements en grand nombre. Je m'en réjouis dans la mesure où cela reflète notre intérêt pour un texte important. Vous le savez, je suis désireuse que notre débat soit le plus approfondi possible. Nous consacrons toujours aux textes que nous examinons le temps nécessaire.

Toutefois, il est de ma responsabilité de rappeler le cadre dans lequel s'exerce le droit d'amendement. Je ne mentionne que pour mémoire le fait que l'article 40 de la Constitution s'applique et que tout amendement créant une charge publique, même faible, même gagée, est irrecevable ; il ne sera pas discuté. Au surplus, le Gouvernement a veillé tout particulièrement à la cohérence de ce projet de loi qui organise la transformation de notre système de santé ; je me dois de rappeler que tout amendement doit avoir un lien avec l'un des vingt-trois articles présentés, sous peine d'être déclaré irrecevable au titre de l'article 45 de la Constitution.

Il me semblait utile, avant que nous commençons, de vous rappeler ces règles afin d'éviter, autant que faire se peut, un travail qui serait pour les auteurs de tels amendements une source de frustration ; or, vous le savez, je n'aime pas créer de frustrations...

Je vais maintenant vous donner quelques précisions sur l'organisation de notre réunion. Après les discours des ministres, interviendront les rapporteurs de notre commission, le rapporteur de la commission des affaires culturelles et de l'éducation saisie pour avis, puis le rapporteur général de notre commission. Viendra ensuite le tour des orateurs des groupes dont j'ai décidé de porter le temps de parole de deux à cinq minutes, comme je le fais couramment pour les projets de loi majeurs. En revanche, afin de préserver le caractère dynamique de la discussion et de respecter les contraintes de l'ordre du jour, les autres interventions seront quant à elles limitées à une minute.

Madame la ministre des solidarités et de la santé, sans plus attendre, je vous donne la parole.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Madame la présidente, madame la rapporteure, monsieur le rapporteur général, mesdames et messieurs les députés, le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé s'inscrit dans le cadre d'une réforme ambitieuse qui vise à restructurer notre système de santé afin d'en garantir la viabilité et d'améliorer l'accès à des soins de qualité dans tous les territoires.

Je mesure les attentes ; c'est pour cette raison que je souhaite avant toute chose rappeler qu'il s'agit d'une stratégie globale qui vient transformer les modes d'organisation, de financement, la formation et les conditions d'exercice des professionnels de santé.

S'il demeure par bien des aspects synonyme d'excellence, notre système de santé est confronté, à l'instar de celui d'autres pays développés, à des défis structurels qui nécessitent une évolution profonde de ses organisations, des prises en charge qu'il propose et des modes d'exercice des professionnels. Ces tendances lourdes sont bien connues : le vieillissement de la population, conséquence mécanique de l'augmentation de l'espérance de vie ; l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, qui pèseront de plus en plus sur le système de soins ; la persistance, voire l'aggravation, des inégalités territoriales en santé.

Les travaux préparatoires au lancement de la stratégie, à la suite du discours du Président de la République du 18 septembre dernier, ont confirmé une triple inadaptation de nos organisations.

Premièrement, les patients font mention d'attentes insatisfaites en matière de délais de rendez-vous, d'accès à un médecin traitant ou même aux soins dans certains territoires, notamment aux soins non programmés.

Deuxièmement, les professionnels de santé font état de la lourdeur des charges administratives, de la multiplication parfois non pertinente de certains actes, du manque de temps dédié à la personne malade ou encore de la faiblesse des évolutions professionnelles et de la reconnaissance de leur implication.

Troisièmement, notre organisation et nos modes de financement ne valorisent ni la qualité des soins, ni leur pertinence, ni la coopération entre acteurs de santé.

Ce diagnostic, nous l'avons établi avec les acteurs de la santé, qu'ils soient usagers du système de santé, professionnels ou élus ; il fait aujourd'hui l'objet d'un large consensus. Ce diagnostic, nos concitoyens l'ont confirmé dans le cadre du Grand débat national ; chacun ici entend leurs attentes en matière d'accès à des soins de proximité.

Face à un système jugé trop cloisonné – entre ville, hôpital, médico-social, entre public et privé, entre professionnels eux-mêmes – mettant insuffisamment en valeur la fluidité des parcours, la coordination entre professionnels, la qualité et la prévention ainsi que la mise en œuvre d'organisations adaptées à chaque territoire, « Ma Santé 2022 » propose un changement de paradigme.

La philosophie de cette stratégie s'articule en trois axes : la qualité des prises en charge, en plaçant l'utilisateur au centre du dispositif ; une offre mieux structurée, en renforçant l'accès aux soins par un maillage territorial de proximité ; des métiers, des modes d'exercice, des pratiques professionnelles repensés.

Notre stratégie ne se réduit pas au projet de loi. Elle entend activer l'ensemble des leviers et jouer sur toutes les composantes du système de santé pour proposer une nouvelle donne aux usagers et aux professionnels. Elle sera, par exemple, complétée par une réforme profonde du mode de financement qui s'appuiera sur le rapport que Jean-Marc Aubert, directeur de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), vient de me remettre.

Des premières concrétisations ont d'ores et déjà été apportées par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019. Citons la mise en place de financements forfaitaires pour la prise en charge hospitalière du diabète et de l'insuffisance rénale chronique ou le développement de la dotation valorisant la qualité dans les établissements de santé. Les travaux se poursuivent et de nouvelles avancées seront proposées dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020. Tout l'enjeu est de passer d'un système favorisant la course à l'activité et la multiplication des actes à un système qui incite la prévention, qui soutienne la coopération entre professionnels et qui fasse de la qualité le premier objectif de la prise en charge.

D'autres leviers, réglementaires, conventionnels, financiers, mais aussi d'animation territoriale et d'appui aux acteurs, viendront prolonger le projet de loi. C'est notamment le cas avec plusieurs mesures emblématiques : le déploiement de

400 postes de médecins généralistes dans les territoires les plus en difficulté du point de vue de la démographie médicale ; la définition et le déploiement des fonctions d'assistants médicaux qui devront rapidement permettre de libérer du temps médical, de soigner un plus grand nombre de patients et de mieux les accompagner ; le soutien au développement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) qui conduiront à une meilleure coordination des professionnels de santé et amélioreront l'accès aux soins de la population dans les territoires.

Ce projet de loi est volontairement resserré autour d'un nombre limité de dispositions afin d'enclencher des dynamiques.

Ce texte a été produit et concerté avec les principales parties prenantes dans des délais brefs, qui se justifient par les engagements relatifs à la réforme des études en santé dont parlera Frédérique Vidal. La suppression de la première année commune d'études en santé (PACES) et du *numerus clausus*, d'une part, et celle, d'autre part, de l'examen classant national (ECN) en fin de deuxième cycle impliquaient que la loi puisse vous être soumise dès le début de l'année 2019 pour préparer et informer en temps utile les acteurs, les étudiants, les universités, des nouvelles modalités de sélection.

Du fait de ce calendrier, certaines modifications législatives prennent la forme d'habilitations à légiférer par ordonnances, qui ont été groupées et limitées à six articles. Touchant à des transformations lourdes et parfois sensibles, elles se justifient par la nécessité de construire avec les acteurs un modèle robuste et durable. Elles associeront étroitement les parlementaires comme je m'y suis déjà pleinement engagée.

J'en viens au projet de loi proprement dit dont je résumerai les principales dispositions.

Je laisserai Frédérique Vidal vous présenter le titre premier du projet de loi concernant les études en santé.

Dans son titre II, le projet de loi se donne pour ambition la structuration d'un collectif de soins dans les territoires.

Au-delà du soutien évoqué au développement des CPTS, la création de projets territoriaux de santé doit aider à mettre en cohérence les initiatives de tous les acteurs des territoires, quel que soit leur statut – libéral, en exercice regroupé ou coordonné, hospitalier, du secteur social ou médico-social, public ou privé –, en associant les élus et les usagers. Ces projets territoriaux formalisent le décloisonnement qui caractérise « Ma Santé 2022 ».

Le statut des hôpitaux de proximité sera par ailleurs revisité. Par ordonnance, les missions sociales en seront définies ainsi que leur gouvernance et leurs modalités de financement afin d'en faire des structures adaptées aux soins du

quotidien, ouvertes sur la ville et le médico-social, avec un financement qui garantira la continuité de services.

Le projet de loi et la stratégie dans son ensemble visent par ailleurs à soutenir une offre hospitalière de proximité qui constitue un pilier de l'offre de soins de premier recours dans les territoires. Les hôpitaux de proximité doivent faire l'objet d'un accompagnement particulier et disposer d'une gouvernance et de modalités de financement adaptées à leurs activités. En cohérence avec ces enjeux, sera conduite la réforme des autorisations des activités afin d'accompagner la gradation des soins, dans une recherche de qualité, de sécurité et de pertinence des prises en charge.

Un chapitre spécifique sera consacré à l'acte II des groupements hospitaliers de territoire (GHT). Le projet médical doit être désormais le centre de gravité des groupements. La gestion des ressources humaines médicales sera mutualisée et la gouvernance médicale adaptée et renforcée en conséquence dans les établissements de santé.

Dernier pivot du projet de loi : l'innovation et le numérique.

On connaît le dynamisme et le gisement de progrès pour la santé, pour la clinique et pour la science médicale que représentent les usages numériques, la dématérialisation des pratiques et l'exploitation adéquate des données. L'ambition est ici de donner à la France les moyens d'être en pointe sur ces sujets.

Les usages numériques doivent permettre au patient d'être un acteur à part entière de sa santé et de son parcours. C'est l'ambition de l'espace numérique de santé qui doit être ouvert pour chaque usager à l'horizon 2022. Il est conçu comme un nouveau service public digital et sa première brique sera le dossier médical partagé. Il aura vocation à regrouper l'ensemble des données de santé du patient et à donner facilement accès à un bouquet de services et d'applications ; il sera donc voué à s'enrichir de façon évolutive. Bien entendu, l'usager sera seul gestionnaire de ses données et de l'octroi de leur accès.

La bonne utilisation des données à des fins de recherche et d'innovation est un enjeu d'autant plus crucial que les bases en France, qui sont particulièrement riches, pourraient être mieux exploitées. La création de la Plateforme des données de santé ou « *Health data hub* » répond à cet objectif, en étendant le champ des données de santé recueillies par le système national des données de santé (SNDS) aux données cliniques, au-delà des données médico-administratives, et en adaptant l'Institut national des données de santé (INDS) pour lui donner plus de souplesse et d'agilité. La Plateforme constituera un guichet unique et sécurisé permettant le partage des données de santé dans un haut respect de la protection des données et de la vie privée.

La dématérialisation des pratiques passera quant à elle par le renforcement de la télésanté. Le télésoin sera ainsi créé. Pendant de la télémedecine pour les

paramédicaux et les pharmaciens, il permettra la réalisation de certains actes, en orthophonie par exemple, à distance par voie dématérialisée.

Enfin – et il s’agit d’un objectif transverse à toutes les politiques publiques –, des mesures diverses de simplification, d’harmonisation et de sécurisation juridiques sont regroupées dans les titres IV et V du projet de loi.

Mesdames et messieurs les députés, nous avons collectivement la responsabilité de garantir les conditions d’un meilleur accès aux soins sur le territoire à tous nos concitoyens. À ce titre, nous serons très sensibles à vos propositions pour enrichir notre stratégie de transformation de notre système de santé.

Mme Frédérique Vidal, ministre de l’enseignement supérieur, de la recherche et de l’innovation. Madame la présidente, madame la rapporteure, monsieur le rapporteur général, mesdames et messieurs les députés, comme ma collègue Agnès Buzyn l’a rappelé, améliorer l’accès et la qualité des soins sur l’ensemble de nos territoires demande une stratégie globale. La question des études en santé, parce qu’elle détermine tant le nombre que la qualité des professionnels de santé qui œuvrent chaque jour aux côtés de nos concitoyens, est bien évidemment au cœur de ce projet de loi.

Intégrer la transformation des études de santé dans ce projet de loi, c’est aussi lui donner une profondeur de long terme. C’est pourquoi cet enjeu fait tout naturellement l’objet de tout le titre premier de ce texte.

Bien évidemment, tout n’est pas dans la loi. Une concertation est en cours pour préfigurer les contours du premier cycle des études de santé et mobilise les universités, les étudiants et les professionnels. Toutefois, comme cette transformation forme un tout cohérent, il est bien évidemment indispensable de vous présenter l’architecture d’ensemble des intentions du Gouvernement.

Chacun le sait, former un médecin prend du temps : une douzaine d’années minimum. Notre système de formation est à la fois excessivement sélectif et très peu diversifié. Le *numerus clausus* et l’examen classant national tendent à rigidifier l’ensemble du parcours de formation et empêchent de former plus de soignants. Il ne correspond plus à ce que nos concitoyens attendent de notre système de soins. Faire évoluer notre modèle de formation des professionnels de santé autour des enjeux de la médecine de demain et des déséquilibres territoriaux déjà identifiés nous a ainsi conduits à vous proposer la suppression du *numerus clausus* à l’article 1^{er} et une profonde révision de l’accès en troisième cycle à l’article 2.

Concernant l’accès aux études de santé, nous devons nous conformer à une double exigence.

Chacun en conviendra, il n’est pas acceptable que pour 1 000 étudiants inscrits en PACES, 600 doivent le plus souvent tout recommencer après deux

échecs ou que deux tiers des étudiants admis dans les filières santé soient des redoublants. C'est une réalité à laquelle de nombreux parents ou étudiants ont été confrontés.

Ma première exigence est de faire réussir les étudiants qui s'inscrivent à l'université : cela a été le fil conducteur des transformations que j'ai conduites à la tête du ministère dans le cadre tant de la loi relative à l'orientation et à la réussite des étudiants, dite loi ORE, que du nouvel arrêté de licence.

Il s'agit également de recruter autrement les futurs étudiants des filières de santé pour maintenir, dans un environnement qui change, l'excellence de nos formations tout en les ouvrant à une plus grande diversité de profils et de parcours afin d'enrichir le service rendu aux patients et à l'ensemble de la société.

Il nous faut donc travailler sur deux dimensions : comment installer les études de santé dans un parcours favorisant la réussite du plus grand nombre tout en mesurant les compétences et les connaissances dont nous aurons besoin à long terme pour faire vivre notre système de soins partout sur le territoire ?

La suppression du *numerus clausus* ne saurait répondre rapidement, dans l'urgence et l'immédiateté, aux demandes légitimes concernant les moyens de lutter contre les déserts médicaux que vous avez tous déjà entendus.

La situation dans laquelle nous nous trouvons est le résultat de décisions prises pendant les années 1990 qui se sont traduites par la réduction drastique du nombre de médecins formés alors : deux fois moins qu'aujourd'hui en moyenne, trois fois moins dans certaines facultés. Supprimer le *numerus clausus*, c'est donc proposer de déterminer le nombre de professionnels formés au plus près du terrain, à partir des besoins des territoires et des capacités de formation, afin d'éviter de répéter les erreurs passées. C'est ce que propose l'article 1^{er} du projet de loi. Dans chaque région, les universités et l'agence régionale de santé (ARS) devront arrêter ensemble les objectifs en matière d'accueil et de capacité de formation.

Penser le temps long, c'est aussi se demander de quelles compétences notre société et notre système de santé auront besoin en 2030. Certaines évolutions sont déjà perceptibles ou prévisibles ; pour y faire face, nous devons former des étudiants qui savent apprendre et qui savent prendre une décision dans un contexte d'incertitude.

Ainsi, la population sera plus âgée et des patients porteurs de polyopathologies complexes souhaiteront vivre et être soignés dans leur environnement ; la capacité de collaborer au service d'un projet commun avec d'autres professionnels, le patient et ses proches sera donc une des compétences clés attendue des professionnels.

De son côté, l'intelligence artificielle transformera certains processus de diagnostic ; la capacité à comprendre leurs principes et à dialoguer avec des informaticiens et des ingénieurs constituera elle aussi une compétence clé.

C'est sur le fondement de notre vision de long terme que nous travaillons à transformer dès maintenant la formation des étudiants en santé en premier cycle. Ce travail de réflexion a commencé il y a déjà plusieurs années : les expérimentations antérieures comme les AlterPACES et les PACES adaptées, développées notamment par les universités parisiennes, en sont la preuve.

Si la PACES est très critiquée, elle n'en présente pas moins des avantages en proposant dès la première année un cursus centré sur les sciences de la santé. Au cours de la concertation est rapidement apparue l'idée d'un portail santé, qui serait conçu non comme une année de sélection des étudiants mais comme une année de formation utile à tous ceux qui intégreront les filières de santé comme à tous les autres. Ce portail, nous pourrions le construire en utilisant les qualités de la PACES et en prévoyant des orientations plutôt que des réorientations en cas d'échec. Nous pourrions également le construire en développant en son sein des formations à de nouveaux métiers et à de nouvelles compétences, notamment dans les domaines de la bio-informatique et du numérique.

Cette transversalité, c'est l'esprit de la loi « Orientation et à la réussite des étudiants » et de l'arrêté de licence. Jusqu'ici les étudiants inscrits en PACES, qui peuvent représenter de 20 à 40 % des néo-entrants dans les universités comprenant une composante santé, n'étaient pas inclus dans cette dynamique. Ils le seront désormais.

L'enjeu est de créer un système d'accès multiples qui permettra à d'excellents étudiants, venus d'horizons pluriels, de réussir. Nous souhaitons faire un pas supplémentaire et proposer partout plusieurs voies d'accès, y compris en dehors du portail santé. Nous mettrons ainsi en place un cadre de formation permettant de compléter certains parcours de formation avec des mineures en santé. Cela impliquera d'informer les lycéens que l'inscription dans tel ou tel cursus de licence donnera la possibilité, dans certaines conditions, de candidater pour les études de santé.

Cette offre devra bien sûr être disponible aussi dans les universités qui n'ont pas de composante santé. Elle permettra de prolonger et d'améliorer des dispositifs qui ont déjà été mis en place dans les antennes PACES comme au Havre, au Mans, à Pau ou à Mulhouse. Elle pourra s'articuler avec l'offre d'accès aux autres métiers de la santé.

Un décret en Conseil d'État fixera le cadre réglementaire nécessaire à ces évolutions en application de l'article 1^{er} de la loi et introduira une souplesse nécessaire dans les parcours de formation.

Cette souplesse ira de pair avec une exigence dans l'admission aux études de santé afin de garantir un haut niveau de formation et en conséquence une haute

qualité des soins prodigués à nos concitoyens. Ces nouvelles modalités d'admission doivent assurer une équité de traitement sur le territoire tout en sortant de la logique actuelle du « tout QCM » (questionnaire à choix multiples). Elles offriront à des étudiants de différents profils des chances de réussir. Un groupe de travail national a été mis en place à cette fin.

La clé de voûte de ce nouveau cadre reposera sur une distinction entre d'une part, l'acquisition de crédits et la validation d'une année universitaire et, d'autre part, le recrutement dans les filières de santé, qui demeurera sélectif. L'une des pistes actuelles consiste à distinguer une phase d'admissibilité fondée sur le niveau d'excellence académique et une phase d'admission qui sera construite pour évaluer des compétences principalement transversales que des étudiants de profils disciplinaires divers peuvent démontrer. La possibilité de se présenter à deux reprises à ce processus de sélection sera garantie à tous les étudiants, à condition qu'ils progressent dans leur parcours. Bien évidemment, des mesures transitoires adaptées aux étudiants inscrits en PACES en 2019 seront proposées.

L'enrichissement des profils dans le premier cycle est appelé à se traduire dans le deuxième cycle et dans l'accès à l'internat.

Refondre le cadre de l'ECN, c'est tout l'enjeu de l'article 2.

Ce qui change, c'est à la fois l'esprit et la méthode. L'État continuera à réguler la répartition des internes par spécialité et par territoire mais dans le sens d'une plus grande ouverture sans mettre en tension tout le déroulement du deuxième cycle.

En effet, la préparation de l'examen classant national tend aujourd'hui à envahir toute la formation de second cycle, ce qui est bien compréhensible puisque ce seul examen détermine pour une large part les conditions d'insertion professionnelle d'étudiants qui ont investi plusieurs années de leur vie pour devenir médecin. Ce qui changera, c'est que la régulation par spécialité et par territoire ne se fera plus sur le seul fondement du critère couperet qu'est actuellement la note obtenue à l'ECN.

L'accès au troisième cycle sera organisé selon trois ensembles de critères qui viseront à mettre en cohérence les profils des étudiants, le bilan de leur formation, leurs aspirations ainsi que les besoins de nos territoires et de l'ensemble de la société.

Bien évidemment, le niveau académique et scientifique restera un élément clef. Une épreuve de connaissances, probablement située en fin de cinquième année, sera conservée. Ce que nous attendons de cette épreuve, c'est qu'elle distingue les connaissances socles, avec une exigence de niveau, des connaissances supplémentaires qui pourront avoir un poids différencié pour le choix de groupes de spécialités : des questions d'anatomie, par exemple, pourraient peser plus lourd pour le choix de spécialités chirurgicales ou des questions de biologie pour les disciplines biologiques.

Les savoir-faire et les savoir-être doivent également prendre leur juste place dans les critères de régulation mis en œuvre par l'État. En fin de sixième année, une épreuve de compétences, qui se déroulera en partie en simulation, sera donc instituée sur le principe de l'examen clinique observé et structuré, largement utilisé en Europe comme en Amérique du Nord. Ce type d'épreuves permettra notamment d'analyser l'interaction avec un patient simulé. Recentrer tout le second cycle sur le cœur du métier et l'acquisition de compétences opérationnelles, telle est la raison d'être de ce deuxième critère.

Enfin, nous souhaitons que le parcours de l'étudiant dans sa globalité puisse être pris en compte dans l'accès au troisième cycle. Les parcours de stages devront être valorisés. Dans le même ordre d'idée, l'attrait des étudiants en médecine pour la recherche sera encouragé.

L'entrée dans la carrière scientifique et l'attractivité du métier de chercheur est au cœur de l'un des groupes de travail constitué dans le cadre de la préparation du projet de loi de programmation pluriannuelle de la recherche.

Ces nouvelles modalités d'accès au troisième cycle ne garantiront peut-être pas à chaque étudiant d'obtenir son premier choix, en revanche, elles permettront à terme de mieux orienter le contenu et surtout la façon dont est vécue la formation vers plus d'ouverture et de sérénité. Nous en attendons également une diversification significative des terrains de stage, en milieu hospitalier et en ambulatoire. Cet enrichissement des parcours sera nourri par la diversification des profils des étudiants en premier cycle et permettra ainsi de former des professionnels de santé mieux en phase avec les attentes de nos concitoyens et les défis que nous devons relever pour transformer notre système de santé.

Voilà, en quelques mots, les contours de la transformation de nos études de santé.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Mesdames les ministres, je vous remercie pour votre présentation très complète du projet de loi. Je tiens également à remercier l'ensemble de vos services pour leur disponibilité et leur réactivité dans leurs réponses à nos multiples demandes de précisions.

Nous avons terminé ce matin nos auditions avec la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et je dois souligner que ce texte est globalement très bien accueilli par nos interlocuteurs. Cela nous a permis d'effectuer notre travail dans des conditions sereines.

Plusieurs ordonnances sont prévues par le projet de loi. Pourriez-vous nous préciser leurs modalités de ratification ? Pensez-vous que nous pourrions inclure le contenu de certaines d'entre elles dans le texte ? Cela serait vu très favorablement par notre commission.

Pour la réussite de la réforme des études médicales, il me semble très important que le nombre d'étudiants entrant en deuxième puis en troisième cycles

soit cohérent à l'échelle des universités. L'adéquation des capacités de formation entre ces deux cycles constitue un véritable défi pour elles. Cela conduit à s'interroger sur la répartition de leurs financements, du nombre d'enseignants, des terrains de stages. Pourriez-vous nous préciser vos objectifs ?

S'agissant de l'organisation territoriale des soins, il me semble essentiel d'apporter des solutions nouvelles. L'introduction du projet territorial de santé, prolongement de la phase 2 des communautés professionnelles territoriales de santé de 2016, constitue un pas en avant. Le partage des tâches dans le cadre de cet exercice coordonné me semble une solution très intéressante. J'ai, pour ma part, plusieurs pistes de travail, en particulier celle qui, malgré moi, a fait la une, et qui consiste à permettre aux pharmaciens, dans le cadre d'un exercice coordonné, après formation et selon un protocole précis, de dispenser certains traitements dans le cadre d'un panier de soins qui pourrait être encadré par la Haute Autorité de santé (HAS) avec obligation d'en informer systématiquement les médecins traitants. Que pensez-vous de cette proposition ? Envisagez-vous de pérenniser la mesure relative aux pharmaciens correspondants que nous avons votée dans la dernière loi de financement de la sécurité sociale ?

S'agissant de l'exercice médical quotidien, nous avons entendu, dans le cadre des auditions et au contact des professionnels de terrain, des demandes répétées de simplification administrative. L'inspection générale des affaires sociales (IGAS) avait été chargée en 2017, année où j'ai mené une mission sur les soins non programmés, d'explorer de nouvelles pistes de simplification administrative. Le titre IV du projet de loi comporte plusieurs dispositions allant en ce sens. Vous aviez annoncé à l'occasion de la présentation du projet de loi en conseil des ministres qu'un décret permettrait de prendre des mesures complémentaires. Pourriez-vous nous éclairer sur les chantiers de simplification engagés ou poursuivis dans les prochains mois ?

Enfin, le virage numérique et le *Health Data Hub* font l'objet d'un article particulièrement technique que nos auditions ont permis d'éclaircir. Avez-vous l'intention de confier au groupement d'intérêt public (GIP) « *Plateforme des données de santé* » une mission d'information des patients sur l'exercice de leurs droits ? C'est une demande que les usagers et la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) ont formulé lors des auditions.

Dernier point, essentiel : hier, nous auditionnions les collectivités territoriales. Quel rôle souhaitez-vous donner aux élus locaux dans la gouvernance des politiques de santé alors que nous passons à l'an II des groupements hospitaliers de territoire ?

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Mesdames les ministres, je vous remercie pour vos exposés et m'associe à Thomas Mesnier pour remercier à mon tour tous ceux qui nous ont aidés. Cette loi, réellement ambitieuse, transformera notre système de santé et placera le patient en son cœur. Sans revenir sur les

aspects généraux du texte, j'aurai plusieurs questions sur le titre premier, dont je suis co-rapporteuse.

Si le patient est mis au cœur de notre réforme, ses besoins et ses expériences sont une richesse que nous pourrions exploiter dès la formation des professionnels de santé. De nombreux pays, à l'instar du Royaume-Uni ou du Canada, ont mis en place des pratiques d'enseignement dans ce sens. Que pensez-vous de l'idée de créer des enseignements dans les filières de médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie, qui feraient intervenir des patients ?

D'autre part, l'un des piliers de la transformation de notre système de santé repose sur la valorisation du travail collectif, la mise en commun des compétences des différents professionnels, le renforcement du dialogue par le biais de divers outils, organisationnels ou numériques, au profit des professionnels intervenant autour du patient. L'objectif est de développer une culture commune, afin de favoriser la coordination et, *in fine*, d'améliorer la prise en charge du patient. Cet aspect pourrait être renforcé, dès les formations en santé, en privilégiant des enseignements communs entre filières médicales et paramédicales : apprendre ensemble, c'est aussi apprendre à travailler ensemble et mieux collaborer ensuite. Que pensez-vous de la mise en place de tronc communs d'enseignements dans les filières médicales et paramédicales ?

Comme chacun le sait, l'un des grands enjeux du projet de loi est de faire augmenter le nombre global de médecins formés, en fonction des besoins de nos territoires. L'article 1^{er} vise à supprimer le *numerus clausus* et à mieux prendre en compte les besoins de santé. Cependant, afin d'éviter les fuites d'étudiants en troisième cycle et la vacance de certains postes d'internes dans des territoires ayant fortement besoin de professionnels de santé, comme ma région Centre-Val de Loire, il est essentiel de réduire le taux d'inadéquation. Le taux actuel laisse des postes d'internes vides : ce sont autant de médecins qui ne s'installeront pas dans notre région. Afin de mieux adapter la formation aux besoins territoriaux, ne pourrions-nous pas fixer un objectif de réduction de ce taux ?

Enfin, l'article 1^{er} permet de définir les capacités d'accueil, après avis conforme, des ARS. Selon quelle méthodologie ces besoins seront-ils évalués ? Pensez-vous que les ARS peuvent s'appuyer sur l'avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie ?

Concernant l'article 3, de nombreux professionnels de santé auditionnés se sont déclarés favorables à l'instauration d'une politique de recertification, telle qu'elle a été présentée dans le rapport du professeur Uzan. Cette recertification, qui interviendrait tous les six ans, permettrait de garantir la qualité des soins, grâce à une formation tout au long de la vie. Pensez-vous possible d'étendre cette recertification périodique à l'ensemble des professions de santé ?

M. Gaël Le Bohec, rapporteur pour avis de la commission des affaires culturelles et de l'éducation. L'un des objectifs du projet de loi est de permettre

un égal accès à notre médecine de qualité. Les articles 1^{er} et 2, entre autres, visent à aller le plus vite possible et à modifier les formations universitaires en ce sens.

Le retour sur l'ensemble du projet de loi est très positif. L'article 1^{er} supprime le fameux carcan du *numerus clausus* : le nombre d'étudiants en médecine, maïeutique, pharmacie et odontologie sera déterminé au plus près des réalités territoriales. Les auditions ont montré la nécessité d'une concertation étroite entre les universités et les ARS, afin de définir la meilleure adéquation entre les offres de formation et les besoins du terrain. L'article 1^{er} vise également à élargir les profils de ceux qui auront accès aux études de médecine, afin de remédier à l'uniformité des parcours qui leur ferme parfois des perspectives d'avenir et limite les possibilités de réorientation vers d'autres métiers. Ces deux articles favorisent la progressivité de la spécialisation, en ouvrant peu à peu de nouveaux horizons aux étudiants, au lieu du couperet qui tombe actuellement en fin de première année. Ils visent aussi à établir des formations communes entre les différents étudiants, afin de favoriser l'interdisciplinarité le plus tôt possible et de créer un dialogue entre les futurs professionnels de santé.

Ces deux articles, qui engagent une réelle transformation, font l'objet d'un large consensus : ils permettront de mettre fin au système actuel qui conduit trop d'étudiants dans l'impasse. Lors des auditions, j'ai été choqué de constater à quel point ces formations étaient difficiles et pouvaient causer un réel mal-être. J'y ai entendu des mots très forts – « boucherie », « sélection par l'échec » –, y compris de la part des doyens, eux aussi très conscients des difficultés psychosociales de certains étudiants. Il était temps d'y remédier. Nombre d'étudiants perdaient, en plus de leur énergie, toute confiance en l'avenir, à une période charnière de leur construction individuelle. L'enjeu est de former davantage de professionnels et d'offrir à nos concitoyens un accès optimal, pour une médecine d'excellence.

Quelques points demeurent toutefois en suspens. Quels seront les moyens pour accompagner les étudiants qui ne seront pas sélectionnés en fin de première année et qui seront réorientés vers d'autres licences, avec une mineure en santé dans l'objectif de repasser l'examen – soit plusieurs dizaines de milliers de personnes à l'échelle du pays ? Cette transformation dépasse le seul cadre d'une réforme des études supérieures : elle doit passer par la transformation de l'accès à ces études, en particulier au lycée. Or le projet de loi ne propose pas d'action spécifique à ce niveau. Un véritable effort doit être réalisé pour renforcer les actions d'information à destination des lycéens, afin de répondre à notre ambition de diversification des profils. Il faut démocratiser l'enseignement supérieur, en aidant les lycéens venant des REP, des REP + ou des zones rurales, qui ont tendance à s'imposer des barrières. Serait-il possible, mesdames les ministres, d'améliorer le texte en ce sens ?

Enfin, l'accès aux études de médecine se heurte encore, les auditions l'ont montré, à deux écueils face auxquels je n'ai pas trouvé de solution dans le projet de loi : le faible taux de boursiers et la présence bien trop marginale – et je pèse

mes mots – des étudiants en situation de handicap. Mesdames les ministres, auriez-vous des réponses concrètes à apporter sur ces deux sujets ?

M. Olivier Véran, rapporteur général. Madame la présidente, certains des amendements qui seront déposés sur ce texte, qui était très attendu, relèveront de questions budgétaires et seront donc examinés à l’occasion du prochain PLFSS. Permettez-moi de remercier les deux rapporteurs qui travaillent dessus depuis des semaines.

Le vrai coup de cœur, c’est la suppression du *numerus clausus*. Boucherie, gâchis, combien de milliers de vocations ont été brisées sur l’écueil d’un concours quasiment inaccessible ? Je m’y suis moi-même pris à deux fois pour l’avoir. La première fois, j’ai échoué à cause de deux QCM, dont l’un traitait d’Aristote... Je n’ai jamais été convaincu que l’on pouvait sélectionner des médecins de qualité sur la base de QCM portant sur la philosophie ou la métaphysique... La médecine française et l’ensemble des professions de santé gagneraient à revoir les modes de sélection. Actuellement, c’est un peu une course en sac mémorielle : c’est celui qui a la meilleure mémoire qui ira le plus loin, sans qu’il soit tenu compte de ses capacités de raisonnement ou de ses relations humaines. D’ailleurs, une fois le Graal du concours obtenu, 20 à 25 % des personnes renoncent à poursuivre, après s’être rendu compte que, finalement, elles n’étaient pas faites pour cela.

La mesure est d’autant plus opportune que nous en avons marre de payer des chasseurs de têtes pour aller chercher des médecins en Roumanie, qui a le droit de garder ses praticiens, et de voir des bataillons d’étudiants français s’inscrire dans des facs francophones, en Espagne, en Roumanie ou ailleurs. S’il est possible de faire la différence – pour peu que vous vouliez la faire – entre un médecin français et un médecin roumain, la faire entre un médecin français diplômé en Roumanie et un autre formé en France sera un peu plus compliqué... Cette suppression est une décision courageuse, dont je vous remercie.

Le projet de loi vise également à dynamiser les hôpitaux de proximité, lesquels sont souvent destinés à des populations assez âgées – la moyenne d’âge y est de quatre-vingt-quatre ans –, à les équiper de plateaux techniques, pour faire revenir de l’activité et réduire les taux de fuite dans les territoires concernés : on peut s’inquiéter de voir un patient préférer faire trente bornes de plus pour aller se faire soigner plutôt que de se rendre dans l’hôpital le plus proche. Les territoires ruraux et semi-ruraux attendent d’autant plus impatiemment cette mesure, d’autant que l’hôpital y est souvent le premier employeur, qu’il est un lieu de formation et souvent le dernier service public encore ouvert.

Pour renforcer la réhabilitation des hôpitaux des territoires désertifiés et améliorer encore leur qualité, ne pourrait-on pas envisager de créer les conditions permettant à des médecins très expérimentés d’aller y exercer une partie de leur activité, sans les forcer ? Les professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH), par exemple, parvenus en fin de carrière, peuvent continuer à exercer pendant un, deux ou trois ans – c’est ce qu’on appelle le consultanat –, selon

certaines critères. Ne pourrait-on pas intégrer à ces critères le fait de consulter en partie dans des hôpitaux périphériques ? Non seulement ce PU-PH capé et très connu dans son territoire attirerait les patients et leur donnerait confiance, mais il viendrait accompagné d'externes et d'internes, qui pourraient découvrir ces établissements, les apprécier et peut-être avoir envie de s'y installer plus tard. Autant de petites choses que nous pourrions introduire dans la loi...

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Monsieur le rapporteur général, nous avons recours aux ordonnances pour huit mesures dans six articles, afin de laisser le temps d'approfondir, avec les acteurs concernés, des réformes qui exigent une concertation approfondie. Des modalités de concertation différentes ont été conçues pour chacune des ordonnances. Le premier article d'habilitation par voie d'ordonnance concerne la recertification des compétences des médecins. Un nombre important de concertations doit être mené, afin de décliner les préconisations du rapport du professeur Uzan, qui nous a été remis il y a trois mois. Nous lancerons au deuxième trimestre 2019 un chantier de concertation avec les différents professionnels pour savoir ce que sera la recertification.

Le deuxième article d'habilitation par voie d'ordonnance concerne la modernisation des statuts d'emploi médical à l'hôpital. Ce projet est engagé dans le cadre du calendrier coordonné avec le développement des GHT, dont il s'agit de modifier les instances médicales et de moderniser la gestion des ressources humaines. Il nécessite aussi de nombreuses concertations globales, et comporte des déclinaisons de nature législative justifiant l'habilitation et d'autres de nature réglementaire. Les travaux de concertation se tiendront jusqu'en juillet 2019.

Le projet de refondation des hôpitaux de proximité a quant à lui été lancé en novembre 2018, dès les annonces du Président de la République. Il s'appuie sur un comité de concertation *ad hoc* qui intègre notamment les fédérations hospitalières et les différentes conférences. Le cadre a été élargi aux acteurs de la ville, pour faire le lien avec les communautés professionnelles territoriales de santé. Les mesures d'adaptation législative du régime des hôpitaux de proximité s'appuieront sur des séances de travail participatives et itératives qui ont vocation à se tenir pendant toute l'année 2019, ce qui justifie le recours à une ordonnance.

La quatrième mesure a trait à la réforme des autorisations. Il s'agit d'un projet structurant de longue haleine, dont les travaux ont commencé en janvier 2018, qui concerne dix-huit activités de soin et cinq équipements médicaux lourds. Ce projet s'appuie sur un comité de concertation *ad hoc* qui intègre les fédérations hospitalières, les syndicats médicaux, les ARS, les directions d'administration centrale et les opérateurs concernés. Il repose également sur un groupe de travail par activité, qui intègre notamment les conseils nationaux professionnels (CNP), les fédérations hospitalières, les ARS et les opérateurs.

La cinquième mesure concerne la prescription électronique – la e-prescription –, dont l'expérimentation est en cours, sous la conduite de l'Assurance maladie, ce qui permettra de préciser le calendrier du projet.

Le cadre juridique de l'exercice coordonné, la sixième ordonnance, est une mesure qui remonte directement des acteurs auprès des délégués de l'accès aux soins. Elle relaie largement les expressions du terrain. Nous attendons les conclusions des négociations conventionnelles sur ces communautés territoriales de professionnels de santé, afin de connaître les missions précises qui leur seront confiées pour cadrer le travail juridique. Cela permettra également de rouvrir la question des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) et de la gouvernance. À court terme, les CPTS peuvent d'ores et déjà se constituer sans difficulté sous forme d'association loi de 1901, avec constitution d'une SISA si elles souhaitent redistribuer les revenus entre professionnels. La future ordonnance permettra d'arrêter la future évolution de ce dispositif.

Enfin, les septième et huitième mesures concernent la revue des missions des ARS et la création de l'Agence de santé de Mayotte. Les travaux sont en cours aux niveaux local et national pour respecter l'échéance d'une création au 1^{er} janvier 2020.

La perspective de ces ordonnances a suscité des critiques de la part d'élus et de parlementaires qui craignent d'être exclus des travaux. Je me suis engagée en permanence pour rappeler que le recours aux ordonnances se justifiait essentiellement par le calendrier de la loi, qui doit impérativement être votée avant l'été 2019 afin de faire disparaître le *numerus clausus* et les ECN dès la rentrée. Je m'engage devant vous à travailler avec les rapporteurs pour inscrire certaines dispositions dans la loi, quand cela sera possible, en fonction de l'avancée des travaux des différentes ordonnances.

S'agissant de la délivrance de médicaments sous prescription médicale obligatoire par les pharmaciens ou les pharmaciens correspondants, l'article 39 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a inscrit le dispositif du pharmacien correspondant dans le cadre expérimental de l'article 51. Le Gouvernement souhaite favoriser ces coopérations interprofessionnelles dans le cadre d'un exercice coordonné, en s'appuyant notamment sur les pharmaciens, qui disposent d'un vrai maillage territorial. Ils souhaitent mettre davantage leur pratique au service de la santé publique et devenir un échelon important de la médecine de proximité.

Nous sommes attentifs à votre proposition. Des négociations relatives aux CPTS sont en cours à la CNAM. Nous devons naturellement veiller à préserver tous les équilibres et à respecter les désirs des uns et des autres. Je vous propose de poursuivre le travail et les discussions avec tous les acteurs, pour être certains d'aboutir à un projet concerté, qui reçoive l'assentiment de tous. Si nous sommes favorables au renforcement du rôle du pharmacien dans les parcours de santé,

l'évolution de sa place dans la prescription nécessite encore un peu de travail avec les différents acteurs des CPTS.

La simplification administrative est une priorité du Gouvernement, comme de sa majorité qui nous fait régulièrement remonter les attentes du terrain dans ce domaine. Des expérimentations sont en cours, notamment dans le cadre de l'article 51. Quatre directeurs généraux d'ARS ont obtenu, par le décret du 29 décembre 2017, le pouvoir de déroger à certaines normes réglementaires. Par ailleurs, une réflexion a été engagée en février 2018, avec l'ensemble des directeurs généraux des ARS, pour simplifier et alléger leur mission et leurs modalités de réalisation, afin de se concentrer sur les actions les plus directement liées à la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé. Ces actions de simplification relèvent tantôt du niveau législatif, tantôt du domaine réglementaire. Celles de niveau législatif qui étaient prêtes ont été inscrites dans la loi ; d'autres, qui nécessitent encore un peu de temps de concertation, ont été renvoyées à des ordonnances. Les chantiers de simplification contenus dans le projet de loi ne se limitent donc pas aux dispositions de son article 18.

Les simplifications qui seront traitées par voie réglementaire concernent : la suppression des procédures d'agrément ou leur passage sous le régime du principe selon lequel « le silence vaut acceptation » ; l'allègement de l'obligation de transmission de déclarations à l'administration pour les professionnels et les particuliers – par exemple, pour les prolongations d'arrêt de travail lié à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, le médecin n'aurait plus besoin de remplir un volet spécial. D'autres mesures concernent l'allègement du fonctionnement des établissements de santé, comme la publication de leurs actes ou la gestion des comptes épargne temps de leurs cadres dirigeants. Est également prévu un allègement de la procédure préalable aux modifications du cahier des charges de la permanence des soins ambulatoires.

Concernant les missions d'information des patients sur l'exercice de leurs droits au sein de la nouvelle gouvernance de la plateforme des données de santé – le *Health Data Hub* –, il est prévu de constituer un groupement d'intérêt public (GIP). Le Gouvernement a bien l'intention de faire porter par le GIP une mission d'information relative à l'information des patients, qui porterait notamment sur les droits relatifs à l'utilisation de leurs données de santé, en particulier leur droit de rectification, d'accès ou d'opposition. Cette mission pourrait notamment consister en la rédaction d'une charte du droit des patients, dont les modalités restent à déterminer. L'accès élargi aux données de santé et cliniques suppose en effet que les patients soient davantage informés des possibilités offertes par l'exploitation de leurs données de santé, comme des protections qui seront accordées par le droit. Il nous semble évident qu'en matière de données de santé la transparence et, partant, l'information de tous sont essentielles.

Nous avons souhaité renforcer la place des élus dans la gouvernance de cette politique publique, sachant qu'un certain nombre de dispositions avaient déjà été prises dans la loi HPST. Les collectivités territoriales sont déjà inscrites dans

l'architecture institutionnelle des ARS, puisqu'elles sont représentées dans les instances de gouvernance. Elles sont dans les conseils de surveillance, les commissions de coordination des politiques publiques, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et dans le conseil territorial de santé. Les ARS sont partenaires des collectivités territoriales, puisque ces partenariats organisent sur une base territoriale la plus proche possible de l'organisation administrative des collectivités leur déclinaison des politiques de santé – je pense notamment aux différentes facettes des projets régionaux de santé élaborés par chaque ARS.

En général, la composante de proximité est celle du département, considéré comme un bassin de santé. Les modalités de ces partenariats se traduisent souvent par la conclusion d'un contrat local de santé ; ces contrats participent à la construction des dynamiques territoriales de santé, en permettant la rencontre des projets de l'ARS avec ceux des collectivités territoriales, au plus près des populations. À ce jour, 305 contrats locaux de santé ont été signés et 70 sont au stade du projet. Il existe aussi des espaces de concertation et de coordination locales au niveau des conseils locaux de santé mentale.

Enfin, la loi vise à créer un projet territorial de santé, qui sera un intégrateur des différentes démarches de coopération lancées par les acteurs sur un même territoire : projet médical partagé, projet territorial de santé mentale, contrat local de santé, contrat territorial de santé. Il permettra ainsi de renforcer la cohérence d'ensemble, à l'échelon territorial, de ces contrats et favorisera leur lisibilité. Cette mesure garantit la prise en compte des projets des collectivités locales, dans le cadre des contrats locaux de santé conclus avec l'ARS. Le projet de loi prévoit l'association des collectivités territoriales à l'élaboration du projet territorial de santé. C'est notre façon de renforcer la place des élus au sein de la politique de santé.

Pour ce qui est du consultanat, monsieur le rapporteur général, il nous semble important de favoriser la participation des PU-PH à l'offre de soins territoriale. Je serais assez favorable à ce qu'ils aillent dans des hôpitaux périphériques qui ne soient pas des CHU. En plus de la dimension pédagogique, qui est intéressante, cela favoriserait les possibilités de stage pour les internes. Cette possibilité pourrait se décliner jusque dans les hôpitaux de proximité, dans le cadre d'un volontariat plus que d'une obligation, en fonction des bassins de vie : il y aura probablement assez peu d'hôpitaux de proximité concernés en région parisienne, où la majorité des consultants aujourd'hui vont à l'AP-HP, par rapport aux régions rurales. Il faut aussi voir comment ils pourront décliner leur activité au sein de ces établissements. En tout état de cause, je suis favorable sur le principe, mais il faudra y travailler plus précisément.

Mme Frédérique Vidal, ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. S'agissant de la réforme des études médicales, l'augmentation du nombre de postes d'internes dans certaines régions pose avant tout la question de la disponibilité des terrains et des maîtres de stage, plus que celle de l'encadrement par des enseignants titulaires. Concernant l'encadrement et

le développement des stages ambulatoires, nous devons poursuivre l'effort, créer des postes d'enseignants associés de médecine générale et voir comment étendre ce statut à d'autres spécialités.

Il faut aussi accompagner la mobilité des internes, pour que des internes acceptés dans une région A puissent effectuer un ou deux stages dans un service très spécialisé d'une région B. Cette question de la mobilité se pose de façon générale. Cela fonctionne déjà dans certaines régions, par exemple dans le regroupement des CHU du Grand Ouest (HUGO). Nous cherchons à encourager ces regroupements, notamment en Île-de-France. Je rejoins ce que disait Agnès Buzyn sur le consultanat ; ce dispositif permettrait également d'augmenter les capacités de stages.

Il est déjà possible de faire intervenir des patients, et certaines universités le font, à une échelle encore trop faible cependant. Cela relève des textes réglementaires. Il sera possible de rendre obligatoire la présence de représentants des usagers dans les jurys d'admission de premier cycle ou pour l'évaluation des compétences en fin de second cycle, qui pourrait avoir un effet levier sur le comportement des acteurs de santé.

Pour ce qui est du tronc commun d'enseignement entre les différentes filières médicales et paramédicales, c'est ce que nous avons fait, en créant le service sanitaire, où il existe une formation à la prévention de plusieurs professionnels issus des différentes filières, que nous faisons ensuite travailler ensemble pour monter des actions de prévention. Le processus d'universitarisation des professions paramédicales va dans ce sens. Il faudra repenser les maquettes du premier cycle. Les conditions y sont favorables. Nous encouragerons les acteurs à s'emparer le plus rapidement possible de ces questions.

S'agissant de la réduction du taux d'inadéquation des postes proposés aux étudiants en fin de deuxième cycle, je ne crois pas aux mesures coercitives. À quoi bon forcer les étudiants, pour que les enseignants en médecine générale ou en médecine du travail se retrouvent avec un tiers de leur effectif qui rechigne à déménager et à s'investir, et préfère repasser les épreuves ou se former en Europe ? Les possibilités de contournement ne manquent pas, si bien que la coercition fonctionne assez moyennement : un nombre non négligeable de médecins renonce même à exercer la médecine. Il faut trouver un équilibre. Nous cherchons plutôt des moyens incitatifs.

Pour aider les ARS à définir la meilleure adéquation entre la nature des besoins en santé et la formation universitaire, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie est une bonne idée. Cela pourrait même favoriser le développement de terrains de stage dans le secteur médico-social. C'est en tout cas une piste à creuser.

Pour ce qui est de la recertification, si nous y travaillons pour les médecins, je suis favorable à ce que cette politique de certification et de formation tout au long de la vie soit étendue à toutes les professions de santé.

J'en viens aux moyens nécessaires pour accompagner l'accueil des étudiants, et notamment pour leur permettre de poursuivre leurs études dans d'autres filières que celles de la santé. J'entends bien cette demande qui, vous l'imaginez, me remonte par divers canaux ; mais en fait, la grande majorité de ces étudiants sont d'ores et déjà recyclés dans les filières universitaires. Il ne faut pas croire que le nombre d'étudiants qui se réorienteront va changer ; *a priori*, il devrait même diminuer un peu en raison de la suppression du *numerus clausus*. C'est plutôt la façon dont on pense les aménagements, les orientations et les poursuites d'études qu'il faut revoir. J'ajoute que l'on pourra compter sur toutes les universités qui actuellement n'ont pas de composantes de santé. Mais il ne faut pas s'attendre à voir des dizaines de milliers d'étudiants supplémentaires arriver dans les universités : de fait, ils y sont déjà. Nous allons travailler pour faire en sorte qu'ils n'échouent pas, en tout cas pour qu'ils soient mieux accompagnés.

La question de l'orientation et de l'information est cruciale de façon générale. Un important travail d'orientation est réalisé dès le lycée, et une sensibilisation à un certain nombre de métiers doit avoir lieu avant le lycée. C'est un processus général que nous envisageons avec Jean-Michel Blanquer : au-delà de l'information sur les professions médicales, il faut entreprendre un important travail de connaissance des métiers qui actuellement fait défaut. On demande toujours aux jeunes de se positionner par rapport à un diplôme, et non par rapport à un métier. Pour ce faire, il conviendrait qu'ils puissent rencontrer des gens qui exercent avec passion un métier, puis qu'on leur explique quels sont les différents chemins pour y accéder. C'est pour cela que nous avons travaillé avec l'ONISEP pour transformer en profondeur les plateformes d'information et d'orientation. Dorénavant, on peut se renseigner sur un diplôme, mais aussi sur un métier, et l'on voit apparaître toutes les formations qui y conduisent. Ce travail devra évidemment se poursuivre.

La question de l'autocensure avant de démarrer des études de médecine est très prégnante : bon nombre de jeunes hésitent à l'idée de s'engager dans un système où ils risquent d'avoir perdu deux années s'ils échouent au concours et de devoir recommencer leurs études en « année zéro ». Le système de progression qui sera mis en place à la suite de ce projet de loi, et qui permettra à un étudiant qui aura réussi son année de rejoindre des professions réglementées devrait contribuer à réduire ce phénomène d'autocensure – c'est en tout cas ce que nous espérons fortement. Le fait que l'on puisse aussi démarrer ses études en proximité en levant la barrière du déménagement obligatoire pour rejoindre une université avec une composante santé devrait également faciliter l'engagement des jeunes.

J'en viens à la question du handicap. Là encore, la diversification de l'accès aux études de santé permet d'avoir des parcours plus adaptés. Ils sont déjà prévus dans les arrêtés de licence, mais ils ne concernaient pas jusqu'à présent la

PACES. Bien évidemment, nous sommes prêts à travailler sur toute amélioration que vous pourriez proposer en ce sens.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Nous en venons aux orateurs des groupes.

Mme Caroline Fiat. Madame la ministre, depuis votre arrivée au ministère de la santé, nous avons bien compris, au groupe La France insoumise, que la santé n'était pas la priorité de ce Gouvernement. Il aggrave les causes de morbidité en laissant s'accroître la malbouffe, la grande précarité et l'usage des pesticides les plus dangereux. Il ne cherche pas à soigner la population, encore moins à réduire les inégalités de santé.

En 2018, 4,2 milliards d'euros d'économies étaient réalisés sur le dos de l'assurance maladie, et vous prévoyez 3,8 milliards pour 2019. Dans ce contexte, que pouvions-nous espérer d'un projet de loi relatif à la santé ?

Vous nous parlez de proximité, de gradation des soins, de parcours de soins. Derrière vos éléments de langage, la réalité de vos mesures est tout autre : ce projet de loi est un cache-misère. Pire, il va encore aggraver la situation de notre système de santé public.

Alors que l'hôpital public est malade de la médecine libérale, votre projet de loi promet des saignées supplémentaires en autorisant les praticiens hospitaliers à exercer en libéral et en encourageant les regroupements hospitaliers. Pourtant, la situation n'est-elle pas déjà suffisamment préoccupante ? Les médecins fuient l'hôpital, les médecins étrangers exploités les remplacent comme ils peuvent, les fermetures d'hôpitaux rallongent les distances pour les personnes malades ou accidentées et les files d'attente aux urgences s'allongent.

À cause des fermetures de lits, les soignants perdent un temps fou à en trouver un de libre. Le *turn over* est si important que les équipes de soins n'existent plus. La continuité des soins est entièrement mise à mal.

Vous souhaitez favoriser encore la contractualisation des médecins hospitaliers, contraindre les hôpitaux à mutualiser leurs ressources humaines. Contrairement à ce que vous dites, ce n'est pas à une association de la médecine de ville et de la médecine hospitalière que l'on va assister, mais bel et bien, hélas ! à un détricotage de l'hôpital public au profit de la médecine libérale. Cette dernière, surtout lorsqu'elle exerce en secteur 2, n'est pourtant pas un modèle de service public. Liberté d'installation, dépassements d'honoraires et atomisation ne permettent pas et ne permettront jamais une offre de soins digne de ce nom.

Vous dites vouloir créer la coopération entre médecins, alors que tout dans notre système de financement les pousse à la concurrence. La tarification à l'activité reste la règle, le pouvoir des gestionnaires la norme. Mais l'hôpital n'est pas une entreprise. Aussi, je m'interroge : faut-il se réjouir de l'article 1^{er} de ce projet de loi ? La suppression du *numerus clausus* est une bonne chose. Mais si

cette mesure ne s'accompagne pas d'une réelle hausse du nombre de médecins formés et de mesures restreignant la liberté d'installation, elle sera totalement inutile.

Pour lutter contre les déserts médicaux, vous dites vouloir des mesures incitatives, mais madame la ministre, ne faites pas semblant : vous savez aussi bien que nous tous ici qu'elles ont toutes démontré leur inefficacité. En revanche, le conventionnement sélectif des médecins serait réellement efficace, mais vous n'y comptez pas. Les zones rurales devront se contenter d'une médecine à distance, par écran interposé en télésoins. Ce projet de loi de santé est en réalité le projet de loi des inégalités de santé, de l'abandon des territoires ruraux, de la désertification médicale, du détricotage de nos hôpitaux publics.

Et que dire des moyens utilisés ? Vous demandez des chèques en blanc. Par voie d'ordonnances, vous voulez revoir totalement le statut du praticien hospitalier, les missions des hôpitaux de proximité, des groupements hospitaliers de territoire, des ARS. Incapables de soigner notre système de soins, il faudra en plus que vous aggraviez le cas de notre démocratie malade !

Ce projet de loi brille par son refus d'aborder tous les problèmes urgents. Les inégalités de santé se creusent et les déserts médicaux s'accroissent, mais vous n'apportez pas de solutions. Les laboratoires pharmaceutiques déploient tous leurs moyens pour vendre à des prix onéreux leurs médicaments, mais vous ne prévoyez pas une seule mesure pour réguler le secteur. C'est même le contraire qui est fait, puisque l'article 15 renonce à étudier les causes des ruptures d'approvisionnement.

Pas un mot sur les établissements psychiatriques ni sur les EHPAD. Notre démocratie sanitaire est complètement mise à mal. Certaines associations de patients sont obligées de se financer auprès des industries pharmaceutiques pour survivre... Là encore, pas un mot les concernant. Les soignants ont vu ces dernières années leurs conditions de travail se détériorer, engendrant démissions et absentéisme massif : rien sur le sujet.

En définitive, les moyens cruellement insuffisants dont nous disposons sont consacrés à la médecine libérale, et rien n'est fait pour notre système public de santé.

Mesdames les ministres, je suis désolée, notre système de santé n'est pas à vendre !

M. Pierre Dharréville. Mesdames les ministres, nous abordons aujourd'hui un projet de loi qui se veut la déclinaison d'une partie du plan « Ma santé 2022 » annoncé par le Président de la République au mois de septembre 2018. Cette réforme est très attendue, tant le monde de la santé est en crise, comme nous l'avons constaté à l'occasion de notre tour de France des hôpitaux. Nos hôpitaux publics et leurs personnels sont en souffrance depuis de trop nombreuses années à cause de multiples cures d'austérité et de la course à

l'activité. L'offre de soins se raréfie dans nos territoires, en raison d'une pénurie de médecins, notamment généralistes et d'un *numerus clausus* trop longtemps insuffisant. Il en résulte des inégalités d'accès à la santé qui progressent, et de plus en plus de renoncement aux soins pour nos concitoyennes et concitoyens. Ces constats sont connus et partagés désormais, tout le monde en convient. Il est urgent d'agir pour préserver notre système de santé et garantir l'égal accès aux soins.

Loin d'instaurer des mesures d'urgence pour l'hôpital, cette réforme est d'abord une réforme d'organisation au moment où le système de santé est confronté à une crise de financement majeure. Ce sous-financement chronique de la sécurité sociale et de l'hôpital public est organisé depuis des années par les gouvernements successifs. La Fédération hospitalière de France estime à 8,6 milliards d'euros les plans d'austérité de ces quatorze dernières années.

Les deux premiers projets de loi de financement de la sécurité sociale du quinquennat prolongent la compression des dépenses d'assurance maladie avec un objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) fixé successivement à 2,3 % et à 2,5 % quand les besoins en santé nécessiteraient une progression annuelle de 4,5 % des dépenses de soins. Il en résulte des économies drastiques pour le secteur hospitalier : 1,6 milliard en 2018 et 900 millions en 2019. L'amélioration des comptes de la sécurité sociale ne s'est donc faite qu'au prix de coupes dans les dépenses.

Faire mieux avec moins que ce qu'il faudrait tous ensemble, telle pourrait être finalement la philosophie de ce projet qui s'inscrit dans la continuité des politiques des derniers gouvernements : fuite en avant dans les groupements hospitaliers de territoire, poursuite du virage ambulatoire, objectif des dépenses de santé bridé au regard des besoins, décloisonnement entre le public et le privé – logique d'*open space* qui pourrait très rapidement se transformer en logique d'*open bar*...

D'autres mesures vont dans le bon sens : c'est le cas de la fin du *numerus clausus* que nous réclamons depuis longtemps, ou l'encouragement à l'exercice regroupé des médecins. Des mesures intéressantes, mais de faible ampleur, visent à répondre de manière conjoncturelle à la désertification médicale : encouragement au contrat d'engagement de service public, recours au médecin adjoint. Mais nous craignons que, sans moyens financiers en face, les résultats sur l'amélioration de l'accès aux soins ne soient décevants. La démocratie sanitaire est donc nécessaire.

Le plus inquiétant est certainement ce qu'il n'y a pas dans ce projet de loi. Par plusieurs techniques habiles, comme le renvoi à des ordonnances – il y en a six – ou à des décrets, vous sortez finalement du débat parlementaire les sujets essentiels : la refonte de la carte hospitalière sera dessinée dans les cabinets du ministère, le recours aux ordonnances vous exonère au passage d'études d'impact

sur le nombre d'hôpitaux menacés par les restructurations liées à la mise en place des hôpitaux de proximité.

Combien d'hôpitaux seront déclassés, perdront leur service de chirurgie et de maternité ? On parle de 200 à 300 hôpitaux. Vous renvoyez également à des ordonnances la réforme des conditions d'emploi des praticiens hospitaliers et les conditions de rectification des compétences des médecins. Enfin, vous renvoyez à des décrets la réforme des études médicales. Si nous sommes favorables à la suppression du *numerus clausus*, nous ne connaissons pas les contours exacts du système qui aura vocation à le remplacer. Beaucoup de questions se posent : quel pouvoir pour les ARS dans ce système, quels moyens pour les facultés, quels objectifs, quelles ambitions ? Nous avons besoin de professionnels du soin et de la santé en nombre beaucoup plus important dans notre pays. Enfin, à quoi ressemblera la première année des études de santé, et le passage aux années suivantes ? À ce stade, de nombreuses questions restent sans réponses. Nous aimerions pouvoir en discuter dans le cadre du débat parlementaire qui devrait nous mobiliser.

La réforme de la santé aura donc lieu pour l'essentiel en dehors de ce projet de loi, en dehors de nos discussions. Si cela ne nous empêche pas de formuler des propositions, il nous semble que ce n'est pas la bonne manière de discuter et de prendre les bonnes décisions ensemble.

Aristote disait que l'homme est un animal politique...

M. Olivier Véran, rapporteur général. Ah ! (*Sourires.*)

M. Pierre Dharréville. Je ne peux m'empêcher de conclure en vous disant que si cela pouvait montrer une impréparation inquiétante, cela traduit une méthode de gouvernement qui pourrait viser à contourner le Parlement et les enjeux essentiels de la réforme tout en laissant de grandes marges de manœuvre pour écrire une réforme en dehors des radars parlementaires. Nous le regrettons. Les députés du groupe de la Gauche démocrate et républicaine essaieront, tout au long de la discussion, d'obtenir les précisions utiles et nécessaires et de les traduire dans la loi.

Mme Albane Gaillot. Mesdames les ministres, mes chers collègues, l'accès aux soins est une préoccupation majeure des Françaises et des Français. Ces dernières semaines, nos concitoyens ont pris la parole pour témoigner leur détresse et leur colère face à la détérioration progressive de nos services publics dans certains territoires. Les situations que nous décrivont les Français viennent conforter le diagnostic que nous nous attachons à poser depuis plusieurs mois. Notre majorité n'a pas attendu le grand débat national pour prendre conscience des inégalités d'accès aux soins. À cet égard, je tiens à saluer le travail mené par nos collègues, Mme Stéphanie Rist et M. Thomas Mesnier, qui sont venus nourrir utilement le texte que nous allons examiner.

Bien qu'il nous faille œuvrer à un véritable changement de paradigme pour relever les défis auxquels nous faisons face, cela ne signifie pas pour autant que tout est à jeter, loin de là. Nous sommes attachés à notre système à la française qui associe une médecine hospitalière et une médecine libérale. C'est grâce à ce modèle particulier que la France se situe au deuxième rang des pays du monde en matière d'espérance de vie de nos concitoyens. C'est grâce à ce modèle que le reste à charge des ménages pour leur santé est le plus faible des pays du monde. Enfin, c'est grâce à ce modèle que notre système de santé fait l'objet de nombreuses convoitises chez nos voisins.

Pourtant, ce modèle s'essouffle. Vous l'avez dit, madame la ministre, notre système de santé a des forces, mais il s'est considérablement fragilisé ces dernières décennies. Notre société a changé : aujourd'hui, nous devons faire face au vieillissement de la population et à l'explosion des maladies chroniques.

Parce que notre société a changé, notre système de santé est en tension. Il est en tension en matière d'accès aux soins : patient sans médecin traitant, délais d'attente excessifs pour accéder à certains spécialistes, et j'en passe. Cette première tension en nourrit une seconde, celle du mécontentement et de l'usure des professionnels de santé, dont le mal-être est grandissant d'année en année, du fait de leurs conditions d'exercice. Et les nouvelles générations, vous l'avez dit, n'aspirent pas à la même carrière que celle de leurs aînés.

Mais fragilité ne doit pas nécessairement rimer avec fatalité. Il n'y a, dans les défis qui se présentent à nous, rien d'inéluctable. Car les limites de notre système ne sont pas le fruit d'un problème de sous-financement, mais plutôt de défauts d'organisation.

Par défauts d'organisation, j'entends le fait que notre système est cloisonné, déséquilibré même, avec d'un côté de trop nombreux professionnels de ville qui exercent de manière isolée, et de l'autre des professionnels de ville et de l'hôpital qui ne communiquent pas, qui ne travaillent pas ensemble, ou pas suffisamment.

Pour adapter un système de santé à bout de souffle – je crois que nous partageons tous ce constat, quelle que soit notre couleur politique –, nous devons repenser notre système de santé. Les auditions que nous avons menées ces dernières semaines en témoignent. C'est précisément l'ambition que porte ce projet de loi et qui incarne le projet du Président de la République : réformer pour mettre le patient au cœur du système de santé.

Mettre le patient au cœur, cela veut dire construire la réponse des professionnels de santé autour du patient, en proximité, et coordonnée en réseau. C'est ce levier qui nous permettra de relever les défis qui se présentent à nous : la réponse à la demande de soins de la population, l'accélération du virage ambulatoire, l'allègement de la pression sur l'hôpital, l'amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé.

La structuration des soins de proximité ne pourra être une solution que si nous sommes capables de redonner du temps médical aux professionnels. Il faut donc former suffisamment de médecins. C'est tout l'objet de la réforme des études de santé, dont nous nous réjouissons, et qui mettra enfin un terme à tant d'années de gâchis.

Cette réforme ne portera pas ses fruits avant dix ans. C'est une première réponse, mais elle ne suffit pas à lutter contre les difficultés d'accès aux soins que connaissent près de 20 % de nos concitoyens dans les zones sous-denses. Il nous faut compter sur toutes les forces vives : les praticiens diplômés hors de l'Union européenne, mais aussi les internes qui ont toutes les compétences pour assister ces médecins débordés.

La structuration des soins de proximité – c'est notre objectif – doit également permettre une prise en charge fluide et coordonnée du patient. Il faut que les professionnels s'engagent à travailler ensemble et à apporter une réponse collective au patient pour répondre aux besoins de santé sur le territoire. Par la réponse aux besoins de santé, j'entends le fait de garantir l'accès à un médecin traitant, d'organiser une réponse aux urgences qui relèvent des soins de ville, de proposer davantage d'actions de prévention ou encore de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées. Cette réponse collective doit avoir une contrepartie : l'autonomie et la confiance en nos professionnels de santé.

Vous l'avez dit, madame la ministre, mais je le redis parce que je crois que c'est la colonne vertébrale de votre projet de loi : l'exercice isolé doit devenir l'exception. Le cadre de cette coopération sera bien sûr la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé. C'est dans la proximité que se gagneront les principaux défis qui se posent à nous, une proximité organisée par les acteurs des territoires eux-mêmes.

Si la structuration des soins de proximité est l'un des axes forts de la transformation du système de santé que nous portons, la gradation des soins en est un autre. Car si nous voulons permettre à toutes et tous sur le territoire d'accéder à des soins, nous souhaitons de surcroît qu'ils soient de bonne qualité. Oui, la qualité du système de santé français fait sa renommée, mais nous pouvons faire mieux. Et c'est ce que nous proposons à travers ce projet de loi : organiser la gradation des soins dans chaque territoire, c'est-à-dire que chaque hôpital doit se concentrer sur les soins pour lesquels il est le plus pertinent.

Rien de tout cela ne sera possible sans prendre enfin en compte le déploiement des nouveaux outils numériques. En 2016 a été créée la base de données de santé. Aujourd'hui, il est indispensable que toutes les données de santé soient partagées pour une médecine « 4P » : préventive, prédictive, personnalisée, partagée.

La révolution numérique dans le domaine de la santé doit également apporter de nouveaux services aux usagers pour qu'ils disposent de leurs données

de santé et de l'information nécessaire pour être acteurs de leur santé. Je veux parler du déploiement du dossier médical partagé, mais plus largement de l'espace numérique de santé.

Enfin, il est urgent que le numérique tire tous les bénéfices de l'intelligence artificielle dans le domaine de la santé. Nous sommes confiants sur le rôle de la future plateforme des données de santé dans cet exercice.

La transformation du système de santé constitue un engagement fort du Président de la République. Elle correspond également à une attente importante de nos concitoyens et de nos concitoyennes. À cet égard, je me réjouis, au nom du groupe La République en Marche, que nous puissions avancer sur l'épineuse question de l'égalité d'accès aux soins.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Pour le groupe Les Républicains, nous avons un duo, avec M. Door pour quatre minutes, et M. Grelier pour une minute.

M. Jean-Pierre Door. Mesdames les ministres, je vous remercie pour ces présentations. Bien entendu, vous vous doutez bien que nous n'avons pas tout à fait les mêmes avis que la majorité – du reste, c'est pour cela que nous sommes là... Tous les observateurs que nous avons rencontrés et les professionnels de santé ont fait le constat que ce projet de loi avait été rédigé de façon précipitée et qu'il était assez flou compte tenu du nombre de domaines réglementaires et du nombre d'ordonnances que vous avez cités.

La suppression du *numerus clausus* de la PACES est un symbole de ce projet de loi, de même que la réforme de l'accès aux deux premiers cycles. Comme vous le savez, madame Vidal, la Conférence nationale des doyens a posé la question de savoir s'il y aura suffisamment d'encadrement et de logistique dans les CHU et les CHR. Les lacunes en la matière seront-elles corrigées ? Garantirez-vous que les CHU et les facultés disposeront des mêmes moyens en termes de qualité, à la hauteur des besoins correspondant aux nouveaux effectifs ? La disparition du *numerus clausus* s'apparente en fait à une augmentation de 20 % de l'ancien *numerus clausus*, qui passe *grosso modo* de 8 000 à 10 000, ou de 9 000 à 11 000 suivant le nombre voulu. Encore faudra-t-il être en mesure de faire face à cet afflux supplémentaire.

Nous sommes très favorables à la disparition des épreuves classantes nationales (ECN) : leur création avait été à l'époque une mesure stupide. Vous les remplacez par un *matching* fondé sur un processus multifactoriel combinant les connaissances, les compétences cliniques et les compétences relationnelles. Mais quelles seront les méthodes d'évaluation ? Comment se fera la sélection, qui reste évidemment nécessaire ?

Le calendrier pose également question, comme l'ont constaté de nombreux observateurs. Vous modifiez le premier et le deuxième cycles, alors que le troisième cycle n'est pas encore abouti, celui qui est parrainé par le professeur

Dubois-Randé que je connais bien, et alors que la concrétisation des réformes du bac n'est pas encore entrée dans les faits. Madame Vidal, certaines voix vous ont proposé de décaler l'instauration de la mesure d'un an, de 2019 à 2020 ; mais je ne sais pas ce que vous leur avez répondu.

Comme de nombreux élus de terrain, je m'interroge sur la proposition des hôpitaux de proximité qui seront une carte maîtresse d'accès aux soins en partenariat avec les CPTS. Madame Buzyn, avez-vous déjà défini la cartographie nationale ou comptez-vous la définir, ce que j'espère, avec les collectivités locales ? Quel statut donnerez-vous à ces hôpitaux de proximité ? Territorialiser l'accès aux soins par voie d'ordonnance n'est pas une solution satisfaisante : cela revient à mettre les élus, les acteurs de santé du terrain, les établissements publics et privés sous la tutelle technocratique des ARS. Il est indispensable que les élus soient associés à la discussion sur ces hôpitaux de proximité.

Enfin, j'ai interrogé les rapporteurs sur la composition de la commission médicale de groupement hospitalier. Comment sera-t-elle définie ? Y aura-t-il une parité ou la proportionnelle dans les sièges ? Il faut prendre garde à ne pas dévaloriser les petits hôpitaux au profit de l'hôpital socle. Il conviendra également qu'il y ait parité au niveau des élus.

M. Jean-Carles Grelier. Madame la ministre de la santé, lors de vos interventions, vous avez appelé de vos vœux à de nombreuses reprises l'avènement du texte qui nous est soumis aujourd'hui et qui justifiait le rejet de la plupart des propositions qui vous ont été faites depuis quelques mois. Vous avez également appelé tous les professionnels de santé à vous accorder leur confiance à l'occasion de ce texte. Pouvez-vous nous confirmer aujourd'hui que vous serez bien au banc du Gouvernement, en première comme en nouvelle lecture, pour l'examen de ce projet de loi que vous avez porté et dans lequel vous êtes investie ?

M. Cyrille Isaac-Sibille. Mesdames les ministres, je souhaite vous remercier au nom du groupe du Mouvement Démocrate et apparentés pour ce projet de loi ambitieux en faveur de l'organisation et de la transformation de notre système de santé. Ce moment est historique : comme on le voit à travers le grand débat national, la santé est devenue la première préoccupation de nos concitoyens. Les Français, les acteurs de terrain, les responsables politiques partagent le même constat et les mêmes objectifs : ils sont d'accord sur la nécessité d'un changement profond. Ce changement profond irrigue ce projet de loi qui porte en lui une réforme structurelle d'envergure indispensable à l'heure où notre système de santé doit faire face à des défis contemporains : forte prévalence des maladies chroniques, vieillissement de la population, raréfaction de l'offre de soins dans certains territoires.

Un large consensus sur les objectifs de ce projet de loi se dessine parmi les acteurs. Comment ne pas être favorable à la fin du *numerus clausus*, à une meilleure sélection et formation des étudiants, à un meilleur accès aux soins, rendant l'exercice de la médecine plus collectif et en rémunérant l'ensemble des

professionnels de santé au parcours plutôt qu'à l'acte ? Comment ne pas être favorable à un décloisonnement ville-hôpital, à un virage numérique, à une meilleure utilisation des données de santé ? Vos intentions sont louables et généreuses ; mais pour que cette belle mécanique s'enclenche – projet de loi, négociations conventionnelles, nouveaux modes de rémunération, comme le propose le rapport Aubert –, nous avons besoin, vous avez besoin et de l'adhésion et de la participation de tous les acteurs de santé, et de sortir d'une logique administrative où tout est décidé d'en haut.

Ainsi, après vous avoir exprimé nos félicitations, permettez-nous d'exprimer nos craintes, en tout cas nos réserves.

Tout d'abord, pourquoi légiférer par ordonnances ? Comme vous l'avez rappelé, sur vingt-trois articles, six habilite le Gouvernement à légiférer par ordonnances. Je vous pose la question, mais nous savons déjà au final qui fera la loi. Nous pensons que le Parlement est le lieu à égale distance entre l'administration, les acteurs et les citoyens où le débat peut et doit avoir lieu et où la délibération peut se prendre en toute transparence. En agissant par ordonnances, nous craignons que cette réforme ne soit écrite par une technostructure sans l'adhésion de l'ensemble des professionnels de santé. Cependant, j'ai bien entendu et pris acte de la réponse que vous avez faite à M. le rapporteur général.

L'autre fragilité de cette belle mécanique concerne la faiblesse de la démocratie sanitaire dans votre projet. Vos intentions sont louables en souhaitant partir du besoin des patients et encourager les initiatives locales. Cependant, votre projet de loi renforce le rôle des agences régionales de santé. Le risque d'un dirigisme administratif est grand et nous craignons de voir appliquer les directives données depuis le siège de très grandes régions, sans concertation avec les acteurs de terrain. Or ce n'est pas sous la contrainte que les initiatives locales qui ont déjà fait preuve de leur efficacité proliféreront sur le territoire. Bien au contraire, nous souhaitons laisser l'initiative aux élus locaux, à l'ensemble des acteurs de terrain et aux patients qui connaissent le mieux les spécificités de leur territoire.

Enfin, si le titre de votre texte est « *projet de loi relatif à l'organisation de la santé* », il manque une pièce maîtresse – les choses les plus évidentes sont souvent les plus omises. Comment organiser en effet le système de santé en laissant de côté tout un pan de la santé, je veux parler de la prévention ? La santé est un tout. *Quid* de la médecine scolaire, *quid* de la protection maternelle et infantile, *quid* de la médecine du travail ? Comment expliquer une telle mise à l'écart alors que la prévention est la priorité du Gouvernement ?

Si votre projet de loi permet de fluidifier la médecine de ville et la médecine hospitalière, il aurait pu réconcilier Hygie et Panacée, l'organisation et de la prévention et du soin. La terminologie employée est d'ailleurs éclairante à ce sujet. L'ensemble des lois et codes s'évertuent à parler d'accès aux soins ; j'aimerais que l'on parle maintenant d'accès à la santé dans sa globalité. C'est ici même que réside le cœur du problème, trouvant ses racines depuis 1945 et les

ordonnances associées qui ont segmenté le soin et la santé. Soixante-dix ans plus tard, nous nous devons de réconcilier ces deux branches de la santé.

Pour conclure, votre projet de loi est ambitieux. Le groupe du Mouvement Démocrate et apparentés vous accompagnera en commission et dans l'hémicycle, tout en proposant des amendements pour rendre l'initiative aux professionnels de santé de terrain et de première ligne et éviter une suradministration de la santé, pour repositionner le rôle des élus locaux dans l'organisation de la santé, pour donner leur autonomie aux hôpitaux de proximité, lieux qui donnent des convergences entre médecine de ville et médecine hospitalière, et pour replacer la médecine sociale et préventive dans un système de santé qui ne doit plus être seulement un système de soins.

M. Joël Aviragnet. La question de la santé de nos concitoyens fait partie des principaux sujets abordés dans le grand débat national voulu par le Président de la République. Or le Gouvernement nous présente son projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé avant que le grand débat national ne soit terminé, et surtout avant qu'il ne trouve un débouché politique concret. Autrement dit, vous passez outre l'avis des citoyens sur une question aussi importante que celle de la santé qui pourtant arrive en bonne place dans leurs doléances.

Par ailleurs, sur vingt-trois articles, vous ne proposez pas moins de sept ordonnances. Faut-il en déduire que vous méprisez aussi l'avis des parlementaires qui, quoi qu'on en dise, doivent relayer les besoins et les attentes des habitants de leurs circonscriptions ? Voilà pour la forme. Je passe sur le fait que ce projet de loi a fait l'objet d'une concertation quasiment inexistante de la part du Gouvernement vis-à-vis des professionnels de santé, des associations, des syndicats, contrairement d'ailleurs à ce que vous affirmez. On se demande d'ailleurs si nous avons rencontré les mêmes personnes lors des auditions...

Quant à la place des élus locaux dans les politiques de santé territoriales, ce que vous avez lu, madame la ministre, est tout à fait séduisant ; à ceci près que, dans la réalité, les choses se passent un peu différemment.

J'en viens au fond : esbroufe, dédain et omissions. Oui, j'émet de très nombreuses réserves car, une fois de plus, après les grandes annonces du plan « Ma santé 2022 », vous nous présentez un projet de loi au rabais, un projet de loi qui ne répond pas aux annonces que vous aviez faites au mois de septembre dernier et qui ne tient pas compte des attentes exprimées par les Français.

Esbroufe, car vous dites supprimer le *numerus clausus* tout en créant des modalités de régulation identiques. J'en veux pour preuve ce qui est écrit à la page 20 de l'étude d'impact. Les modalités de régulation tiendront compte des capacités de formation, des besoins du système de santé et reposeront sur une concertation étroite entre les universités et les agences régionales de santé. Le nombre d'élèves médecins continuera d'être fixé, comme aujourd'hui, par les

ministres concernés. C'est écrit noir sur blanc : tout restera comme avant. En d'autres termes, vous supprimez le *numerus clausus* pour en créer un nouveau qui poursuivra le même objectif et produira les mêmes effets. Mais vous prendrez le soin de l'appeler différemment... Mesdames les ministres, il faut reconnaître que vous êtes excellentes en termes de communication ! Moi-même, j'ai failli vous croire... Il faut cesser ce jeu de dupes qui ne dupe plus personne, en finir avec les tartufferies qui ne servent qu'à produire de la déception et de la défiance pour demain. Vous ne changerez rien au *numerus clausus* car vous n'augmentez pas les capacités d'accueil des universités de médecine, ni en termes d'infrastructures ni en termes de moyens financiers.

Dédain, car concernant les hôpitaux de proximité, vous vous payez de mots. Vous annoncez la création de 500 à 600 hôpitaux de proximité, comme si vous alliez faire construire de nouveaux hôpitaux en France. En réalité, vous allez déclasser les CHU et les centres hospitaliers dans nos territoires. Avec le label « hôpitaux de proximité », vous labellisez le déclassement de l'hôpital public ; c'est bien de cela qu'il s'agit. Vous n'avez que faire des millions d'euros investis par les collectivités locales et donc par l'impôt des Français dans les plateaux techniques, les maternités ou les services d'urgence. Ce qui vous importe, c'est que les hôpitaux dits de province ne grèvent pas le budget de la sécurité sociale... Sauf que vous oubliez que, dans bien des territoires, CHU et CHR sont indispensables. De plus, les habitants des territoires ruraux comme ceux des banlieues ne sont ni des sous-citoyens, ni des exclus de la République. Les hôpitaux de proximité que vous prétendez créer ne sont rien d'autre qu'un dispensaire doublé d'un EHPAD. Dire le contraire serait mentir. Tout ceci est très éloigné des attentes de notre population et des revendications exprimées dans le grand débat national et les cahiers de doléances.

Omissions enfin : ce qui m'a peut-être le plus choqué dans ce projet de loi, c'est tout ce qui n'y figure pas – je veux parler de la prévention, du handicap, des soins à domicile et des soins ambulatoires, des EHPAD et de tous les autres établissements médico-sociaux. Bref, ce projet de loi déçoit profondément, tant sur la forme que sur le fond. J'avoue qu'il sera bien difficile pour les députés du groupe Socialistes et apparentés de l'améliorer, car on n'amende ni l'esbroufe, ni le dédain, ni les omissions.

M. Paul Christophe. Mesdames les ministres, nous avons accueilli avec bienveillance les grandes orientations du plan « Ma santé 2022 » présenté par le Président de la République en septembre dernier. Nous partageons votre diagnostic sur les dysfonctionnements qui affectent l'organisation de notre système de santé, désormais inadapté aux besoins des Français. La pénurie de médecins dans le secteur libéral et leur inégale répartition sur le territoire est le résultat des erreurs passées et d'une politique à courte vue dans la gestion de la démographie médicale.

Cette fracture médicale, source de grandes difficultés au quotidien pour nos concitoyens, a également des conséquences désastreuses sur le secteur

hospitalier, touché par cette pénurie. Les services d'urgence sont de plus en plus engorgés, en particulier dans les zones sous-dotées en médecine de ville.

Le projet de loi que vous nous présentez aujourd'hui porte donc une noble ambition : celle d'en finir avec le cloisonnement et de renforcer la coopération entre professionnels de santé, en s'appuyant sur les initiatives locales. Si nous partageons l'élan donné, nous ne pouvons cependant pas cacher notre déception devant la mise en œuvre, puisqu'à ce stade de la discussion le texte ne répond que partiellement aux attentes exprimées.

Dans un projet de loi ramassé à l'extrême, sur les vingt-trois articles qu'il comporte, six habilite le Gouvernement à légiférer par ordonnance et deux ratifient un patchwork de diverses mesures. Près du tiers de votre texte fait donc l'impasse sur le débat parlementaire. Vous vous en doutez, cela ne peut que nourrir notre frustration. Vous multipliez le recours aux ordonnances sur des sujets particulièrement sensibles qui mériteraient pourtant que l'on s'y attarde. Nous n'avons par ailleurs aucune information quant à la méthode de concertation définie pour élaborer ces ordonnances ni de garanties sur les acteurs qui seront effectivement concertés. Nous attendons donc de cette audition des précisions de méthodologie et nous vous invitons, comme cela a été fait pour d'autres projets de loi – je pense, dernièrement, au projet de loi « Justice » –, à associer les parlementaires de tous les groupes à sa rédaction.

Sur le fond du texte, nous partageons les objectifs du titre premier : il ne peut y avoir de réforme du système de santé sans passer par une réforme de la formation. Si nous approuvons la suppression du *numerus clausus*, nous appelons toutefois votre attention sur les difficultés que pourraient rencontrer les universités dans leurs capacités d'accueil pour intégrer correctement ce nombre croissant d'étudiants. Il y a également un sujet sur le terrain des stages disponibles.

Concernant la fixation du nombre d'étudiants admis en deuxième année, tout repose sur un dialogue unique entre les universités et l'ARS. Si nous voulons améliorer la démocratie sanitaire, il est nécessaire de créer les outils de la collégialité. Il faudrait en conséquence associer à la décision les instances ordinales ainsi que les élus locaux.

À ce propos, mesdames les ministres, il ne peut y avoir de réussite de cette réforme sans une association étroite avec les territoires. La réponse à apporter en matière de démographie médicale repose en effet sur une question d'aménagement du territoire et se construit donc avec les élus locaux. Pour l'heure, ceux-ci se heurtent aux ARS, devenues des structures technico-financières. Or ces ARS ont un rôle à jouer dans la constitution des comités professionnels territoriaux de santé que vous souhaitez développer. Afin qu'ils ne restent pas des coquilles vides, il faut garantir aux acteurs du territoire une certaine latitude pour leur permettre de s'organiser entre eux. Il faut faire confiance au terrain et ne pas faire de la CPTS un nouvel objet administratif et complexe.

Cette confiance doit également se développer entre professionnels de santé. Le décloisonnement passera par le développement du partage des tâches. Lors de nos auditions, les professionnels de santé nous ont confirmé être prêts. Dans sa rédaction actuelle, le texte demeure trop médico-centré et ne s'appuie pas assez sur les autres ressources humaines disponibles en santé. Nous aurons l'occasion d'y travailler avec vous.

Le décloisonnement passera également par la fluidité des carrières entre ville et hôpital, et par l'exercice mixte. Or la réforme du statut du praticien hospitalier soulève de nombreuses interrogations sur les disparités de statuts qu'elle risque d'engendrer.

Nous attendons également beaucoup de la révision de la carte hospitalière et du renforcement de l'intégration des GHT, dont nous craignons qu'ils ne s'opèrent de façon autoritaire et ne correspondent pas à la démarche volontaire affichée.

Enfin, nous approuvons votre volonté de développer le numérique en santé. La création de cet espace numérique ne devra toutefois pas conduire demain à une nouvelle fracture numérique et à de nouvelles exclusions. Nous y serons donc particulièrement attentifs.

En l'état actuel du projet, compte tenu des questionnements qu'il soulève, et dans le prolongement des auditions que nous avons réalisées, mesdames les ministres, je serais tenté de vous dire : « Bien, mais peut mieux faire »... C'est pourquoi le groupe UDI, Agir et Indépendants est prêt à vous accompagner plus avant pour valoriser ce texte.

Mme Jeanine Dubié. En préambule, je voudrais vous faire part de mon étonnement de constater que nos trois rapporteurs sont médecins spécialistes de profession. Sans remettre en cause les compétences de nos collègues et leur capacité d'écoute, dont je ne doute pas, je considère que la santé est bien sûr affaire de médecins, mais pas seulement, et qu'elle doit s'inscrire dans une vision globale et collective. Je veux croire que ce choix est totalement fortuit ; mais il est pourtant très chargé de symboles.

C'est avec une certaine déception que nous avons pris connaissance de ce projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, une déception à la hauteur des attentes qu'avait suscitées l'annonce de votre plan « Ma santé 2022 », et surtout à la hauteur des enjeux actuels de notre système de santé. Soyons honnêtes, les difficultés que connaît notre système de soins ne sont pas d'aujourd'hui. Elles sont la résultante de politiques successives assises essentiellement sur des réductions budgétaires sans prendre en compte les évolutions sociétales à long terme, je pense au vieillissement et aux maladies chroniques. Une transformation en profondeur est donc nécessaire, compte tenu de la crise de démographie médicale dans laquelle notre pays est en train de s'installer durablement. Nous avons tous bien conscience de l'urgence de lutter

contre les déserts médicaux et des limites des dispositifs mis en œuvre jusqu'ici pour lutter contre ces inégalités.

Le groupe Libertés et Territoires ne peut accepter que des Français soient mieux ou moins bien soignés selon l'endroit dans lequel ils vivent, alors que l'accès aux soins est un droit constitutionnel. Or, aujourd'hui, il faut dix-huit mois pour un rendez-vous chez un cardiologue, six mois chez un ophtalmologiste, trois mois chez le dentiste, sans parler des praticiens qui refusent de nouveaux patients – notamment les gynécologues. Dans notre circonscription, nous sommes tous et toutes témoins de drames humains pour des personnes souvent fragiles ou âgées dont les moyens sont modestes et qui rencontrent les pires difficultés pour être prises en charge. Nous voyons également des médecins accablés par une charge de travail considérable, en proie à un véritable malaise. Ce constat est d'autant plus préoccupant que, nous le savons, la situation va s'aggraver dans les dix années à venir : les évolutions le confirment, un médecin sur deux a ou aura bientôt plus de soixante ans, les jeunes médecins ont des aspirations différentes, le temps médical disponible baisse. Or la population française vieillit, son niveau d'exigence augmente, tout comme les maladies chroniques. Elle ne va pas s'aggraver seulement pour les territoires ruraux, les villes moyennes et les banlieues, dans lesquels il y a déjà urgence, mais aussi dans les métropoles, qui connaissent actuellement leurs premières difficultés.

Par conséquent, notre groupe considère que la progression des déserts médicaux ne pourra être enrayerée que si notre politique de santé est profondément repensée. Or votre plan ne répond malheureusement pas à l'urgence. Les mesures proposées, qui vont dans le bon sens, mais pas assez loin ; et surtout, elles ne trouveront pas leur plein effet avant plusieurs années. Le *numerus clausus* n'est pas supprimé, contrairement à ce qui est annoncé, mais seulement relevé. La suppression des épreuves nationales classantes et la prise en compte des critères régionaux dans la détermination des effectifs sont des mesures intéressantes, mais là encore trop timides ; nous proposerons de créer de véritables internats régionaux. Le projet de loi aurait gagné à prendre en compte toutes les professions intervenant auprès des patients dans une approche pluridisciplinaire et en faisant évoluer le cadre légal des infirmiers, notamment en pratique avancée, pour mieux fluidifier l'exercice coordonné.

D'une manière générale, c'est le flou qui règne la plupart du temps. La définition et les missions des hôpitaux de proximité ne sont pas précisées. La généralisation des CPTS est certes abordée, mais sans indications sur leur forme juridique et leur financement. De même, sur la révision de la carte hospitalière, c'est la méthode que vous employez que nous déplorons fortement, méthode qui entretient ce flou et qui ne nous permet pas vraiment de nous positionner sur ce projet. En effet, la lisibilité de la loi est entravée par les nombreux recours aux ordonnances, aux décrets, aux conventions ou encore au prochain PLFSS. Non seulement cela revient à remettre au lendemain ce que l'on doit faire maintenant, mais ce n'est pas compatible avec la tenue d'un dialogue social de qualité, à tous égards indispensable.

Certains recours aux ordonnances sont difficilement compréhensibles : pour certaines d'entre elles, les délais de mise en œuvre pourront atteindre dix-huit mois... Le prétexte de l'urgence ne tient pas. Une fois de plus, les parlementaires sont mis à l'écart, alors que ce sujet mérite que nous soyons tous concertés. Comment comptez-vous garantir que nous prendrons part aux côtés des professionnels de santé et des usagers à la construction de ces ordonnances ?

Enfin, quand ils ne sont pas flous, certains points essentiels ne sont tout simplement pas abordés. Je pense au financement des hôpitaux, aux besoins d'investissement. Certains de nos hôpitaux connaissent d'importants déficits ; beaucoup réclament une revalorisation de leurs tarifs, et je salue votre décision de les augmenter de 0,5 %, mais c'est bien insuffisant. Le texte ne mentionne pas les nécessaires investissements en matière de matériel hospitalier et la situation des personnels n'est pas non plus abordée.

Beaucoup d'incertitudes, donc, sur ce projet de loi pourtant attendu, et beaucoup de déception. Les députés du groupe Libertés et Territoires seront force de proposition pour améliorer notre système de santé.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Mme Fiat étant partie, je ne répondrai pas à sa prise de parole.

Mme Gaillot n'a pas non plus vraiment posé de question ; je la remercie en tout cas de son soutien.

Monsieur Door, le périmètre de ce projet de loi vous semble insuffisant, mais c'est un choix que j'assume parfaitement. En arrivant au ministère, j'avais d'emblée indiqué que je ne souhaitais pas une grande loi de santé de 250 articles balayant tous les sujets, de la taille des mannequins à la démocratie sanitaire en passant par la prévention – j'en suis désolée pour le rapporteur général Olivier Véran, mais cela a déjà été fait... J'entendais concentrer le travail de mon ministère sur un texte législatif resserré et absolument nécessaire à la transformation. Ce projet traduit exactement ce dont nous avons besoin dans la loi pour aboutir à une transformation du système de santé. C'est volontairement qu'un certain nombre de sujets qui n'y participent pas directement ne sont pas abordés.

Beaucoup de sujets sont d'ordre réglementaire. Cela permet une souplesse, une adaptation plus rapide. On voit bien à quel point nous sommes parfois bloqués quand nous inscrivons certaines dispositions « dans le dur » pour adapter la législation à l'urgence de certaines situations, à plus forte raison lorsque les calendriers parlementaires sont très serrés. C'est typiquement ce qui s'est produit avec les praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) : faute de disposer de leviers réglementaires depuis plusieurs années, nous n'avons pas pu intégrer ces professionnels dans notre système de santé : il fallait un véhicule législatif. Voilà pourquoi je souhaite inscrire dans le dur uniquement ce qui est absolument nécessaire. Ce texte sera du reste l'occasion de régler le problème des PADHUE.

Vous avez également parlé des hôpitaux de proximité. Il n'y a pas de plan ni de cartographie proposée en la matière, mais bien l'idée d'offrir aux professionnels ainsi qu'aux élus locaux et aux citoyens des bassins de vie la possibilité de proposer un label « hôpital de proximité » qui donnerait en contrepartie doit à des investissements et des cadrages permettant peut-être à ces hôpitaux de revivre.

Pour moi, l'hôpital de proximité est un hôpital qui répond aux besoins de premier recours d'un bassin de vie. Aujourd'hui, quelque 230 hôpitaux de proximité existent, depuis la loi de 2016, mais il n'y a pas eu d'adhésion massive à ce type de cadrage. Ils font l'objet de financements particuliers ; il est en effet absolument nécessaire que les financements soient adaptés car ce ne sont pas des hôpitaux qui ont pour vocation d'augmenter leur activité. En revanche, ils rendent un service particulier à la population locale.

L'un des hôpitaux de proximité que j'ai visité la semaine dernière, celui de Pont-Audemer, m'a semblé être le modèle. Cet hôpital s'est restructuré et s'est concentré sur un plateau technique biologie-radiologie, avec un scanner et de la radiologie standard, et qui a de la médecine polyvalente, de la gériatrie et des urgences. À l'occasion de cette restructuration, l'établissement a contractualisé avec l'hôpital porteur du GHT, l'hôpital du Havre, et les spécialistes du Havre ; chirurgiens, cardiologues, dermatologues, vont une journée par semaine donner des consultations avancées dans cet hôpital. Ainsi, les habitants de Pont-Audemer ont accès en proximité à un plateau technique de premier recours, peuvent être hospitalisés pour des suivis de pathologies simples et ont accès à tous les spécialistes de l'hôpital du Havre. En cas de besoin d'un acte chirurgical, ils sont pris en charge au Havre pour l'acte, mais reviennent à Pont-Audemer pour les éventuels soins de suite. C'est un très beau modèle, car il garantit la continuité et la qualité des soins tout en assurant un plateau technique de premier recours qui rend service à la population. C'est ainsi que je vois l'hôpital de proximité à l'avenir.

Les concertations débutent aujourd'hui avec les fédérations hospitalières et les élus sur ce que pourrait être ce modèle. L'idée n'est pas d'arrêter une cartographie définie par le ministère ni même les ARS, mais de faire en sorte que chacun postule à ce label « hôpital de proximité » en contrepartie duquel il bénéficiera d'un financement, d'investissements, d'une restructuration.

Vous demandez ce que seront les communautés médicales d'établissement (CME) du futur GHT. Il est prévu, dans le cadre des ordonnances, que les CME fassent l'objet d'une concertation. La parité, vous avez raison, doit être préservée : l'équilibre entre petits et grands hôpitaux doit être impérativement respecté. Le but n'est pas de voir l'hôpital tête du GHT absorber tous les moyens mais au contraire de faire en sorte qu'il vienne en soutien des hôpitaux de proximité ou des hôpitaux plus éloignés. Nous serons extrêmement attentifs à ce que cela ne se traduise pas par un appauvrissement des hôpitaux de proximité mais par une juste répartition des ressources, avec des consultations avancées et parfois la mutualisation de

moyens. C'est ce qui s'est fait à Orléans, où a été mise en place la mutualisation des médecins urgentistes entre l'hôpital tête du GHT et les hôpitaux périphériques, ce qui permet de maintenir des services d'urgence toujours attractifs, avec des urgentistes qui tournent, tantôt dans l'hôpital tête de pont du GHT les jours où l'activité y est très importante, tantôt dans les autres établissements les jours où elle est moins soutenue. Cela permet de préserver leurs compétences, contrairement aux hôpitaux très clairsemés qui sont moins attrayants pour les professionnels car ils n'y ont pas assez d'activité.

Monsieur Grelier, si j'ai accepté ce poste de ministre, c'est parce qu'il me semblait impératif de transformer notre système de santé. Cela a été une des raisons de mon engagement en politique : en tant que professionnelle d'un hôpital public et responsable de diverses institutions, cela faisait des années que je constatais des dysfonctionnements. C'est le fruit d'une longue réflexion. Mais ce projet de loi est également le fruit de l'apport des groupes de travail depuis que le Premier ministre a lancé, le 13 février 2018, la dynamique de la transformation du système de santé. Cela a conduit à des annonces du Président de la République en septembre, et ces groupes de travail, qui comportaient des professionnels, des fédérations, des syndicats, des usagers, des élus, ont permis l'aboutissement de cette stratégie de transformation. Si je me suis engagée, c'est évidemment pour porter ce projet.

Monsieur Isaac-Sibille, vous me demandez qui écrira les ordonnances. C'est le temps de la concertation : je l'ai dit, les élus et les parlementaires en feront partie, comme je m'y suis engagée. L'idée n'est pas d'écarter les parlementaires de la réflexion. Nous étions pris par l'urgence de la nécessité de supprimer le *numerus clausus* ; c'est ce qui a abouti à ce calendrier très serré, mais nous tenons à ce que la concertation se poursuive sur ces enjeux majeurs, comme les hôpitaux de proximité.

Vous avez regretté l'absence de la prévention, mais celle-ci a fait l'objet d'un plan « Priorité prévention ». Un comité interministériel à la prévention se réunira le 25 mars autour du Premier ministre ; vous connaîtrez alors les priorités du Gouvernement en la matière pour cette année. De nouvelles mesures phares seront présentées lors de ce comité interministériel. De fait, la prévention est partout. Elle est dans la réforme des modes de financement : les financements forfaitaires que nous créons dans le cadre de la réforme de la tarification visent précisément à en faire le quotidien des professionnels de santé, à l'intégrer dans leur rémunération et leur tarification. De même, les missions des CPTS comprennent l'éducation à la santé et la prévention. C'est en cours de négociation à la CNAM dans le cadre de la négociation conventionnelle puisque les CPTS auront des missions socles dont celle de la prévention en santé dans leurs bassins de vie. Le sujet est donc complètement intégré au projet de loi, même si ce texte n'est pas un projet de loi sur la prévention et son organisation. Ce qui manque à notre système de santé, c'est une prévention totalement intégrée aux pratiques professionnelles ; c'est exactement ce que nous mettons en œuvre, en passant d'une tarification à l'acte, qui ne prend jamais la prévention en compte, à une

tarification forfaitaire ou à un parcours de santé qui intégrera la prévention par les professionnels de santé, de même que le financement des CPTS intégrera cette mission.

Monsieur Aviragnet, nous ne faisons aucunement fi du grand débat national : il enrichira le projet de loi s'il se présente des modifications par rapport à ce que nous proposons mais, en réalité il ne fait que mettre en exergue le constat que nous faisons tous, notamment au sein de cette commission, depuis deux ans, à savoir que notre système de santé est à présent inadapté aux pathologies chroniques et aux besoins de nos concitoyens, et qu'il est urgent de le réformer. Heureusement que nous n'avons pas attendu le grand débat national pour penser à une réforme du système de santé, à travailler sur les déserts médicaux ou le *numerus clausus* ! C'est depuis notre arrivée au Gouvernement que nous travaillons sur ce projet qui réglera normalement les problèmes de nos concitoyens. Cela ne signifie pas que nous serons sourds aux propositions, mais tout simplement, et c'est heureux, que nous avons anticipé et commencé à travailler.

Je me suis déjà exprimée sur les hôpitaux de proximité, en citant des modèles qui montrent le service rendu en termes de proximité comme en termes de qualité des soins et des pratiques. C'est ce que nous recherchons tous.

Les EHPAD ne figurent effectivement pas dans le projet de loi ; mais vous savez qu'une consultation vient de se terminer et que j'attends le rapport de Dominique Libault qui aboutira à une loi sur le grand âge et l'autonomie. La question des EHPAD sera évidemment traitée dans ce cadre.

Monsieur Christophe, j'ai rappelé la méthodologie sur les ordonnances. Vous appelez à associer les élus des territoires : j'en suis intimement convaincue. Par contre, je vous invite à la prudence : la santé n'est pas seulement un enjeu d'aménagement du territoire. Nos concitoyens le voient souvent ainsi, et c'est vrai que c'est un enjeu territorial, mais nous sommes aussi garants de la qualité des soins prodigués. Nous devons donc faire coexister cet enjeu de proximité et d'aménagement du territoire avec des enjeux de qualité des pratiques ; c'est exactement l'objet de ce projet de loi. Mais je vous rejoins sur le fait que les élus doivent être partie prenante des réflexions.

Vous trouvez ce texte trop médico-centré. Je ne le crois pas, car nous avons été très attentifs à utiliser l'expression « *professionnels de santé* », considérant que le projet de loi vise à embarquer la totalité des professionnels dans des exercices coordonnés. Les CPTS sont clairement des exercices coordonnés pluriprofessionnels. Le partage des tâches est emblématique de ce projet de loi : encourager les délégations de tâches, apprendre à travailler ensemble dans des parcours conjoints... Nous serons très attentifs à ce que cela n'apparaisse pas comme un projet de loi pour les médecins. Au contraire, nous voulons montrer à ces derniers qu'ils font partie d'un tout qui intègre l'ensemble des professions de santé au bénéfice des malades.

Les GHT n'auront rien d'une démarche autoritaire. Cela ne l'était pas dans le projet de loi de Marisol Touraine ; elle était laissée au bon vouloir des acteurs de terrain. Nous ne changerons pas de philosophie : c'est un projet de loi qui va s'adapter à chaque territoire, un projet de loi qui ne veut pas être trop normatif, afin de permettre à chaque territoire de faire émerger des projets qui lui ressemblent. On ne peut pas traiter de la même façon la banlieue parisienne et la Corse ; ce ne sont pas les mêmes problématiques de déplacement ni de santé publique. Je reviens de Guyane, où les problèmes sont encore différents. L'idée est de laisser chaque territoire faire les propositions d'organisation qui lui correspondent, en fonction des acteurs de terrain.

On m'a par exemple souvent demandé si un hôpital de proximité pouvait être un établissement privé. Spontanément, j'ai répondu que non, que les hôpitaux de proximité sont des hôpitaux publics ; mais j'ai découvert que, dans certains territoires, il n'existe pas d'hôpital public de proximité et c'est une clinique privée qui en fait office. On s'adaptera. Si tel est le cas, il est hors de question de détruire, par dogmatisme, un outil existant au sein d'un territoire. C'est un projet de loi cohérent mais qui sera peu normatif, de façon à laisser s'exprimer l'intelligence de terrain. J'ai totalement confiance dans les initiatives de terrain.

Nous serons attentifs à la fracture numérique. Nous savons qu'elle existe, notamment à cause des problèmes d'aménagement du territoire mais aussi à cause de l'âge de nos concitoyens. L'idée est de promouvoir des outils numériques indispensables mais nous serons attentifs à ce que cela ne crée pas de disparités territoriales.

Madame Dubié, ce ne sont pas les ministres qui choisissent les rapporteurs, même si nous sommes ravis du choix qui a été fait... Je ne peux donc vous répondre sur ce point.

Vous considérez que la loi ne va pas assez vite et pas assez loin. Cette loi, je le rappelle, n'est qu'une brique dans la transformation. Elle ne va pas assez vite car il y a urgence, vous avez raison, mais je pense que le risque serait grand de tout mettre dans la loi en faisant fi des concertations nécessaires avec les professionnels et de braquer un certain nombre d'entre eux, alors que nous avons besoin de tous pour assurer le déploiement d'une médecine de proximité. Le temps passé à la concertation, sera autant de temps gagné par la suite pour embarquer tous les professionnels dans les territoires. C'est ma méthode de travail : nous devons être en mesure d'embarquer tout le monde car c'est le meilleur gage de succès. Je remercie tous les professionnels qui nous ont accompagnés. Les syndicats, les ordres, les fédérations hospitalières sont d'accord sur les orientations de cette loi. On peut regretter qu'elle arrive tard au regard de l'urgence de la situation, mais au moins, elle arrive et tout le monde sera dedans. On peut s'en réjouir : trop de lois ont braqué les professionnels, au détriment de l'objectif poursuivi.

Les pratiques avancées se déploieront pour d'autres professionnels – en l'occurrence les infirmiers. J'ai prévu que les infirmiers de pratique avancée puissent exister dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale à partir de 2019, mais l'idée est d'élargir chaque année le champ de compétences des infirmiers en pratique avancée, voire de le proposer pour d'autres professionnels de santé.

Vous avez parlé de carte hospitalière : il n'y en a pas. Nous ne nous voyons pas comme normatifs, je l'ai dit, sur les organisations territoriales. Nous faisons confiance aux GHT, aux élus locaux, aux ARS pour nous proposer des montages cohérents. Des allers-retours auront lieu en permanence avec les élus locaux dans le cadre des projets territoriaux de santé. C'est ce que vise l'article qui y est consacré : une capacité de travailler entre ARS, élus et professionnels sur un projet partagé qui prend en compte tous les contrats locaux existants.

Mme Frédérique Vidal, ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. Monsieur Aviragnet, sauf erreur de ma part, le paragraphe auquel vous faites référence, qui prévoit que le nombre de places en médecine sera fixé par les ministres, ne concerne que le service de santé des armées... Dans tous les autres cas, le *numerus clausus* est bel et bien supprimé. Les décisions seront prises localement entre les universités et les ARS.

Cela me permet de rebondir sur les interrogations exprimées par M. Door. Augmenter le nombre d'étudiants formés dans les professions de santé nécessitera en effet des moyens supplémentaires mais il est bien prévu que les choses se passent dans le cadre des capacités d'accueil des établissements. C'est cela qui fixera réellement le nombre de médecins que l'on peut former. Nous maintenons évidemment une sélection : il n'est pas possible de laisser accéder aux professions de santé tous les jeunes qui souhaitent s'y engager – il y va de la qualité même de la formation. La sélection reste donc la règle, mais avec la possibilité pour tous les étudiants de progresser, qu'ils aient été ou non sélectionnés. En ce qui concerne les examens classants nationaux (ECN), il n'y avait en réalité pas de sélection jusqu'à présent : le dernier classé était, quelles que soient ses notes, affecté. Il nous paraît important de rétablir des épreuves vérifiant un certain niveau de compétences socles.

S'agissant du déploiement, la réforme de la PACES interviendra à la rentrée 2020 ; pour les ECN, sont pour l'instant concernés les examens ceux qui se dérouleront en 2022.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Nous allons passer aux questions des divers commissaires.

Vingt-quatre questions devant être posées ; si vous souhaitez des réponses substantielles, je vous demande de vous en tenir à une minute par question.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Merci, mesdames les ministres, pour ces propos. Quoi qu'en disent certains de nos collègues, votre projet donne

envie... Vous êtes sur une ambition pour notre système de santé que je partage pleinement.

Le titre premier du projet de loi propose une refonte de la formation initiale et continue en santé, avec comme objectif, aux articles 1^{er} et 2, l'amélioration de la qualité de vie des étudiants, à la fois par l'arrêt des concours et des épreuves couperets, fondés sur des compétences mnésiques, et par l'orientation progressive des étudiants dans leurs projets professionnels. C'est un élément fondamental quand on sait qu'en PACES, comme tout au long des années de médecine, nombre d'étudiants sont en souffrance.

Mais la problématique du bien-être des étudiants en santé dépasse le seul cadre de cette réforme structurelle. Le docteur Donata Marra, dans le rapport qu'elle vous a remis il y a un an, souligne bien la gravité des enjeux et la marge de progression importante qui demeure. Pourriez-vous nous préciser où en est l'application des recommandations de ce rapport et dans quelle mesure la réforme des études de santé et en particulier du mode d'évaluation permettra une amélioration de la qualité de vie des étudiants ?

Mme Ericka Bareigts. On parle beaucoup de cette stratégie territoriale de santé que vous souhaitez décloisonner et coordonner sur un plan pluri-professionnel. Mais comment et avec qui ces projets seront-ils organisés, quand les réalités des territoires sont très différentes – je pense évidemment à la France ultramarine ?

Quelques informations en vrac sur les territoires ultramarins : une mortalité infantile presque deux fois plus élevée que dans l'hexagone ; un secteur psychiatrique sous-financé – 20 % de moins que dans la moyenne nationale ; une démographie en pleine mutation, par exemple à la Réunion, où nous aurons 100 000 personnes âgées de plus en 2040, avec seulement 40 places en médico-social pour 1 000 habitants, contre 125 à 126 pour 1 000 en France hexagonale.

L'hôpital public joue un rôle fondamental, mais avec un coefficient géographique qui le met en grand danger. Ma question est simple : comment comptez-vous mettre en place votre stratégie pour les territoires ultramarins, en agissant sur les différents éléments que je viens de citer ?

Mme Annie Vidal. Je vous remercie, mesdames les ministres, pour la présentation de ce projet de loi, très attendu par les professionnels, et qui repose sur une approche pluri-professionnelle du parcours des patients, ce qui est très important. Je souhaiterais des précisions et des avis sur deux points.

L'article 18 dispense les structures médico-sociales d'appel à projets pour les opérations de transformation de la catégorie de prise en charge. Une exception est faite pour « *des services à domicile qui ne sont ni habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, ni autorisés à délivrer des soins aux assurés sociaux* ». Cette exception ne risque-t-elle pas d'être discriminante pour ces

services à domicile, à l'heure où l'EHPAD « hors les murs » est et doit être porté et encouragé ?

Ma seconde question porte sur le zonage. Cette mesure a pour objectif de rééquilibrer l'offre de soins sur l'ensemble du territoire et de lutter contre les disparités géographiques en ciblant les moyens sur des zones en plus grande difficulté. Toutefois, de nombreux professionnels de santé et certaines ARS, considèrent à l'usage, ce système comme inopérant. Est-il envisageable de repenser le système du zonage ?

Mme Catherine Fabre. Comme vous l'avez dit, madame la ministre, la collaboration autour d'un projet commun sera une des compétences clés attendues demain chez les professionnels des soins de santé. À ce titre, vous avez indiqué que la mise en place d'un tronc commun est dans la logique de cette transformation de la formation dans les métiers de la santé – ce dont je me réjouis.

Ce tronc commun pourrait-il concerner également les formations qui dépendent du ministère de la santé, comme les infirmiers ? Le titre premier concerne les médecins, les pharmaciens, les odontologues et les sages-femmes ; mais la mise en place d'unités d'enseignement commune avec d'autres professionnels, tels que des psychomotriciens ou des infirmiers, permettrait à la fois d'améliorer la coordination entre tous ces professionnels et de dynamiser les trajectoires professionnelles de l'ensemble de ces publics, en multipliant les passerelles et les possibilités de reprise d'études raccourcies.

Plus largement, quelle vision portez-vous concernant l'organisation de la formation initiale, mais aussi continue, des professionnels de soins de santé ? Comment pouvons-nous permettre à une infirmière ou à un psycho-motricien, de devenir plus facilement médecin, grâce à la validation des acquis de l'expérience et à une meilleure organisation de la formation ?

M. Francis Vercamer. Madame la ministre, je vous ai déjà interpellée à plusieurs reprises sur le sujet des inégalités sanitaires qui se creusent dans nos territoires. Cela instaure une véritable fracture entre nos concitoyens. C'est un paradoxe : le système de santé français, considéré comme l'un des plus performants par l'OMS, est aussi celui où, parmi les pays d'Europe de l'Ouest, les inégalités sociales et territoriales de santé sont les plus marquées.

À titre d'exemple, en 2018, l'espérance de vie des habitants de la Nièvre ou du Pas-de-Calais est de cinq ans inférieure à celle de ceux de Paris ou de l'Île-de-France. Ces différences sont évidemment à rapprocher des inégalités sociales : les 5 % des Français les plus aisés vivraient en moyenne treize ans de plus que les 5 % les moins riches du pays.

Ces inégalités s'expliquent en partie par des facteurs sociaux ; elles sont donc en partie évitables. Perçues comme particulièrement injustes, elles doivent constituer un objectif prioritaire de santé publique, comme le précise l'alinéa 11 du préambule de la Constitution de 1946. Croyez-vous que votre projet de loi

parvienne enfin à réduire ces inégalités, alors même que les dispositions du texte ne traduisent pas de réelle mobilisation sur cet objectif ?

M. Mustapha Laabid. Ce projet de loi d'organisation et de transformation du système de santé met en avant le décloisonnement des professions du secteur. Je voudrais évoquer avec vous le cas des médecins biologistes médicaux, dont le rôle est croissant dans le parcours de soins.

Aujourd'hui, les examens de biologie médicale participent à 70 % des décisions médicales prises par les praticiens et ce rôle clé est appelé à croître dans les années à venir. L'incitation à la concentration avait ses raisons : les nouvelles technologies exigeaient des montants d'investissements que les petits laboratoires ne pouvaient pas se permettre. Mais, hélas, les aléas législatifs ont favorisé l'émergence d'une situation qui pose aujourd'hui question en termes de santé publique.

La loi de 2001, dite MURCEF, domine aujourd'hui le territoire, au profit des grands groupes. Aujourd'hui, on observe une concentration dans le secteur au bénéfice des groupes financiers, qui ont bénéficié, jusqu'en 2013, de dérogations prévues par cette même loi. Aujourd'hui, ces grands groupes, qui détiennent plus de 50 % du secteur, proposent des analyses réalisées par des non-biologistes. Tout porte à craindre qu'ils n'obéissent d'abord à une logique marchande guidée par la seule rentabilité.

Madame la ministre, une attention particulière au métier de biologiste médical indépendant sera-t-elle apportée dans le cadre du programme « Ma Santé 2022 » ?

M. Bernard Perrut. Pour avoir mis en place un GHT souvent cité en exemple, je considère que l'organisation de l'offre de soins dans les territoires ne peut se traiter sans les élus. Le rôle et l'influence des élus locaux méritent d'être renforcés, car toute décision concernant l'organisation hospitalière a des impacts forts et directs sur le maintien et l'installation des médecins, sur l'accueil des nouveaux habitants et des entreprises, sur l'emploi, sur les transports et sur l'attractivité des territoires.

Quelle place, madame la ministre, allez-vous donner aux élus dans les hôpitaux, et notamment les hôpitaux de proximité, dans les GHT, dans les CPTS et dans les CPAS, à travers le projet territorial de santé ? Quelle vision avez-vous réellement de la gouvernance ? Vous comptez traiter ces questions par la voie des ordonnances ; à mon sens, ces sujets devraient plutôt relever de la discussion des représentants de la nation que nous sommes. Car nous nous battons contre les inégalités territoriales et nous voulons des soins au bon moment, au plus près de chez soi et avec une exigence de qualité et de sécurité !

M. Belkhir Belhaddad. Je souhaiterais, mesdames les ministres, vous questionner sur la place qu'occupe la prévention dans l'organisation de notre système de santé, et notamment sur l'engagement présidentiel de la création de

maisons de sport et de la santé, ainsi que sur la volonté d'inclure, dans la formation des professionnels de santé, un module obligatoire de prévention par l'activité physique.

Au regard de leurs bénéfices multiples chez les patients atteints de maladies chroniques, bénéfices confirmés par l'expertise collective de l'ANSES en 2016, et par celles de l'Inserm très récemment, l'intégration, dans le parcours de soins, de programmes d'activités physiques adaptés qui puissent trouver leur place dans le parcours de ville de chacun est un enjeu majeur de santé publique. Cela implique de mettre en place des collaborations entre tous les acteurs du système sanitaire, social et médico-social de l'activité physique et sportive. Même si de nombreuses dispositions pourraient être de nature réglementaire, il me semblerait important qu'un texte sur la transformation de notre système de santé prenne en considération des thérapies non médicamenteuses qui permettent d'éviter la survenue de pathologies et de faire baisser la mortalité. Quels sont, sur ce sujet, vos intentions et le calendrier du Gouvernement ?

M. Marc Delatte. Ce projet de loi est ambitieux, mais c'est surtout un projet de bon sens. Permettez-moi d'en présenter deux exemples.

D'abord, comme vous l'avez indiqué tout à l'heure, les cinq à six cents hôpitaux de proximité qui seront labellisés d'ici à 2022 sont des maillons essentiels de cette stratégie de santé ; ils opèrent en interaction tant avec les hôpitaux spécialisés et ultraspécialisés qu'avec les soins de ville en aval.

Le bon sens prévaut également avec la levée de la barrière administrative qui interdisait l'accueil en centre hospitalier général (CHG), toutes spécialités confondues, des internes qui relèvent du CHU le plus proche. À Soissons, nous ne pouvions jusqu'à présent accueillir les internes qui habitent à Reims, à quarante kilomètres, mais seulement ceux d'Amiens, à près de deux heures de route...

D'où ma double question : sur quels critères seront labellisés les hôpitaux de proximité et à quand la levée de cette fameuse barrière administrative ?

Mme Fadila Khattabi. Parmi les chantiers qui seront amorcés avec le projet de loi relatif à la transformation de notre système de santé, la réforme des études médicales constitue, me semble-t-il, un enjeu crucial pour les années à venir. Aussi, afin d'ajuster au mieux la réforme des parcours d'études avec les besoins des territoires, dans quelle mesure serait-il possible de favoriser les stages des étudiants sur les territoires identifiés comme déserts médicaux, afin de les inciter à s'y installer plus tard ?

Je m'explique : le projet de loi prévoit d'augmenter le nombre de CPTS, pour les porter à 1 000 environ, comme de labelliser 600 hôpitaux de proximité et de poursuivre les efforts en direction d'une meilleure articulation entre médecine de ville et médecine hospitalière. Compte tenu des moyens déployés, serait-il envisageable, par le biais des ARS, de prévoir un quota imposé d'étudiants stagiaires, avec un accueil facilité dans les structures que je viens de citer ?

M. Adrien Quatennens. C'est en 28 langues et dans 28 quotidiens, que se déclinent aujourd'hui les louanges à l'« Europe qui protège », selon Emmanuel Macron.

Je m'adresse donc à vous, en votre qualité de ministre et d'ancienne directrice de la Haute autorité de santé, mais aussi, possiblement, de future tête de liste de l'Europe qui protège, et je vous demande : Est-ce que l'« Europe qui protège » protège aussi la santé, madame la ministre ? Est-ce que l'« Europe qui protège » protège la santé, quand la Commission européenne refuse, sous la pression des lobbies, de réguler l'autorisation de mise sur le marché des implants médicaux au nom de la sacro-sainte compétitivité, alors que ceux-ci provoquent des accidents parfois mortels qui ne font l'objet d'aucun suivi de la part des autorités de santé françaises, ni des autorités de l'« Europe qui protège » ?

Mme Laurence Vanceunebrock-Mialon. Ma question porte sur le titre II du projet de loi, qui a pour objet de permettre une plus grande coordination entre des acteurs territoriaux pour une meilleure structuration des soins de proximité. Il s'agit ainsi d'intégrer tous les acteurs locaux de santé – professionnels, institutionnels, usagers – dans les décisions qui concernent les restructurations locales en matière de santé.

C'est dans cette optique que la fédération France Assos Santé a été consultée en vue du projet de loi, en janvier 2019. Aujourd'hui, la demande de restructuration de l'offre de proximité provient bien des territoires touchés tant par la faiblesse des mobilités que par une offre réduite de personnel médical. Nous ne pouvons donc pas ne pas nous réjouir qu'un tel texte intervienne. Cependant, la consultation des usagers ne semble pas systématiquement prévue par le texte, tandis que le rôle des collectivités territoriales n'est pas non plus explicité dans tous les éléments de structuration des soins de proximité prévus dans le projet de loi.

Comment entendez-vous inscrire dans la durée cette coordination entre collectivités territoriales, usagers et établissements de santé, pour mieux structurer et ajuster l'offre de soins de proximité aux spécificités locales ?

Mme Geneviève Levy. Je voudrais revenir sur la question des hôpitaux de proximité, au sujet de laquelle beaucoup de mes collègues ont manifesté le même intérêt : les élus locaux, ceux qui vivent sur le territoire, sont d'autant plus inquiets que les effets de la suppression du *numerus clausus* ne se feront sentir que dans quelques années ; dans le même temps, il faudra continuer à faire face et lutter contre les déserts médicaux. Pouvez-vous nous donner quelques détails sur la mise en œuvre du label prévu ? Cela contribuerait à rassurer ceux qui manifestent leur inquiétude.

Mme Audrey Dufeu Schubert. L'actualité nous montre le vif intérêt que portent nos concitoyens à l'égalité d'accès aux soins. Ce projet de loi doit être aussi l'occasion de renforcer l'égalité d'accès à l'innovation médicale pour tous

les patients, quel que soit le point où ils se trouvent sur le territoire d'un GHT. Au passage, nous aurions également tout intérêt à renforcer, pour les jeunes médecins, l'attractivité des établissements d'un GHT autres que le CHU.

Pensez-vous que nous pourrions élargir les territoires de recherche médicale au sein des GHT qui le souhaiteraient, en créant un guichet unique pour les conventions de recherche avec les industriels et les GHT, et d'impulser ainsi une dynamique de projet médical partagé par le volet de la recherche ? Cela renforcerait l'accès à l'innovation pour les patients dans les zones non urbaines.

M. Jean-Hugues Ratenon. La Réunion et Mayotte connaissent une situation unique, puisque les deux îles partagent la même agence régionale de santé. Dans l'article 19 du projet de loi, vous prévoyez la fin de cette ARS Océan Indien pour créer une deuxième agence de plein exercice à Mayotte, comme j'en faisais la promotion lors de mon voyage à Mayotte, en février 2018.

Cette création est donc une bonne chose pour nos deux territoires. Cependant, j'appelle votre attention sur le fait que l'agence régionale de santé Océan Indien est actuellement sous-dotée en termes de moyens humains et financiers, qu'il s'agisse d'assurer ses missions à la Réunion ou à Mayotte. Ses moyens ne sont même pas suffisants pour La Réunion seule. Pouvez-vous donc nous assurer que la future agence régionale de santé de La Réunion ne connaîtra pas de réductions de postes ni de ses moyens financiers ?

Mme Michèle de Vaucouleurs. Le projet de loi que notre commission va examiner à partir de la semaine prochaine a notamment pour ambition de dépassionner les liens entre la ville, l'hôpital et le médico-social. Il s'agit d'un axe extrêmement important si nous voulons offrir demain un parcours de soins plus cohérent et plus efficace aux patients. Les CPTS et les futurs projets territoriaux de santé joueront en ce sens un rôle primordial.

Concernant le médico-social, dispose-t-on aujourd'hui d'exemples de coopérations abouties entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social ? Le secteur social a, quant à lui, un rôle important à jouer sur le repérage des situations sanitaires problématiques, sur l'orientation vers les structures médico-sociales et les structures sanitaires, mais également sur la prévention, qui doit rester une priorité. Pensez-vous, madame la ministre, que les structures sociales pourront trouver une place au sein des CPTS ?

Mme Élisabeth Toutut-Picard. Madame la ministre, je voudrais attirer votre attention sur un aspect de ce projet de réorganisation du système de santé qui me semblerait mériter une meilleure prise en considération : je veux parler de la gestion des ressources humaines, plus particulièrement dans les établissements hospitaliers.

Ce projet de loi s'intéresse essentiellement à la consolidation de l'ossature institutionnelle et organisationnelle du système de santé, mais qu'en est-il des conditions de travail des professionnels des établissements de santé, eux qui

assurent la chair et la vie du dispositif ? Un certain nombre de mesures concernent bien le déroulement de la carrière des médecins hospitaliers, mais je n'ai pas su trouver de propositions concrètes visant à améliorer les conditions d'exercice des autres catégories d'intervenants hospitaliers, qui contribuent eux aussi, de près ou de loin, à la bonne prise en charge des malades.

Dans les revendications entendues dans nos campagnes, se sont d'ailleurs à nouveau exprimés ce besoin de reconnaissance et ce sentiment douloureux de déshumanisation des relations sociales et humaines. Vous avez récemment débloqué des moyens financiers qui vont permettre de desserrer l'étau quantitatif des effectifs, mais la question qualitative, et quasi existentielle, des agents demeure. Certes, il existe bien des démarches de prévention des risques psychosociaux et des démarches de qualité de vie au travail (QVT) qui visent à favoriser l'expression des agents. Ne pourrait-on pas enrichir ce projet de loi essentiellement en systématisant le développement de ces démarches ?

Mme Josiane Corneloup. Ce projet de loi évoque la télé médecine, qui représente une des réponses aux déserts médicaux et aux difficultés d'accès aux soins. Cependant, les conditions optimales de son déploiement ne me semblent pas réunies. Alors que la téléconsultation, entrée dans le droit commun à compter du 15 septembre 2018, est amenée à se généraliser, le déploiement de la télé médecine soulève des interrogations d'ordre éthique, organisationnel et financier. Ne pensez-vous pas, madame la ministre, qu'il soit nécessaire de garantir un cadre éthique et sécurisé pour une télé médecine accessible à tous dès 2020, sans attendre la création de l'espace numérique en santé en 2022 ?

De même, face au déploiement par de multiples entreprises privées de solutions tous azimuts mais pas nécessairement interopérables, l'objectif de fluidification des parcours de santé des personnes via des coopérations accrues entre acteurs sociaux, médicaux, sociaux et sanitaires semble loin d'être atteint. Ne pensez-vous pas qu'un pilotage national et régional renforcé soit nécessaire pour éviter le déploiement d'une multiplicité d'outils non interopératoires ?

Mme Gisèle Biémouret. Madame la ministre, je voudrais être aujourd'hui le porte-parole des personnels soignants, des médecins et du directeur du centre hospitalier de Condom. Voilà un an et demi, nous disposons, dans ce centre hospitalier, certes dépourvu de plateau technique, d'un service d'urgences H 24, d'une structure mobile d'urgence et de réanimation, ainsi que de lits d'hospitalisation de court séjour.

Or, depuis plus d'un an, nous attendons avec impatience la réponse de l'ARS Occitanie concernant l'avenir de ce service d'urgence, en particulier le fonctionnement en autonomie et le fonctionnement en H 24 de la ligne SMUR, qui ne fonctionne aujourd'hui que sur douze heures. Ma question, madame la ministre, est très simple : après le vote de la loi, le centre hospitalier de Condom deviendra-t-il un hôpital de proximité, avec, à la place des urgences H 24, de simples consultations de soins non programmées ?

Mme Frédérique Vidal, ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. Je vais commencer par les questions qui concernaient le rapport du professeur Donata Marra sur le mal-être des étudiants en médecine. En fait, lorsque nous avons pris nos fonctions, Agnès Buzyn et moi-même, ce problème des internes a été un des premiers sujets que nous avons eu à traiter ensemble. Nous avons reçu des associations d'étudiants qui nous ont parlé de ces difficultés. D'où le rapport que nous avons demandé : il prévoit la mise en place d'un centre national d'appui, dont la réunion de préfiguration aura lieu le 13 mars prochain. L'observatoire national de la qualité de vie au travail concerne aussi les étudiants. Il est évidemment très important que la réforme que nous proposons ait été coconstruite avec les étudiants, pour son volet relatif aux études de santé, de façon à mieux entendre leur quête de sens dans leurs études, qui en ont, à les entendre, peut-être perdu un peu.

L'article 1^{er} concerne effectivement les formations en médecine, en pharmacie, en odontologie et maïeutique, mais ne concerne pas toutes les formations paramédicales. Néanmoins, plus de transversalité est prévue, ainsi que des passerelles possibles dans cette offre de formation. Comme je le disais tout à l'heure, si l'on repense les programmes, il peut être intéressant de proposer des unités d'enseignement dans lesquelles les futurs professionnels de santé qui auront à travailler en équipe pourraient se retrouver aussi en formation ensemble. C'est exactement ce qui se passe dans le cadre de la prévention, avec la coopération que nous avons mise en place avec les services sanitaires.

Pour ce qui est de l'idée de proposer des stages dans les déserts médicaux, encore faut-il pouvoir être assuré d'un encadrement : on ne peut pas envoyer des jeunes en stage seuls, si je puis dire. Les maisons de santé pluridisciplinaires pourraient constituer des lieux d'accueil appropriés, en tout cas, des lieux dans lesquels il serait possible d'assurer l'encadrement de ces stages.

Si nous promouvons l'idée de faire démarrer des études susceptibles de conduire à des études de santé dans tous les territoires, y compris là où il n'y a pas de CHU, ou encore l'idée de faire plus de stages en ambulatoire et plus de stages dans des structures qui ne seront pas des CHU, c'est aussi pour arrêter d'extraire les jeunes d'un territoire, pendant douze à quinze ans, pour les former là où il y a un CHU. Or c'est ce qui se passe actuellement : et une fois qu'ils sont partis pendant douze à quinze ans dans une ville où est implanté un CHU, ils ont fini par y construire leur vie et il peut devenir très compliqué pour eux d'envisager d'exercer la médecine ailleurs qu'à proximité de ce CHU.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Madame Tamarelle-Verhaeghe, l'observatoire national de la qualité de vie au travail que nous avons mis en place pour le personnel soignant concerne aussi les étudiants. Nous l'avons lancé l'été dernier, nous aurons son premier rapport cet été.

Madame Annie Vidal, les services à domicile qui ne reçoivent pas de financement public et ne délivrent pas de soins, tels qu'ils sont définis dans

l'actuel article du code de l'action sociale et des familles, sont soumis à la directive « services » : ils sont donc d'ores et déjà exonérés d'appels à projets. Ils n'ont donc pas lieu d'être concernés par cette disposition de l'article 18 dispensant certains établissements d'appel à projets.

Monsieur Vercamer, la loi permet-elle de réduire les inégalités entre les territoires ? Je vous réponds par l'affirmative. Toute l'approche qui vise à conforter les organisations territoriales vise aussi à réduire les inégalités. Nous définissons un nouveau zonage qui permet d'augmenter les zones sous-dotées apparentes et de les faire passer de 7 % de la population à 18 %. Cela permet d'élargir de manière significative les offres incitatives pour l'accompagnement des professionnels qui souhaitent s'installer dans ces territoires. Cela étant, le zonage ne résume pas toute la politique d'installation : je suis persuadée qu'au-delà des aides financières, qui créent souvent des effets d'aubaine, il faut promouvoir des organisations innovantes. Ce sont elles qui font rester les professionnels sur le terrain, notamment les jeunes qui souhaitent des exercices coordonnés. C'est pourquoi nous avons poursuivi cette politique de déploiement des maisons de santé pluriprofessionnelles, en doublant leur nombre à l'horizon de la fin du quinquennat. C'est aussi l'objet des CPTS, qui visent à la coordination de tous les acteurs sur un territoire. Car nous souhaitons favoriser tout ce travail en équipe, toutes ces délégations de tâches qui vont améliorer l'accès aux soins pour nos concitoyens, notamment pour le suivi des pathologies chroniques. Ainsi, au-delà du zonage, c'est vraiment la pratique qui, à mon avis, permettra d'attirer et de maintenir les professionnels dans les territoires. En tous les cas, à chaque fois que je fais des visites de terrain, je constate que les jeunes professionnels s'installent là où il y a de l'exercice coordonné et des partages de tâches.

Monsieur Laabid, vous m'avez interrogée sur les biologistes médicaux. Rappelons que ce projet de loi ne traite d'aucune catégorie ni d'aucune profession particulière. Nous ne voulons pas entrer dans cette logique. Ce qui explique qu'il n'y soit pas fait mention des kinésithérapeutes, ni des médecins spécialistes par rapport aux médecins généralistes, ni des biologistes ou des infirmiers. C'est une loi qui, justement, vise à embarquer absolument tous les professionnels dans cet exercice coordonné.

Il n'est pas prévu de revenir sur la réforme de la biologie de 2013, mais, évidemment, nous pourrions étudier vos propositions. Je suis évidemment attachée à la biologie médicale de proximité et de qualité. Nous verrons ce que vous proposez, mais je souhaite éviter à tout prix d'entrer dans des mesures catégorielles ; faut de quoi, toutes les professions de santé viendront « réclamer leur dû »... Ce qui n'est pas l'objet de cette loi d'urgence sur des organisations territoriales, qui vise avant tout à favoriser la proximité.

Monsieur Perrut, pour ce qui est du rôle des élus locaux, nous sommes ouverts à toutes les propositions qui permettront de le renforcer la concertation avec les ARS. Les projets territoriaux de santé sont vraiment, à mes yeux, l'outil qui va permettre une réelle concertation et une coconstruction de l'offre. Les élus

y auront évidemment toute leur place. Cela étant dit, ils ont leur place aussi dans la gouvernance des hôpitaux de proximité, mais je ne suis pas sûre que nous allons redéfinir la composition du conseil de surveillance des hôpitaux ni du conseil de surveillance des ARS, où ils siègent déjà.

Monsieur Marc Delatte, vous m'interrogez sur les barrières administratives. Mais il n'y en a pas au sens juridique du terme : en réalité, ce sont des barrières que les doyens se mettent. Aussi, à chaque fois que je me déplace, je rappelle que rien ne s'oppose à ce qu'un étudiant aille faire un stage dans un hôpital de proximité à l'autre bout du département. Au contraire, nous y encourageons, car nous pensons que c'est une très mauvaise chose que de subdiviser le territoire de manière totalement artificielle. J'ai demandé à toutes les ARS de veiller, dans leur dialogue avec les doyens au sujet des maîtres de stage et des lieux de stage, à favoriser l'envoi de jeunes internes ou externes dans des lieux de stage au-delà du département ou de la région. Mais il n'y a pas lieu de lever dans la loi une barrière juridique qui n'existe pas.

Monsieur Quatennens, vous m'avez interrogée au sujet de l'« Europe qui protège ». Comme vous le savez, l'organisation du système de santé et la couverture santé sont des prérogatives nationales. Par contre, l'Europe protège quand même, à travers les autorisations de mise sur le marché (AMM) des médicaments, car ces autorisations de mise sur le marché sont européennes. Sur les dispositifs médicaux, un renforcement de la réglementation est prévu en 2020. L'idée est de rapprocher la réglementation du dispositif médical et la réglementation du médicament, en renforçant les contrôles des sociétés concernées. Autrement dit, l'Europe est donc en train de progresser largement sur la protection de nos concitoyens.

Madame Laurence Vanceunebrock-Mialon, vous m'avez interrogée sur la consultation des usagers. Les trois composantes, c'est-à-dire les usagers, les élus et les professionnels, sont présentes dans les instances des conseils territoriaux de santé. Dans ces conseils, il y aura évidemment une représentation locale des usagers comme des élus ; elle est déjà prévue. Dans le conseil de surveillance des établissements de santé eux-mêmes, il y a aussi toujours des représentants des usagers ; autrement dit, cela aussi est d'ores et déjà prévu. Probablement faut-il que les usagers investissent davantage ces espaces de concertation ; peut-être sont-ils insuffisamment nombreux ou insuffisamment préparés. Il faut les responsabiliser pour qu'ils y aillent – mais c'est déjà prévu dans les lois précédentes. En tout cas, le projet de loi prévoit à la fois la présence des élus et celle des usagers.

Madame Dufeu Schubert, vous avez raison de souligner que la recherche clinique est un très bon d'incitateur pour l'exercice professionnel. Les professionnels aiment s'engager dans des projets de recherche ; c'est toujours très valorisant. À ma connaissance, rien n'empêche un professionnel exerçant dans un établissement de santé périphérique ou un hôpital local ou de proximité de participer à une recherche clinique. Les délégations à la recherche clinique et à

l'innovation (DRCI), qui sont des organisations régionales, permettent d'ores et déjà aux professionnels de s'investir dans la recherche s'ils le souhaitent et si la recherche concerne des pathologies prises en charge dans ces hôpitaux. L'enjeu est peut-être celui de la simplification, sur laquelle nous pourrions nous pencher au cours des débats : faut-il créer un guichet unique ou simplement, au niveau réglementaire, faciliter l'accès de ces professionnels et de ces établissements à la recherche clinique ? Quoi qu'il en soit, il n'existe aucun pas de blocage réglementaire ou juridique en la matière : même le secteur privé peut participer à la recherche clinique.

Monsieur Ratenon, nous sommes très heureux de la création pleine et entière de l'ARS de Mayotte, conformément à la demande qui avait été formulée. La nouvelle entité sera une agence pleine et entière. Les budgets des deux agences ont été protégés, et même mieux : 10 postes ont été créés pour l'ARS de Mayotte. Autrement dit, la création de l'ARS de Mayotte ne se fait pas aux dépens de celle de La Réunion.

Madame de Vaucouleurs, vous m'avez interrogée sur les structures sociales au sein des CPTS. L'enjeu de cette loi, vous avez raison, c'est de décloisonner. Aujourd'hui, les CPTS sont des organisations de médecins libéraux qui endossent une responsabilité territoriale en assumant notamment des missions d'accès à des soins non programmés, d'éducation à la santé, etc. Il est clair que, dans les futures CPTS, il faudra trouver une articulation avec les hôpitaux de proximité et le secteur social et médico-social. Mais la première chose consistera à structurer ces professionnels libéraux, avant de leur faire assurer des parcours de soins coordonnés. Mais les structures sociales ne sont pas elles-mêmes membres des CPTS, structures juridiques qui regroupent, pour l'instant, les seuls professionnels. Il appartiendra à chaque territoire de trouver sa propre articulation en fonction de l'offre existante.

Madame Toutut-Picard, la qualité de vie au travail est effectivement un sujet très important. Nous avons créé un observatoire ayant pour objectif de mieux accompagner les professionnels dans le cadre de leur évolution de carrière, de façon qu'ils puissent être valorisés par des diversifications de carrière. Nous serons donc très attentifs à ce que tous les professionnels de santé dans les établissements de santé, et non seulement les médecins, puissent évoluer. Ce sera l'objet des concertations qui s'engagent.

Madame Corneloup, vous m'avez interrogée sur la télé médecine. Nous voulons déployer le plus de téléconsultations possibles ; c'est la raison pour laquelle nous les avons fait entrer dans le droit commun et dans les financements de l'assurance maladie. Nous allons évidemment faciliter l'accès à la télé médecine en proposant le télésoin, afin que d'autres professionnels de santé puissent intégrer ces démarches de télé pratique.

Madame Biémouret, vous avez évoqué le cas de l'établissement de Condom. Je peux vous faire d'abord une réponse générale : ce n'est pas au niveau

national que nous gérons ces problématiques locales, ce sont les ARS qui sont en charge ; ce sont elles qui ont vocation à déterminer les établissements de proximité qui seront susceptibles d'être labellisés. Cela relève donc clairement pour moi de démarches territoriales et de travail avec les élus locaux et avec les professionnels locaux.

Mais, concernant votre centre hospitalier de Condom en particulier, on voit qu'il y a un problème d'organisation des urgences entre Agen, Auch et Condom. La question n'est donc visiblement pas réglée, je ne peux donc pas vous répondre aujourd'hui. Tout dépendra des ressources médicales et des projets territoriaux. Bien évidemment, nous allons faire en sorte que les élus et les professionnels soient impliqués dans les choix à venir. En tout état de cause, d'après ce que me disent mes services, rien n'est visiblement écrit aujourd'hui. Je ne peux pas vous apporter de réponse supplémentaire.

Monsieur Belhaddad, vous m'avez interrogée sur la création de maisons de sport et de la santé et sur la prévention par le sport. Mais la réponse ne peut pas passer par la loi. Nous voulons plutôt aller vers un label, sans créer de nouvelles maisons. Nous sommes en train de travailler avec Roxana Maracineanu sur ce que pourrait être ce label, et surtout à voir comment nous pouvons intégrer l'activité physique dans le cadre du plan Priorité prévention. Tout cela est en cours, mais ce n'est pas l'objet de ce projet de loi qui ne traite que de l'accès aux soins.

Madame la députée Khattabi, vous m'avez interrogée sur la présence d'étudiants stagiaires dans les zones sous-dotées. Oui, nous la promovons, mais la réponse ne passe pas par un quota : encore faut-il trouver d'abord des maîtres de stage si nous voulons que les stagiaires, internes et externes, soient formés convenablement. Nous ne pouvons envoyer tel ou tel étudiant dans tel exercice de médecine libérale sans avoir la certitude qu'il sera formé convenablement : ce serait porter atteinte à la qualité de sa formation. Cela étant, nous souhaitons élargir les offres de stages hors CHU de manière significative : pour ce faire, nous demandons à tous les doyens de favoriser une montée en charge, mais cela dépendra de notre capacité à identifier des maîtres de stage formés – et c'est bien là le problème.

II. COMPTE RENDU DES DÉBATS SUR L'EXAMEN DES ARTICLES

La Commission procède à l'examen des articles du projet de loi lors de ses séances des mardi 12, mercredi 13 et jeudi 14 mars 2019.

1. Réunion du mardi 12 mars 2019 à 16 heures 30 (avant l'article 1^{er} à l'article 3 inclus)

http://videos.assemblee-nationale.fr/video.7363568_5c87ce7c56f55.commission-des-affaires-sociales--organisation-et-lransformation-du-systeme-de-sante-12-mars-2019

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Mes chers collègues, nous abordons l'examen des articles du projet de loi relatif à l'organisation et la transformation du système de santé. Plus de 1 600 amendements ont été déposés sur ce texte. Je me réjouis de ce « succès ». Il suppose cependant que nous adaptions nos règles de discussion pour tenir dans un calendrier de réunions que j'ai déjà dû étendre à jeudi soir compris.

Nous devons prendre le temps du débat, notamment sur les sujets importants. J'aimerais éviter de devoir limiter le nombre d'orateurs comme m'y autoriserait l'article 100, alinéa 7 du Règlement. Je souhaite que le débat puisse avoir lieu, notamment au début de chaque article, et que chacun puisse s'exprimer. Cela étant, nous disposons de tous les exposés des motifs des amendements et il est donc inutile, à mon sens, d'en entendre une lecture intégrale. Je pense qu'une minute devrait, sauf exception, suffire à la présentation de chaque amendement.

Le dépôt d'amendements identiques par un même groupe n'est évidemment pas illégitime et permet que l'amendement soit défendu alors même que certains de ses auteurs peuvent être absents. En revanche, il ne me semble pas nécessaire, sauf exception, de répéter les mêmes arguments.

Ces règles, qui peuvent paraître contraignantes, répondent à deux objectifs : faire en sorte que nous puissions débattre de l'ensemble du texte, y compris de la fin, souvent menée au pas de charge ; vous permettre d'amender pour la séance publique dans de bonnes conditions. Je rappelle qu'il n'est possible de le faire que lorsque la commission a fini de travailler.

Ainsi posées toutes les conditions du débat, nous allons commencer l'examen du texte. Madame la ministre, vous m'avez demandé la parole.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Madame la présidente, madame la rapporteure, monsieur le rapporteur général, mesdames et messieurs les députés, vous l'avez sans doute remarqué, ce projet de loi comporte un certain nombre d'habilitations à légiférer par ordonnances. J'ai entendu toutes les critiques qui se sont élevées depuis le début sur le recours à l'article 38 de la

Constitution et c'est la raison pour laquelle je fais un maximum d'efforts pour essayer de transcrire dans la loi les mesures sur lesquelles nos travaux sont suffisamment avancés, ce qui va être le cas pour l'Agence régionale de santé – ARS – de Mayotte mais également pour les hôpitaux de proximité.

Je vais cependant vous demander d'accepter une mesure supplémentaire : une habilitation à légiférer, après l'article 12, sur un sujet totalement technique qui ne peut pas entrer dans une autre ordonnance, contrairement à ce que nous avions espéré. En fait, il s'agit de rendre possible, pour les professionnels de santé, l'usage d'autres moyens d'identification que la carte de professionnel de santé, afin de favoriser le développement des outils numériques dans les établissements, c'est-à-dire tout ce qui concerne la dématérialisation des prescriptions et des arrêts de travail, ou d'autres outils techniques. Je suis obligée de vous demander une habilitation parce que nous n'avons pas d'autre vecteur pour travailler sur ce sujet.

J'ai vraiment conscience que la méthode est plus que discutable. Je veux bien que nous ayons un échange de fond à propos de cette mesure, au moment de l'examen de l'article. Je pourrai vous expliquer exactement de quoi il s'agit. C'est vraiment un problème technique que nous avons soulevé au dernier moment, dont la résolution nous permettrait de gagner du temps en matière de dématérialisation et d'espaces numériques en santé.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Merci madame la ministre, de nous en prévenir en amont. Nous aurons l'occasion d'en discuter au moment de l'examen de l'article 12.

M. Pierre Dharréville. Nous ne pouvons que regretter cette nouvelle demande d'habilitation et aussi les amendements gouvernementaux déposés à l'article 8 sur les hôpitaux de proximité, qui méritent un long débat. C'est d'autant plus frustrant que certains de nos amendements ont été évacués pour des motifs autres que l'article 40. Vous nous aviez prévenus, mais je trouve néanmoins que c'est regrettable. Nous ne pouvons pas faire correctement notre travail législatif.

M. Paul Christophe. Comme mon collègue, je regrette de découvrir que le Gouvernement a déposé onze amendements qui modifient le texte dans des proportions qui nous étonnent. Je pense notamment aux questions de l'eau qui pourraient être un cavalier. Dans le cadre de notre travail parlementaire, nous nous astreignons à procéder à des auditions – nous en avons fait plus de vingt pour ce texte. C'est dommage de voir ce travail remis en question, en quelque sorte, puisque le texte change après les auditions. C'est un peu paradoxal. Je ne peux que regretter cet état de fait.

TITRE I^{ER}
DÉCLOISONNER LES PARCOURS DE FORMATION ET LES CARRIÈRES

CHAPITRE I^{ER}
Réformer les études en santé et renforcer la formation tout au long de la vie

Avant l'article 1^{er}

La commission est saisie des amendements identiques AS207 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS887 de M. Jean-Pierre Door.

M. Paul Christophe. L'amendement AS207 est défendu.

M. Jean-Pierre Door. Cet amendement vise à organiser, au niveau national, une réflexion sur le juste équilibre à trouver entre les impératifs d'efficacité économique, de qualité des soins et de qualité de vie au travail, afin de garantir la concertation sur l'évolution de notre système de santé. Le point principal de cet amendement est la concertation.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. La Conférence nationale de santé – CNS – peut formuler tout avis ou proposition visant à améliorer le système de santé. Cette instance, qui réunit les professionnels de santé, les représentants des collectivités territoriales et les partenaires sociaux, établit un rapport annuel. Il ne me semble pas nécessaire de créer une nouvelle conférence de consensus. Avis défavorable.

La commission rejette ces amendements.

Article 1^{er}

Rénovation de l'accès aux études médicales et suppression du numerus clausus

La commission est saisie de l'amendement AS1083 de M. Philippe Vigier.

Mme Jeanine Dubié. Il est défendu.

Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la commission rejette l'amendement.

Puis elle examine les amendements identiques AS327 de M. Jean-Carles Grelier, AS637 de M. Philippe Berta, AS1226 de Mme Delphine Bagarry et AS1453 de M. Bernard Perrut.

M. Jean-Carles Grelier. Il s'agit d'ajouter la profession de masseur-kinésithérapeute aux métiers concernés par la réforme de la première année commune aux études de santé – PACES. Bien que n'étant pas des professionnels

médicaux, les masseurs-kinésithérapeutes sont absolument essentiels à la présence médicale et paramédicale sur les territoires.

M. Philippe Berta. Mon amendement est défendu.

Mme Delphine Bagarry. Si nous voulons favoriser la coordination entre les différents professionnels de santé, il faut absolument que les masseurs-kinésithérapeutes soient intégrés dans ce premier cycle.

M. Bernard Perrut. Le but est de favoriser une collaboration future plus étroite entre les professionnels de santé, en vue d'un exercice pluri-professionnel et coordonné plus efficace, en intégrant la formation initiale des masseurs-kinésithérapeutes dans le socle commun des études de santé.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. La transformation proposée dans ce texte ne change pas la situation des masseurs-kinésithérapeutes. En outre, je vais déposer un amendement qui permettra une expérimentation de la formation de tronc commun à l'ensemble des professionnels de santé. Avis défavorable.

La commission rejette ces amendements.

Puis elle en vient à l'amendement AS645 de M. Philippe Berta.

M. Philippe Berta. Cet amendement vise à prendre en compte le souhait et le projet professionnel de l'étudiant. S'il obtient une entrée possible dans les quatre types de professions médicales citées, il faut qu'il puisse prendre celle qu'il désire.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Cette précision ne relève pas du domaine de la loi. Nous voulons tous que le projet professionnel réponde aux souhaits de l'étudiant. L'idée est que celui-ci choisisse les matières et les stages qui lui permettront de définir son avenir. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle passe à l'amendement AS1581 de la commission des affaires culturelles et de l'éducation.

M. Gaël Le Bohec, rapporteur pour avis de la commission des affaires culturelles et de l'éducation. Cet amendement a pour objet de préciser à l'article 1^{er} que les formations doivent favoriser autant que possible la répartition ultérieure des futurs professionnels sur l'ensemble du territoire car la prise en compte des besoins en santé par l'avis conforme de l'ARS n'y suffira pas. Jamais le *numerus clausus* n'a permis de réguler les professions médicales et leur installation sur le territoire. Cela ne changera pas avec un *numerus clausus* décentralisé ou augmenté.

Il me semble donc nécessaire d'indiquer clairement dans les objectifs, que le législateur impose au pouvoir réglementaire, que les modalités d'accès aux

formations de santé et leur organisation contribuent à la lutte contre la désertification médicale. Il y a deux leviers sur lesquels la réforme va venir jouer : la diversification notamment territoriale des voies d'accès ; la multiplication des stages en dehors du centre hospitalier universitaire – CHU –, notamment en zone sous-dense. Il me paraît important de rappeler ces deux éléments qui ne figurent pas dans le texte et qui sont pourtant des conditions de réussite majeures de cette réforme du premier cycle et en particulier de son accès.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Il ne me semble pas utile d'ajouter cette formulation puisque la loi vise précisément à permettre cette diversification.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle en vient à l'amendement AS1463 de Mme Catherine Fabre.

Mme Catherine Fabre. Cet amendement a pour objectif de créer un tronc commun à la filière santé et à la filière soins, comprenant l'ensemble des formations médicales et paramédicales post-bac, afin de promouvoir l'interprofessionnel et le partage des connaissances entre les professionnels de santé.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Je vous propose de le retirer au profit de l'amendement que je vais déposer sur les troncs communs, dont la rédaction me semble meilleure.

L'amendement est retiré.

La commission est saisie de l'amendement AS1124 de M. Adrien Quatennens.

M. Jean-Hugues Ratenon. Par cet amendement, nous souhaitons introduire dans le présent projet de loi l'une des préconisations du Défenseur des droits qui regrette que soit laissée aux universités la liberté de fixer le seuil des élèves hors secteur pouvant intégrer leurs rangs. Il souligne que cette mesure, appliquée différemment selon les universités, est génératrice de freins à la mobilité géographique et sociale. L'exemple qu'il nous fournit est éloquent : certaines universités ont fixé cette priorité à 1 %. Cela revient à en exclure, en pratique, la plupart des candidats hors secteur.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Le véritable enjeu consiste à diversifier les filières d'accès pour avoir des étudiants au profil et aux compétences variées. C'est pourquoi j'ai déposé un amendement portant remise d'un rapport d'évaluation de la stratégie de diversification. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle passe à l'amendement AS1108 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. La loi relative à l'orientation et la réussite des étudiants – ORE – a laissé les universités libres de fixer un quota d'élèves boursiers. Certaines universités ont fixé le taux de boursier à 1 %. Comme l'a recommandé le Défenseur des droits dans sa décision rendue en janvier 2019, nous proposons d'augmenter ce taux pour qu'il corresponde au taux national, soit environ 33 %.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Cela relève du domaine réglementaire. Or le Gouvernement s'est astreint à déposer un texte dépourvu de caractère réglementaire. Il me semblerait nécessaire de maintenir cette position. Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. Profitant de la présence de Mme la ministre, je suggère que cet amendement soit l'exception qui confirme la règle.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Frédérique Vidal travaille sur ce sujet. Dans sa stratégie nationale pour l'enseignement supérieur, elle va proposer des mesures pour approfondir l'ouverture aux boursiers. Il nous paraît difficile d'aller au-delà. L'amendement relève de dispositions déjà prévues dans la loi ORE, qui ont permis d'augmenter le nombre de boursiers admis dans l'enseignement supérieur. Cela entre dans le droit commun. Nous sommes favorables à un rapport plutôt qu'à la fixation d'un nouveau seuil, en plus de celui prévu dans la loi ORE.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS1166 de M. Pierre Dharréville.

M. Alain Bruneel. Afin de lutter contre les inégalités territoriales d'accès aux soins, l'offre de formation des médecins doit être déterminée en premier lieu en partant des besoins de santé des territoires et non pas des capacités de formation du système universitaire. Former plus de médecins et mieux les répartir sur le territoire suppose donc de doter les universités des moyens financiers nécessaires. Tel est l'objectif poursuivi par cet amendement.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Je comprends l'enjeu de votre amendement. Le projet de loi tend à favoriser le dialogue entre les universités et les ARS pour définir le nombre d'étudiants de deuxième année. Il est nécessaire de tenir compte de la capacité de formation qui existe, comme c'est le cas dans d'autres filières comme les études de droit. Ce dialogue entre l'université et l'ARS permettra de répondre aussi aux enjeux du territoire. Avis défavorable.

M. Alain Bruneel. Nous partons de la nouveauté que constitue la suppression du *numerus clausus*. En l'absence de sélection à la fin de la première année, il y aura beaucoup plus d'étudiants en deuxième année. Aux universités, qui ne vont pas pouvoir pousser les murs, on demande d'avoir un plan de formation important et de répondre aux besoins des territoires.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Vous avez raison, mais il faut tenir compte du fait que la capacité de formation va être étendue à l'ensemble des universités et ne pas se limiter aux universités de médecine, odontologie, maïeutique et pharmacie. Les universités qui n'ont pas d'unité de médecine pourront proposer des mineures santé. La charge va être répartie.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle en vient aux amendements identiques AS202 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS1045 de Mme Jeanine Dubié et AS1248 de M. Jean-Louis Touraine.

M. Paul Christophe. Il s'agit d'intégrer les besoins en formation au moyen d'une méthodologie adaptée au regard du recensement des besoins professionnels en effectifs et en compétences auprès de l'ensemble des acteurs du territoire de santé.

Mme Jeanine Dubié. Nous souhaitons que l'organisation de la formation se fasse au plus près des lieux d'exercice, sur la base d'un diagnostic partagé par les acteurs, et donc qu'il soit tenu compte de l'ensemble des lieux de stages universitaires et non universitaires et des demandes des territoires.

M. Jean-Louis Touraine. Nous proposons que les objectifs de formation s'appuient aussi sur le recensement des besoins prévisionnels en effectifs et en compétences auprès de l'ensemble des acteurs du territoire de santé. Cela permettrait de mieux les définir.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Le dialogue entre universités et ARS est important. Pour que les besoins des territoires puissent être discutés avec l'ensemble des parties, je propose un amendement permettant aux ARS de s'appuyer sur les Conférences régionales de la santé et de l'autonomie – CRSA – dans lesquels on retrouve les élus et les associations, y compris celles des étudiants. Ces instances existent déjà et elles travaillent sur les besoins du territoire. Avis défavorable.

La commission rejette ces amendements.

Puis elle passe à l'amendement AS643 de M. Philippe Berta.

M. Philippe Berta. Le présent amendement vise à instaurer un équilibre entre autonomie des universités et implication des instances régionales que sont l'ARS et le conseil régional dans la définition des capacités d'accueil des formations en deuxième et troisième années.

Les objectifs pluriannuels seront ainsi définis par les universités, au regard des objectifs nationaux établis par l'État, après un avis simple de l'ARS, afin de prévenir d'éventuelles situations de blocage qui pourraient naître d'un avis

conforme, et du conseil régional qui a toute légitimité pour formuler également une recommandation sur les besoins de santé du territoire.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Après nos derniers échanges, il me semble important de maintenir l'avis conforme des ARS et d'ajouter la consultation des CRSA. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine, en discussion commune, les amendements AS314 de M. Jean-Carles Grelier et AS669 de M. Cyrille Isaac-Sibille, et les amendements identiques AS21 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS700 de M. Philippe Vigier et AS850 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Carles Grelier. Cet amendement est le premier d'une longue série visant à réinsérer les collectivités locales qui sont depuis trop longtemps tenues en lisière des questions de santé. Depuis dix ans au moins, l'État s'est défaussé sur les collectivités locales pour régler les problèmes de démographie médicale. On ne peut pas imaginer que la réinscription de ce sujet, dans le cadre d'une politique publique très large et portée par l'État, se fasse en l'absence des collectivités territoriales. Celles-ci doivent être au cœur du dispositif. Cela ne peut pas se limiter à un dialogue entre l'ARS, l'université et les services de l'État. Il est grand temps que la santé sorte de son jacobinisme exacerbé.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Il s'agit d'associer les professionnels de santé, par le biais de leurs unions régionales, à la définition des besoins qu'ils connaissent au plus près. Il me semble tout à fait nécessaire de leur demander leur avis.

M. Paul Christophe. L'amendement AS21 est défendu.

Mme Jeanine Dubié. L'amendement AS700 vise à intégrer dans les objectifs pluriannuels d'admission, les Unions régionales des professionnels de santé – URPS – concernées. Elles sont déjà consultées par les ARS sur de nombreux points comme la veille sanitaire, la gestion des crises sanitaires ou encore l'organisation de l'exercice professionnel. Il nous paraît donc de bon sens d'étendre ce champ de consultation aux objectifs pluriannuels d'admission en première année des universités. Cette mesure permettrait d'obtenir un meilleur recensement des besoins médicaux.

M. Jean-Pierre Door. Pour éviter la redondance, je considère que mon amendement a été parfaitement défendu par M. Grelier.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Comme je l'ai déjà dit, je suis tout à fait d'accord pour que les professionnels de santé – par le biais des URPS – et que les collectivités soient associées à la discussion sur l'analyse des besoins territoriaux. Il ne me semble cependant pas nécessaire d'ajouter une couche supplémentaire puisque cette concertation peut avoir lieu au sein des CRSA où

tous ces acteurs se retrouvent. Dans cette instance, il est possible d'échanger et de faire le diagnostic territorial qui permettra à l'ARS d'étayer son avis conforme. Avis défavorable.

M. Jean-Pierre Door. En fait, je vais contredire la rapporteure. Ceux qui ont siégé dans les CRSA savent très bien que ce sont de grandes chapelles où il y a énormément de personnes. Il n'en sort pas grand-chose dans la mesure où l'on ne peut pas y dire tout ce que l'on aurait envie de dire. J'y siége et je sais ce qui s'y passe. L'intégration des URPS permettrait de vraiment informer et de savoir ce qu'ont envie de dire les professionnels de santé sur le terrain. Avec les ARS, elles formeraient un bon duo.

M. Gilles Lurton. J'approuve totalement les propos de mon collègue Door. Les CRSA ont souvent l'impression de ne pas être très écoutées ni même consultées en amont de ce type de projet. En tout cas, elles n'ont absolument pas été consultées sur ce projet de loi et elles le regrettent fort. Les élus locaux, souvent très découragés, ne siègent plus dans ces instances, tant ils ont l'impression de n'y servir à rien.

M. Pierre Dharréville. À mon tour, je voudrais insister sur la nécessité de développer la démocratie sanitaire dès les questions de formation, qui sont essentielles. Mme la ministre pourra peut-être nous dire quels sont les objectifs globaux en termes de formation. Nous avons des besoins massifs de professionnels de santé. C'est bien que les universités dialoguent avec les ARS mais j'imagine qu'il y a aussi toute une réflexion à l'échelon national sur la manière dont nous allons répondre aux besoins. Cette réponse, qui doit se faire de façon beaucoup plus démocratique à l'échelle des territoires, comporte une dimension nationale sur laquelle nous avons des choses à nous dire.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je partage l'avis de mes collègues sur les grandes réunions des CRSA qui comptent huit collègues. Notons que la formation ne fait pas partie de leurs missions. Vous allez peut-être y remédier par le biais de votre amendement mais les partenaires locaux n'y sont pas en prise directe.

Mme Jeanine Dubié. Si l'on en juge par son titre, ce texte prétend transformer le système de santé. Si nous voulons agir en ce sens, nous devons aussi faire un bilan de l'existant. Or les ARS ont souvent une vision extrêmement administrative et elles ne prennent pas en compte les besoins des territoires. C'est pour cela qu'elles doivent consulter les URPS.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Monsieur Dharréville, nous devons, en effet, avoir une vue d'ensemble.

Je trouve tout à fait louable votre volonté de mieux associer les parties prenantes aux décisions des ARS. Nous allons clairement avancer dans cette direction car de nombreux amendements y incitent. Ici, il s'agit de la formation des professions médicales et paramédicales. Nous avons une vision nationale des besoins qui doit s'articuler avec des visions régionales. Chaque région peut

ressentir un excès ou un manque de professionnels. À l'arrivée, au niveau national, on peut se retrouver avec un déficit ou, au contraire, un excédent de professionnels. Le ministère, par le biais des ARS, peut avoir une vision globale du besoin national.

Je suis très favorable à une consultation de la CRSA parce que toutes les parties prenantes y sont représentées, mais je reste prudente quand j'entends dire que tel ou tel acteur aurait une meilleure vision que les autres. Vous parlez des URPS. Je pense que leur vision est nécessaire, c'est celle de la médecine libérale. Dans ce cas-là, nous avons aussi besoin que les fédérations hospitalières s'expriment sur les besoins hospitaliers non couverts. Si l'on intègre les URPS, il faut aussi ajouter les fédérations hospitalières régionales. Leurs représentants siègent précisément à la CRSA. Les usagers ont aussi leur mot à dire.

Posons-nous plutôt la question d'un meilleur fonctionnement des CRSA. Elles pourraient se réunir de manière plus fréquente ou en sous-groupes, sachant que des collègues existent déjà. Plutôt que de créer de nouvelles instances de décision et d'échanges, en oubliant toujours un acteur fondamental, il vaut mieux donner à la structure de démocratie sanitaire existante de meilleurs moyens pour fonctionner et répondre aux enjeux que vous pointez. Je ne suis donc pas particulièrement favorable à cet amendement sur les URPS parce que si nous les intégrons, nous devons faire la liste de toutes les structures qui devraient également être consultées. Nous ne pouvons pas nous cantonner aux médecins libéraux. Nous allons avoir besoin des autres professionnels libéraux mais aussi des professionnels hospitaliers.

Je pense que nous devons régionaliser davantage le processus de décision, tout en maintenant une cohérence d'ensemble du système pour ne pas nous retrouver dans la situation actuelle, née d'une mauvaise anticipation des besoins il y a dix ou quinze ans. Il faut garder une vision nationale de la démographie des professions de santé en l'adaptant aux territoires car certains d'entre eux, notamment les territoires ruraux, ont besoin de plus former que d'autres. Nous devons procéder à un rééquilibrage entre les établissements des métropoles et, par exemple, les universités du centre de la France. Veillons à ce que les acteurs du territoire ne soient pas les seuls décisionnaires car il faut garder une vision d'ensemble. Essayons aussi de ne pas saucissonner les lieux d'échange parce que nous y perdrons en cohérence.

Je suis donc plutôt défavorable à ces amendements qui ajoutent de la complexité au système. Autant faire en sorte que la CRSA soit le bon lieu d'interface entre universités et ARS pour la formation des professionnels.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Comme le souligne Mme la ministre, le souci de démocratie doit nous conduire à associer tout le monde. J'aimerais aussi m'inscrire en faux par rapport à ce qui a été dit sur les CRSA. Pour y avoir participé moi-même, je peux dire que ces lieux de collégialité ne sont pas désaffectés. Il faut sûrement les renforcer et peut-être revoir leur

méthodologie. En tout cas, ce sont de vrais interlocuteurs qui devraient peut-être monter en puissance.

M. Pierre Dharréville. Une question se pose à la fin : qui va emporter la décision ? Dans les formulations proposées, la CRSA aura un statut à part, comparé à celui des ARS et des universités. Les ARS vont jouer un rôle majeur dans la détermination de la réponse. Quelle sera notre ambition, au cours des années à venir, en termes de personnel à former ? L'importance de cette question mériterait que nous poussions un peu plus loin la réflexion sur les pouvoirs réels que nous pouvons donner aux instances locales dans le processus de décision.

M. Jean-Carles Grelier. Nous souhaitons que les collectivités locales puissent s'exprimer, ce qui ne veut pas dire que nous demandons la création d'une instance nouvelle venant se superposer à celles qui existent. Depuis quelques années, nous n'en sommes plus à utiliser les signaux de fumée. Nous avons maintenant un truc qui s'appelle internet, qui fonctionne plutôt bien et qui peut permettre de solliciter l'avis des collectivités locales concernées sur les prévisions d'effectifs de personnel de santé, d'une manière simple et facile. Les départements et les communautés de communes gèrent des centres de santé, des maisons pluridisciplinaires de santé. Ces collectivités ont une connaissance des effectifs des territoires parfois plus fine et plus actualisée que celle des ARS.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Monsieur Dharréville je comprends que cela vous choque que la décision finale revienne à l'université qui va former ou à l'ARS qui va indiquer un nombre nécessaire de jeunes à former. Cependant, l'université connaît sa capacité à former, son nombre de professeurs et de lieux de stage. C'est elle qui fixe la limite en termes de faisabilité. Je rappelle aussi que c'est l'ARS, par le ministère, qui va payer ces externes et internes.

La question budgétaire se pose. Si les acteurs locaux étaient les seuls décisionnaires, ils pourraient décider, par exemple, de tripler le nombre de médecins formés dans leur région. L'État doit avoir une vision globale et garder la main puisqu'il paie l'université pour les professeurs et les stages. D'où la nécessité de laisser la main à l'ARS et l'université dans la discussion. Cela étant, la CRSA peut vraiment alimenter les ARS en données démographiques afin qu'elles améliorent leur niveau de décision. J'en suis persuadée.

La commission rejette successivement les amendements AS314 et AS669 puis la série d'amendements identiques.

Elle examine ensuite l'amendement AS1618 de la rapporteure.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Cet amendement permet aux ARS de s'appuyer sur la consultation des CRSA.

M. Jean-Pierre Door. Madame la rapporteure, cela veut dire que vous pensez, comme nous, qu'il faut absolument consulter tout le monde sur le plan

local, y compris les élus et les professionnels de santé, puisque vous êtes d'accord pour consulter la CRSA. Nous voulions aller un peu plus loin et intégrer les URPS qui, comme l'a souligné M. Grelier, ne sont pas des instances nouvelles. Les URPS sont des structures très importantes.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Elles sont représentées dans la CRSA.

M. Jean-Pierre Door. Au sein de la CRSA, vous n'avez qu'un ou deux représentants de l'URPS mais pas l'ensemble de cette structure qui est très importante dans une région.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle en vient à l'amendement AS972 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Lors de l'accès aux études de médecine, les inégalités sociales et territoriales sont avérées. Pour réduire ces inégalités, nous proposons de tenir compte de ces deux critères pour modifier les capacités d'accueil des facultés de médecine.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Les inégalités territoriales recouvrent les inégalités sociales car les premières complications surviennent d'abord pour les personnes les plus défavorisées. À mon sens, il n'y a pas lieu d'ajouter cette mesure. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle passe à l'amendement AS646 de Mme Justine Benin.

Mme Justine Benin. Cet amendement a pour objet de préciser l'alinéa 3. Je pense qu'il est important que nous inscrivions dans la loi quels sont les territoires prioritaires dans la fixation des objectifs. Ce sont bien les territoires de la ruralité, des banlieues et des outre-mer qui ont actuellement le plus besoin de médecins.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Cette mesure est plutôt d'ordre réglementaire mais, sur le fond, on ne peut que vous rejoindre. Avis de sagesse.

La commission adopte l'amendement.

La commission est saisie des amendements identiques AS703 de M. Philippe Vigier, AS869 de M. Jean-Pierre Door et AS997 de Mme Isabelle Valentin.

Mme Jeanine Dubié. Cet amendement vise à ce que les besoins territoriaux de formation soient inscrits dans des conventions que les universités passeraient avec des établissements de santé privés. Cela existe déjà pour le public. Il s'agit d'introduire les établissements privés dans le conventionnement avec les universités.

M. Jean-Pierre Door. La régulation territoriale est indispensable. L'amendement AS869 a pour objet de permettre aux établissements de santé de conventionner avec les universités pour mettre à disposition leur expertise, leur savoir-faire médical et chirurgical dans le cadre de la formation des étudiants.

Mme Isabelle Valentin. L'accès aux soins, et notamment l'accès à une offre médicale équilibrée et de qualité sur l'ensemble des territoires, constitue l'un des enjeux de la transformation de notre système de santé. C'est pourquoi il est proposé dans l'amendement AS997 de permettre aux établissements de santé privés de conventionner avec les universités pour mettre à disposition leur expertise et leur savoir-faire médical et chirurgical dans le cadre des formations des étudiants.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Ces amendements visent à étendre les capacités de formation aux établissements privés par voie de convention. Or cela ne relève pas du niveau législatif. En outre, l'article 1^{er} vise la réforme globale du premier cycle des études de santé et n'a pas pour vocation à s'immiscer dans les stratégies proposées par chacune des universités pour l'accueil, la formation et la diversification des étudiants. Avis défavorable.

La commission rejette ces amendements.

Elle examine ensuite l'amendement AS1155 de M. Jean-Hugues Ratenon.

Mme Caroline Fiat. Si nous devons saluer la fin du *numerus clausus*, qui est une décision louable, nous présentons par cet amendement un objectif de densité médicale minimale fixé à 370 médecins pour 100 000 habitants.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Cette précision est du domaine réglementaire. En outre, la fixation d'une densité nationale ne paraît pas opportune parce que cela varie d'une spécialité à l'autre et selon les besoins des territoires, en fonction du type de population. D'autre part, vous ne tenez pas compte des autres professions de santé et nous travaillons justement, dans ce texte de loi, à une meilleure coordination qui permette de libérer du temps médical. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS902 de M. Julien Dive.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Cet amendement vise à ce que l'université communique à l'ARS un rapport sur les capacités d'accueil. Il est important, on l'a dit, de laisser les ARS et les universités échanger sur les capacités de formation en fonction des besoins du territoire. En outre, la mesure relève du niveau réglementaire. Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. Il existe un petit sujet sur la manière dont on passe le cap. Il ne s'agirait pas que la suppression du *numerus clausus* ne débouche sur

rien en termes de formation, de nombre de professionnels formés. Cela exige de fournir un effort pour relever les défis. Si les formations sont simplement décidées au regard des capacités des universités, nous serons face à un problème.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS315 de M. Jean-Carles Grelier.

M. Jean-Carles Grelier. Dans un grand journal du soir daté de ce jour, les syndicats d'étudiants en médecine ainsi que la conférence des doyens expriment des doutes très profonds sur l'objectif fixé par Mme la ministre d'augmenter de 20 % le nombre d'étudiants en médecine, considérant que la capacité des facultés de médecine ne permettra pas de l'atteindre.

En outre, avec la suppression du *numerus clausus*, il ne faut pas que l'arbre cache la forêt. Il ne s'agit pas de donner à nos compatriotes le sentiment que nous aurons demain, rapidement, un médecin dans chaque village, chaque chef-lieu de canton, dans toutes les spécialités. Tant que nous n'aurons pas repensé en profondeur le cursus des études médicales, nous n'orienterons pas les étudiants en médecine mieux qu'aujourd'hui, notamment vers la filière de médecine générale.

Cet amendement propose donc une évaluation régulière des impacts de la suppression du *numerus clausus*, à laquelle nous sommes plutôt favorables, au moins sur le principe.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Je vous rejoins sur les enjeux de cette transformation profonde des études de santé, notamment la diversification des profils qui sortiront de cette réforme. J'ai déposé un amendement qui va dans le même sens, demandant un rapport à remettre au Parlement par le Gouvernement en 2021 et 2023. Je suis donc défavorable à l'amendement, même si je suis d'accord sur le fond.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Je souhaite très officiellement prendre la parole sur ce qui est dit dans le journal du soir dont M. Grelier a parlé. Je n'ai jamais fixé d'objectif chiffré. Un jour, à la radio, on m'a demandé quelle pourrait être l'augmentation du nombre et j'ai répondu que cela pourrait aller jusqu'à 20 %, mais c'est de toute façon un maximum et ce n'est pas non plus au niveau national. La réforme vise entre autres à favoriser les passerelles, donc à permettre à des étudiants qui entrent en médecine d'en sortir pour rejoindre d'autres professions ; il est donc très difficile de chiffrer au départ le nombre d'étudiants sortants en fin de deuxième cycle. Je n'ai par conséquent jamais fixé le moindre objectif chiffré. J'espère que cela rassurera les doyens, les étudiants ainsi que les députés ici présents.

M. Alain Bruneel. Je vous entends, madame la ministre, mais nous sommes face à un problème de fond. La fin du *numerus clausus* pose en effet la question de l'accueil d'étudiants plus nombreux. On a dit que d'autres universités

pouvaient répondre aux besoins. Certes. Mais il y a aussi le problème du nombre de professeurs. Quel plan de formation avez-vous prévu pour accompagner tout cela ?

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Le *numerus clausus* a été considérablement augmenté ces dernières années puisqu'il est passé de moins de 4 000 dans les années quatre-vingt-dix à plus de 9 000 ces dernières années ; c'est plus qu'un doublement. C'est pourquoi nous ne pouvons pas nous engager sur une augmentation très importante du nombre d'étudiants. Si nous restons à ce chiffre de 9 000 étudiants formés par an, nous reconstituerons rapidement, à partir de 2025, le nombre de médecins dans les territoires. Je souhaite également que nous diversifions les lieux de stage. Dans ces capacités de formation, des stages en zone rurale seront donc facilités, notamment pour les internes.

La commission rejette l'amendement.

La commission est saisie de l'amendement AS1326 de Mme Fadila Khattabi.

Mme Fadila Khattabi. Cet amendement vise à réduire la fracture territoriale en matière d'accès aux soins et, pour ce faire, à ajuster au mieux la réforme des parcours d'études aux besoins des territoires, donc à favoriser les stages des étudiants dans les territoires sous-dotés dans l'espoir que ces étudiants s'installeront dans le lieu où ils auront effectué leur stage. Le dispositif proposé est l'élaboration par les universités, en étroite collaboration avec les ARS, d'une cartographie référençant les établissements en mesure d'accueillir les futurs étudiants stagiaires hors CHU. Cela implique d'établir une liste des personnels de santé disponibles et bénéficiant de la formation nécessaire et adéquate leur permettant de remplir les missions de maîtres de stage. Il ne s'agirait pas, bien sûr, de mettre à mal la qualité de la formation dispensée.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Cette cartographie est d'ordre réglementaire puisque la Constitution dispose que le législateur fixe les principes fondamentaux de l'enseignement. L'amendement est par ailleurs satisfait, à mon avis, par celui sur les CRSA et la cartographie des besoins territoriaux.

L'amendement est retiré.

La commission adopte ensuite successivement les amendements rédactionnels AS1508 et AS1509 de la rapporteure.

Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la commission rejette l'amendement AS322 de M. Jean-Carles Grelier.

La commission examine les amendements identiques AS203 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS1265 de M. Jean-Louis Touraine et AS1281 de Mme Jeanine Dubié.

M. Paul Christophe. Il s'agit de préciser les parcours de formation antérieurs qui rendront éligibles aux études de médecine. L'amendement AS203 permet notamment d'introduire dans le code de l'éducation le portail santé comme parcours de formation.

M. Jean-Louis Touraine. Le présent amendement vise à préciser les parcours de formation antérieurs qui rendront éligibles aux études de médecine, donc le portail santé et les licences à mineures santé, mesure conforme aux objectifs exprimés aussi bien par le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche que par celui de la santé. Si cet amendement n'était pas adopté, les seuls parcours possibles seraient les licences dites « santé » et les classes préparatoires, ce qui resterait plutôt restreint.

Mme Jeanine Dubié. Cet amendement vise à introduire dans le code de l'éducation le portail santé comme parcours de formation afin de préciser les parcours antérieurs qui rendront éligibles aux études de médecine.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Il ne me semble pas souhaitable d'inscrire dans la loi un cadre restreint de ces possibilités d'entrer en deuxième année de santé car il faut laisser la possibilité aux universités de s'organiser pour qu'il y ait des filières avec des majeures santé ou des licences avec des mineures santé. Par ailleurs, l'alinéa 4 qui dispose que l'admission en deuxième ou troisième année de premier cycle est subordonnée à la validation d'un parcours de formation antérieure permet de couvrir le cas des portails santé comme des autres filières d'accès comportant une mineure santé. Avis défavorable.

Mme Éricka Bareigts. Je souhaite une précision. Selon ce que vous dites, madame la rapporteure, ce serait à géométrie variable selon les territoires, les universités, les capacités. Les propositions de nos collègues ont au moins le mérite de faire en sorte que l'étudiant saurait quel sera le portail santé commun à tous les étudiants de France.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Il existe certes un enjeu sur l'information qui sera communiquée aux étudiants, et l'amendement que je porte sur le rapport précise justement l'information donnée avant l'entrée en première année. Ensuite, selon les universités, les mineures santé ne seront pas en effet dans les mêmes licences ; cela dépendra des licences qui existent déjà dans les universités. Le portail santé correspond en gros à toutes les universités actuelles de médecine.

La commission rejette ces amendements.

Elle examine ensuite l'amendement AS845 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Nous parlons des parcours de formation antérieure, c'est-à-dire de la question de savoir qui est éligible aux études de médecine. Je suis inquiet de constater l'usine à gaz qui est en train de se monter, entre portail santé, licences santé, licences avec mineures santé et même, pourquoi pas, classes préparatoires... Je pense que je vais regretter ce qui existait dans le temps, avec le certificat d'études supérieures sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle (SPCN). C'était simple, clair et net. Je pense que c'est pourquoi les doyens d'université souhaitent l'inscription de la matière santé dans le parcours de formation antérieur. Cet amendement va un peu dans le même sens que ceux de M. Touraine et de M. Grelier.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Pour les mêmes raisons, avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis la commission est saisie de l'amendement AS973 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Le but de cet amendement est de rendre réellement effective la suppression du *numerus clausus*. En effet, le passage en deuxième et troisième années est subordonné à la réussite d'épreuves. Cet amendement remplace le mot « *épreuves* » par celui d'« *examens* » afin d'écarter la notion de concours que peut recouvrir le terme d'« *épreuves* ».

Mme Stéphanie Rist. Ce remplacement n'emporte pas de conséquences sur la nature de l'évaluation. Il ne s'agit plus d'un concours mais de validation de crédits ECTS (*European Credit Transfer Scale*) selon le système européen de validation des connaissances. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS424 de M. Philippe Berta.

M. Philippe Berta. Le savoir-être, et notamment la capacité d'empathie, est un élément fondamental qui déterminera la relation aux patients des futurs professionnels de santé. Il s'agit donc d'un critère qu'il est important de voir figurer, au côté des connaissances disciplinaires et des compétences techniques, dans les épreuves d'admission en deuxième ou troisième année qui seront déterminées par décret.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Cet enjeu est important mais de niveau réglementaire. Avis défavorable.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Ce souci est tout à fait justifié et la réforme de la formation médicale en tiendra compte. Des amendements ultérieurs viseront d'ailleurs à évaluer si la qualité et la diversité de la formation sont

respectées, ainsi que les conditions d'apprentissage des jeunes, notamment le bien-être.

La commission rejette l'amendement.

La commission est saisie de l'amendement AS514 de M. Yves Daniel.

M. Alexandre Freschi. C'est un amendement issu d'un travail réalisé par la commission d'enquête sur l'égal accès aux soins sur tout le territoire que j'ai eu l'honneur de présider et qui vise à développer les stages hors CHU dans le cadre des études de médecine, afin de diversifier les profils et de répondre aux enjeux liés aux déserts médicaux.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Avis défavorable. Cela relève du domaine réglementaire. À noter que, pour la PACES actuellement, l'anonymat n'est pas inscrit dans la loi.

L'amendement est retiré.

La commission adopte successivement les amendements rédactionnels AS1511 et 1510 de la rapporteure.

La commission est saisie de l'amendement AS1462 de Mme Catherine Fabre.

Mme Catherine Fabre. Cet amendement vise à rendre possible l'accès à la deuxième ou troisième année du premier cycle des études en médecine, pharmacie, odontologie ou maïeutique aux étudiants ayant suivi une formation aux métiers du paramédical issus des formations hospitalières sous tutelle du ministère de la santé, notamment les infirmiers souhaitant se réorienter à l'issue de leur première ou deuxième année. En effet, des étudiants ayant commencé des études formant au secteur paramédical doivent avoir cette possibilité au même titre que les étudiants issus d'autres filières.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Je vous invite à retirer cet amendement au profit de celui que j'ai déposé sur l'expérimentation de formation des tronc communs qui concernent l'ensemble des professions de santé, par lequel il sera satisfait.

L'amendement est retiré.

La commission examine l'amendement AS671 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. L'article 1^{er} est intéressant. En même temps, il faut se fixer des objectifs. Cet amendement vise à préciser que les universités proposent au moins deux filières et qu'une filière ne peut avoir plus de 60 % d'étudiants. Autrement, nous reviendrions à la PACES et nous n'aurions rien réformé.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Je suis tout à fait d'accord sur l'enjeu des 60 % mais on pourrait proposer une diversification encore plus importante et il ne me semble que ce soit une bonne chose de rendre la loi contraignante. Il faut laisser latitude aux universités de s'organiser. L'amendement que je présenterai sur le rapport d'évaluation me semble un outil pertinent pour évaluer cette diversité.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Si nous ne précisons pas les choses, nous pouvons nous retrouver dans la même situation *grosso modo* que la PACES, avec des universités qui ne mettent en place qu'une filière, qui représentera 100 % des étudiants, et nous n'aurons rien changé.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS918 de Mme Claire Pitollat.

Mme Claire Pitollat. Cet amendement vise à préserver, pour les futurs étudiants en santé, des conditions normales de notation et d'assiduité aux cours, dans la lignée des modalités mises en place dans les autres filières universitaires. Il vise également à favoriser une représentation de profils d'étudiants variés dans leur projet professionnel et à préserver une équité numérique entre les territoires.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Les conditions d'organisation des enseignements et du règlement intérieur des universités sont du niveau infra-réglementaire. Avis défavorable.

L'amendement est retiré.

La commission examine ensuite l'amendement AS56 de Mme Marine Brenier.

Mme Marine Brenier. Puisque le projet professionnel devrait être davantage pris en considération, il apparaît nécessaire de développer, et ce dès la licence, des matières pratiques spécialisées, notamment pour les étudiants qui choisiront de s'orienter vers des professions sanctionnées par des masters, soit cinq années d'études.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Votre amendement est satisfait par l'alinéa 11 qui dispose qu'un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'évaluation des étudiants et les conditions de délivrance du diplôme. Par ailleurs, le parcours n'est qu'une des modalités d'évaluation aux côtés des connaissances et des aptitudes. Je demande donc le retrait de l'amendement. Sinon, avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS1582 de la commission des affaires culturelles et de l'éducation.

M. Gaël Le Bohec, rapporteur pour avis. La commission des affaires culturelles a souhaité que législateur incite plus fortement les universités à jouer le jeu de la réforme. Bien sûr, certaines universités qui expérimentent déjà des formes alternatives de PACES sont bien engagées dans le processus, mais ce n'est certainement pas le cas de toutes et, dans certains territoires, il y aura des réticences à mettre en œuvre cette réforme et à proposer un minimum de deux voies d'accès aux études de santé. Le but est bien là : assurer l'égalité territoriale entre les étudiants. Il est nécessaire d'imposer un standard minimum. Le rapport du professeur Saint-André avait proposé qu'une voie ne représente pas plus de 60 % des étudiants. Certains veulent aller jusqu'à 50 %. En tout état de cause, si l'on veut que la réforme soit efficace, il faut à court terme qu'aucune voie ne représente par exemple plus de 70 % des étudiants. Dans le cas contraire, nous ne ferions que recréer la PACES et la voie royale qu'elle représente aux yeux des étudiants. Cela s'inscrit dans l'objectif de notre collègue Cyrille Isaac-Sibille. Je précise que nous avons eu la sagesse de pas inscrire de tels chiffres dans la loi : nous renvoyons simplement au pouvoir réglementaire le soin de fixer les objectifs.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Comme je l'ai déjà précisé, il ne me semble pas utile de préciser les voies d'entrée dans le texte. Avis défavorable.

M. Cyrille Isaac-Sibille. J'y suis quant à moi tout à fait favorable. Il faut garantir la diversité. Si nous ne l'inscrivons pas dans la loi, nous ne l'aurons pas. Même si nous pouvons laisser de côté les pourcentages, il faut affirmer qu'il doit y avoir au moins deux voies.

M. Gaël Le Bohec, rapporteur pour avis. L'objectif de l'amendement n'est pas une inscription dans la loi mais le renvoi à un décret qui permettra aussi de dresser un bilan des expérimentations. Les objectifs seront atteints ou non mais il convient de se donner un point d'arrivée commun.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Les choses ne sont pas laissées à l'aléa. Il y aura, comme l'a dit Mme la rapporteure, une évaluation à un an, et un rapport d'évaluation à trois ans. Il sera donc bien vérifié que ce qui est porté dans ce projet de loi est bien mis en place.

La commission adopte l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS921 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Nous sommes tous d'accord pour reconnaître la nécessité de favoriser l'installation de médecins dans les zones où il en manque. Cet amendement propose précisément que, dans les critères retenus pour le passage en deuxième ou troisième année, le projet professionnel d'un étudiant qui s'engage à exercer en zone sous-dense soit valorisé, comme cela existe dans d'autres pays, à l'instar du Canada.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Avis défavorable. Il me semble prématuré de prendre en compte le projet professionnel des étudiants dès le premier cycle. On ne peut pas non plus sélectionner des étudiants selon l'endroit où ils iront travailler car on doit maintenir une qualité et une exigence importantes dans ces métiers de la santé.

M. Joël Aviragnet. La situation, nous le savons tous, est critique. Toutes les mesures incitatives sont donc intéressantes, me semble-t-il. Ensuite, il ne s'agit pas d'un critère principal, mais valoriser le projet professionnel permettrait de soutenir ce genre de démarches et de les développer. Il en existe déjà, comme le contrat d'engagement, qui concerne un étudiant sur treize.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS1620 de la rapporteure.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Nous parlions de l'importance de l'apprentissage de l'empathie, de la psychologie et de la relation avec le patient. Il me semble important d'ajouter dans la formation des étudiants en santé des formations avec les patients dès le début de leur formation. Il s'agit donc d'un amendement visant à favoriser le « patient-enseignant ».

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Je souhaiterais un retrait de cet amendement. Nous n'avons pas eu l'occasion d'en discuter mais il s'agit là des parcours antérieurs des formations en santé. Il me paraît donc compliqué d'intégrer des patients dans des formations, sachant que très peu d'étudiants seront sélectionnés dans chaque formation pour rejoindre les étudiants en santé. Je propose donc que l'on réfléchisse collectivement à la manière de mieux intégrer les patients. Les associations de patients sont en train de former des patients experts.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. C'est un sujet qui me paraît majeur mais je suis d'accord pour y retravailler d'ici à la séance.

L'amendement est retiré.

La commission adopte successivement les amendements rédactionnels AS1512 et AS1513 de la rapporteure.

Elle examine ensuite l'amendement AS1622 de la rapporteure.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Cet amendement vise à mettre en place des expérimentations afin de favoriser la transversalité des formations pour les étudiants médicaux et paramédicaux. Alors que la transformation du système de santé requiert une plus grande collaboration entre professionnels de santé, la mise en place d'enseignements communs concernant les filières médicale et paramédicale est un sujet majeur.

La commission adopte l'amendement.

Ensuite de quoi, la commission est saisie de l'amendement AS1372 de Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe.

Mme Catherine Fabre. J'ai le sentiment que cet amendement va un peu dans le même sens que le précédent. Il vise à mettre en place des expérimentations afin de favoriser la transversalité des formations pour les étudiants médicaux et paramédicaux, afin de permettre une plus grande collaboration entre les professionnels de santé. Aujourd'hui, cela ne concerne que les filières médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie. Nous souhaitons que le développement d'une culture commune soit favorisé pour participer à une fluidification et à une meilleure coordination entre tous les professionnels de santé lors de la prise en charge des besoins du patient.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. L'amendement étant satisfait, j'en demande le retrait.

L'amendement est retiré.

La commission est saisie de l'amendement AS324 de M. Jean-Carles Grelier.

M. Jean-Carles Grelier. Même principe. Travailler sur l'interprofessionnalité nous semble être une priorité.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Cet amendement est satisfait. J'en demande le retrait, sinon avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

La commission examine les amendements identiques AS22 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS701 de Mme Jeanine Dubié et AS851 de M. Jean-Pierre Door.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Il s'agit d'inclure les URPS dans le processus. Elles doivent être associées, comme les universités et les collectivités territoriales, à l'analyse des besoins de l'offre en matière de formation. Nous proposons donc d'insérer après le mot « *territoriales* » les mots « *et les unions régionales des professions de santé* ».

Mme Jeanine Dubié. Cet amendement vise à associer les URPS, comme les universités et les collectivités territoriales, à l'analyse des besoins et de l'offre en matière de formation pour les professionnels du secteur sanitaire et médico-social.

M. Jean-Pierre Door. Il s'agit à nouveau de territorialiser, et d'associer les URPS à la détermination de la formation des étudiants, surtout à partir du deuxième cycle. Ce sont en effet souvent des maîtres de stage qui siègent dans les URPS.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Nous avons déjà eu ce débat. L'idée est d'inclure les URPS dans le diagnostic des besoins des territoires. Je maintiens que la CRSA est le bon lieu pour que les URPS interviennent. Avis défavorable.

La commission rejette ces amendements.

La commission est saisie de l'amendement AS914 de Mme Claire Pitollat.

Mme Claire Pitollat. Cet amendement vise à préserver des capacités suffisantes d'accueil des étudiants entrant en deuxième cycle des études de médecine, de pharmacologie, d'odontologie et de maïeutique, et à éviter une disproportion des capacités d'accueil entre le premier et le deuxième cycle. Il permet aux ARS de s'en assurer lorsque les universités déterminent leurs capacités d'accueil.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Il faut effectivement conserver un lien entre le premier et le deuxième cycles. Cependant, votre intention est déjà satisfaite puisque c'est de cette façon que les universités définissent les capacités d'accueil. Il ne me paraît pas important de l'inscrire dans la loi.

Défavorable.

Mme Claire Pitollat. Je retire l'amendement.

L'amendement est retiré.

La commission examine l'amendement AS846 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Il est important de rendre cohérent le calendrier des réformes. Sachant que la réforme du bac est en cours, et que la réforme du troisième cycle n'est pas encore faite, il semble difficile que la réforme du premier cycle entre en application en 2020. D'ailleurs, Mme la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation a évoqué la possibilité de décaler d'un an, c'est-à-dire de 2020 à 2021, l'entrée en vigueur de la réforme de l'accès au deuxième cycle.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Nous avons entendu la difficulté qu'il y a pour les universités à mener de front la réforme du premier et du deuxième cycle. Cependant, il est urgent de réformer la PACES, car il faut en finir avec cet énorme gâchis pour les étudiants qui rencontrent des difficultés majeures en matière de qualité de vie. Nous avons prévu, avec le rapporteur général, de présenter un amendement visant à décaler d'un an l'entrée dans le troisième cycle.

Avis défavorable.

M. Gilles Lurton. Nous avons déjà vu des textes de loi où figuraient des dates d'entrée en application extrêmement courtes. N'oublions pas que 2020, c'est dans neuf mois et que le texte ne sera pas adopté définitivement avant l'été. Aussi me semble-t-il plus raisonnable de fixer dès à présent à 2021 l'entrée en

application du premier cycle, plutôt que de devoir modifier la date dans quelques semaines.

M. Jean-Pierre Door. Madame la rapporteure, vous savez bien que les universités ferment à la fin du mois de juillet, c'est-à-dire au cours de l'été, pour ne rouvrir qu'à la fin du mois de septembre ou au début du mois d'octobre. Il risque donc d'y avoir un encombrement et les étudiants pourraient rencontrer des difficultés.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. La transformation interviendra pour la rentrée de 2020, avec l'inscription dès le mois de septembre 2019 dans *Parcoursup*. Les équipes universitaires sont déjà au travail dans le cadre de réunions interrégionales. Nous pensons possible que la réforme puisse entrer en vigueur au mois de septembre 2020.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle étudie, en discussion commune, les amendements AS1617 de la rapporteure et AS1373 de Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. L'amendement AS1617 prévoit la remise d'un rapport d'évaluation de la réforme du premier cycle des études de santé, afin de s'assurer de la diversification effective des profils. Un premier rapport interviendra en 2021, qui rendra compte de l'état de démarrage de cette diversification. Le second rapport, qui sera transmis en 2023, autrement dit à la fin du premier cycle, portera sur les informations apportées aux étudiants avant l'entrée en première année ainsi que sur les modalités d'accès et les taux de succès.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. L'amendement AS1373 prévoit que le Gouvernement remet au Parlement un rapport permettant de s'assurer de la bonne effectivité de la réforme, notamment en termes de progressivité des parcours, de diversité des profils des étudiants, de transversalité des enseignements ou d'amélioration du bien-être des étudiants.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Je pense que l'amendement AS1373 est satisfait par l'amendement AS1617. J'y suis donc défavorable.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Je le retire.

L'amendement AS1373 est retiré.

La commission adopte l'amendement AS1617.

Puis elle adopte l'article 1^{er} modifié.

Après l'article 1^{er}

La commission est saisie de l'amendement AS1126 de M. Jean-Hugues Ratenon.

M. Jean-Hugues Ratenon. Il est essentiel que le Gouvernement s'assure que les bourses délivrées aux étudiants boursiers leur permettent de se consacrer entièrement à leurs études, sans avoir à travailler à côté de cette activité. Si de telles analyses ne sont pas faites et corrigées, nous ne parviendrons pas à lutter contre les inégalités sociales qui sont largement perpétuées dans les universités de médecine.

Tel est le sens du rapport que nous demandons.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. L'article 1^{er} vise à supprimer le concours de fin de première année pour le remplacer par une étape de recevabilité de la candidature – valider au moins 60 ECTS – et une étape d'admissibilité du candidat et des épreuves d'admission. Il n'est donc plus attendu d'intégrer des préparations privées.

Défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS68 de Mme Marine Brenier.

Mme Marine Brenier. Défendu.

Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la commission rejette l'amendement.

Article 2

**Réforme du deuxième cycle des études médicales et suppression des «
épreuves classantes nationales » (ECN)**

La commission est saisie de l'amendement AS1099 de M. Philippe Vigier.

Mme Jeanine Dubié. Cet amendement, qui va plus loin que ce qui est proposé dans le présent article de loi, vise à favoriser une adéquation optimale entre le nombre de postes d'internes et les besoins de santé des territoires, en substituant au classement national de l'internat des épreuves classantes régionales ouvertes aux étudiants dans la région où ils ont validé leur deuxième cycle ainsi que dans les deux autres régions de leur choix. En un mot, il s'agit d'une régionalisation.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. La réécriture que vous proposez de l'article 2 n'a pas une portée globale : elle vise seulement les besoins territoriaux. Or nous voudrions que la tête des étudiants et des professionnels que nous

formons soit bien faite plutôt que bien pleine. C'est tout le sens de cet article 2. Je suis donc défavorable à cet amendement.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS1129 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Défendu.

Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la commission rejette l'amendement.

Elle étudie ensuite l'amendement AS1072 de Mme Audrey Dufeu Schubert.

Mme Delphine Bagarry. Au cours des auditions, les étudiants en médecine nous ont dit qu'ils s'installeront là où ils ont déjà réalisé leurs stages et dans les formes d'exercice qu'ils ont pu tester lors de leurs études. Cet amendement vise à créer un stage obligatoire dans une zone sous-dotée dans le cadre du deuxième cycle des études de médecine.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Augmenter le nombre de stages bien encadrés en zones sous-denses est un enjeu majeur de la meilleure répartition territoriale des médecins. Cependant, tel qu'il est rédigé, cet amendement comporte un risque en matière d'encadrement des étudiants. Or ce que l'on veut avant tout c'est qu'ils soient bien formés.

Défavorable.

Mme Delphine Bagarry. Il est évident que ces stages seraient effectués auprès de maîtres de stage.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Il faut faire en sorte effectivement qu'il y ait de plus en plus de maîtres de stage, notamment dans les zones sous-denses. Mais avec votre amendement, nous prendrions le risque de devoir prévoir des stages même là où il n'y a pas de maîtres de stage.

M. Alain Bruneel. La question est bien de faire en sorte que l'encadrement soit identique dans les zones sous-dotées et dans les zones bien dotées.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle examine, en discussion commune, l'amendement AS1608 du rapporteur général et les amendements identiques AS328 de M. Jean-Carles Grelier et AS847 de M. Jean-Pierre Door.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. L'amendement AS1608 vise à préciser que les épreuves de connaissances qui remplaceront les épreuves classantes nationales conserveront un caractère national et que les épreuves de

compétences introduites dans le projet de loi seront organisées dans chaque université, mais selon un cahier des charges national.

M. Jean-Carles Grelier. Suivant le vieil adage selon lequel ce qui va sans dire va encore mieux en le disant et mieux encore en l'écrivant, il s'agit de graver dans le marbre de la loi que les épreuves pourraient être nationales, de manière à garantir l'universalité des épreuves et du diplôme sur l'ensemble du territoire.

M. Jean-Pierre Door. Nous sommes tout à fait en phase avec M. Mesnier : nous ne souhaitons pas revenir aux internats régionaux.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Les amendements identiques sont satisfaits par l'amendement de M. Mesnier. Défavorable.

La commission adopte l'amendement AS1608.

En conséquence, les amendements identiques tombent.

La commission en vient à l'amendement AS515 de M. Yves Daniel.

M. Yves Daniel. Cet amendement vise à garantir l'anonymat. On sait en effet que seul l'anonymat des épreuves écrites est susceptible de garantir une égalité de traitement des candidats dans le respect des valeurs républicaines.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. La discussion a déjà eu lieu lors de l'examen de l'article 1^{er}. Cette précision ne relève pas de la loi. Défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle est saisie de l'amendement AS425 de M. Philippe Berta.

M. Philippe Berta. Je vais essayer à nouveau d'attirer l'empathie des rapporteurs, cette fois pour l'entrée dans le troisième cycle.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Je suis convaincue de ce que vous demandez, mais cela relève du domaine réglementaire. Défavorable.

M. Pierre Dharréville. Vous dites que la mesure relève du domaine réglementaire. Mais que fait-on de ce qui relève du législatif ? Je crains que cela ne soit inclus dans les ordonnances...

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Vous êtes taquin, monsieur Dharréville !

Nous sommes tous d'accord pour favoriser un savoir être, un comportement plus empathique des médecins. C'est l'objet de la réforme. Celle-ci permettra en effet la diversification des parcours pour l'entrée en médecine ; la sélection ne se fera plus uniquement sur l'acquisition des connaissances. Pour l'entrée dans le troisième cycle, l'ECN sera remplacée par un examen qui ne sera

pas classant mais bien de vérification des connaissances adossée à des épreuves de compétences. Ce qui sera évalué dans les stages, c'est tout le travail qu'auront fait les étudiants sur la simulation et les éléments ayant trait au savoir être.

Inscrire dans la loi le savoir-être impliquerait d'y mettre aussi l'évaluation des connaissances qui est au moins aussi importante. Il est gênant de faire ressortir un seul élément d'évaluation dans une réforme qui vise précisément à prendre en compte toutes les différentes composantes des qualités qu'on demande à un médecin : les connaissances, les compétences sociales, psycho-sociales et le savoir être. C'est pourquoi je suis défavorable à cet amendement.

La commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS848 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Outre les connaissances théoriques de l'étudiant, il nous semble bon de prendre en compte également ses compétences qui seront appréciées au cours du parcours de formation ainsi que ses appétences et motivations qui auront été démontrées dans son projet professionnel. Autrement dit, il convient de rassurer l'étudiant.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Votre amendement est satisfait par l'alinéa 9 de l'article 2. Défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS709 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Le présent amendement vise à promouvoir les stages en médecine libérale à l'issue du troisième cycle. Alors que tous les médecins généralistes et beaucoup de spécialistes exercent en libéral, que c'est la médecine et la chirurgie du quotidien, les étudiants effectuent plutôt des stages dans des CHU. Si l'on veut promouvoir la médecine libérale, il convient que les étudiants y effectuent des stages.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Votre amendement vise à garantir une équité de traitement dans les modalités d'accès au troisième cycle. Il est satisfait par l'amendement de M. Mesnier.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je le retire.

L'amendement est retiré.

La commission est saisie de l'amendement AS564 de Mme Marietta Karamanli.

Mme Éricka Bareigts. Cet amendement vise à offrir la possibilité d'une quatrième année aux internes qui le souhaitent, mettant l'accent sur la définition de leur projet professionnel, la découverte d'autres formes d'exercice avec la

possibilité de pratiquer plus pleinement la médecine de ville en ayant une rémunération fondée sur l'exercice de celle-ci.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Il ne me semble pas licite d'augmenter d'un an les études des médecins. Défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Une telle proposition doit être largement discutée avec les parties prenantes car elle a beaucoup d'implications. Ajouter une quatrième année de formation à une spécialité comme la médecine générale aurait des conséquences pour les étudiants qui s'inscrivent dans la filière, mais aussi pour tous les autres qui font un internat de spécialité. Cette mesure peut éventuellement être déclinée un jour par voie réglementaire.

Juste avant mon entrée au Gouvernement, Marisol Touraine avait décidé la réforme du troisième cycle qui vient juste d'être mise en place. Je suis défavorable à l'inscription dans la loi d'une quatrième année de médecine générale, car cela bousculerait tout l'équilibre des spécialités et modifierait considérablement encore le temps de formation des jeunes.

La commission rejette l'amendement.

Elle étudie ensuite l'amendement AS990 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Vous allez être obligée d'être favorable à cet amendement, madame la rapporteure ! Nous proposons en effet une multiplication des terrains de stage hors hôpital, comme le réclament les organismes de formation, y compris le Conseil national de l'ordre des médecins.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Certes, je suis favorable au développement de ces stages, mais une telle décision relève d'un arrêté. Or ces possibilités existent déjà dans les arrêtés. Défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS329 de M. Jean-Carles Grelier.

M. Jean-Carles Grelier. J'ai écouté religieusement Mme la ministre nous parler de décloisonnement. Je souhaite, au travers de cet amendement, lui apporter un soutien fort. J'invite donc Mme la rapporteure à donner un avis favorable à ce décloisonnement en inscrivant à l'article 2 que les stages peuvent s'effectuer dans le secteur libéral, dans l'hospitalisation privée ainsi que dans le secteur médico-social.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Vous avez raison de le répéter, mais cela figure déjà dans l'arrêté. Défavorable.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. C'était bien essayé !

La commission rejette l'amendement.

Puis elle est saisie de l'amendement AS1600 de la commission des affaires culturelles et de l'éducation.

M. Gaël Le Bohec, rapporteur pour avis. Nous abordons là un amendement très important, adopté hier à l'unanimité par la commission des affaires culturelles et de l'éducation. Je n'ose pas imaginer qu'il puisse en être autrement aujourd'hui...

Vous le savez, les études supérieures sont difficilement accessibles, pour de multiples raisons, aux étudiants en situation de handicap, et les études de santé le sont encore plus car elles sont particulièrement exigeantes. La réforme prévue à l'article 1^{er} répondra en partie aux formes d'autocensure que peuvent connaître les étudiants placés dans ces situations, au demeurant diverses, qui n'osent pas entreprendre des études par crainte d'échouer faute d'adaptation suffisante. Eu égard à l'importance des épreuves de fin de deuxième cycle pour la carrière des futurs médecins, il me semble crucial de prévoir que la situation de handicap est prise en compte dans le classement qui résulte de ces épreuves et détermine le lieu et la spécialité des futurs médecins. Cela peut paraître trivial, mais cette disposition est essentielle pour permettre à ces étudiants d'accéder aux postes qui leur correspondent.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Je suis tout à fait favorable à cet amendement.

La commission adopte l'amendement.

Elle étudie ensuite l'amendement AS813 de M. Jean-Philippe Nilor.

M. Pierre Dharréville. L'amendement AS813 vise à préciser les modalités d'affectation des étudiants dans les collectivités régies par l'article 73 de la Constitution, en conférant une priorité aux étudiants qui y ont effectué leur premier cycle.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Tel qu'il est rédigé, l'amendement emporte un risque constitutionnel.

Pour ne pas encourir le risque de censure, le principe d'égalité devant la loi ne fait pas obstacle à ce que le législateur règle de façon différente des situations différentes, ni à ce qu'il déroge à l'égalité pour des raisons d'intérêt général, pourvu que, dans l'un et l'autre cas, la différence de traitement qui en résulte soit en rapport direct avec l'objet de la loi.

Votre amendement n'offrant pas ces garanties, j'y suis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Je suis très sensible à votre objectif, qui est de favoriser l'installation de médecins dans les départements d'outre-mer (DOM). Envoyer des jeunes qui ont fini leur formation

dans les DOM pour renforcer la présence médicale est une de nos priorités. Vous avez raison, il convient de trouver les moyens de former davantage de médecins issus des Antilles, et des territoires des DOM en général, et de les inciter à y rester.

Cela étant, cet amendement créerait une vraie rupture d'égalité, c'est-à-dire que sous prétexte qu'ils viendraient des DOM ils ne pourraient plus s'installer en métropole. Or ils peuvent avoir fait le choix d'y commencer leurs études, puis de se marier en métropole et de vouloir y rester.

Je suis défavorable à votre amendement qui n'est pas bien rédigé, tout en comprenant l'anxiété de ces territoires. C'est une question sur laquelle nous travaillons.

M. Pierre Dharréville. L'esprit de l'amendement de mon collègue Jean-Philippe Nilor était au contraire de donner la priorité à ceux qui le souhaitent de s'installer dans les territoires d'outre-mer. Cela dit, je veux bien réfléchir avec lui à une nouvelle rédaction de l'amendement en tenant compte des remarques que vous venez de faire.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS812 de M. Jean-Philippe Nilor.

M. Pierre Dharréville. Défendu.

Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la commission rejette l'amendement.

Puis elle est saisie, en présentation commune, des amendements AS638 et AS639 de M. Philippe Berta.

M. Philippe Berta. L'amendement AS638 vise à favoriser l'ouverture de lieux de stage dans les établissements privés et auprès des praticiens libéraux, selon des modalités de conventionnement avec les universités à définir par décret. L'objectif est de renforcer la connaissance du secteur privé et de l'exercice libéral dans lesquels une partie des étudiants seront amenés à exercer, et de renforcer la capacité des futurs professionnels de santé à mener des carrières mixtes.

M. Cyrille Isaac-Sibille. L'amendement AS639 est défendu.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Ces dispositions relèvent d'arrêtés. Certes, il faut encourager l'ouverture de lieu de stage, mais j'y suis défavorable pour les raisons précédemment évoquées.

M. Olivier Véran. Je suis tout à fait d'accord : cette mesure ne relève pas du domaine législatif. En revanche, il convient d'insister sur la nécessité de développer ces stages dans le secteur privé et en ville. Pour ma part, j'ai fait des études de neurologie au CHU de Grenoble : en plus de dix ans, je n'ai jamais mis

les pieds dans un cabinet de neurologie de ville. Comment voulez-vous donner envie à des jeunes de s'installer, de faire le pari de l'exercice libéral s'ils n'y font pas de stage ?

En 2008, les syndicats étudiants avaient demandé et obtenu, pour des disciplines qui n'étaient quasiment plus exercées dans le secteur public, que l'on puisse ouvrir cette possibilité par un conventionnement avec les doyens. Certaines choses se sont développées, mais on est encore très en deçà de ce qu'on pourrait voir en termes de présence d'étudiants et d'internes dans les établissements. Je parle d'étudiants, parce que s'il est bien que les établissements privés prennent les internes, encore faudrait-il que les externes puissent y aller aussi.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Ce n'est pas uniquement pour faire plaisir à M. Véran qui aurait eu envie d'aller dans un cabinet privé qu'on doit le faire, mais bien parce qu'on en a besoin !

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Le mouvement est déjà clairement amorcé avec les doyens et le Conseil national des universités (CNU). Avec l'augmentation du *numerus clausus*, les hôpitaux ne sont plus en mesure, en effet, de garder tous les étudiants pour les former. On propose déjà des stages aux étudiants, hors CHU, dans des hôpitaux publics en zones sous-denses et en médecine libérale. Mais il faut parallèlement une montée en charge progressive des maîtres de stage car la qualité doit être au rendez-vous. Ce travail est fait actuellement par les universités. Les médecins libéraux sont grandement incités à devenir maîtres de stage – c'est plus ou moins simple et rapide selon les territoires.

Tout ce que l'on inscrit à cet égard en dur dans la loi risque de complexifier considérablement la capacité qu'auront les étudiants à achever leur cursus de formation. Alors qu'ils ont déjà des contraintes liées au contenu de leurs modules de formation – par exemple, un réanimateur va devoir passer en pneumologie, en cardiologie... – on en ajouterait d'autres : celle d'aller dans un exercice libéral, puis en zone sous-dense, etc. Au final, l'étudiant ne parviendra pas à intégrer toutes ces contraintes. Il faut laisser un peu de liberté, d'autant que nous favorisons d'ores et déjà la démarche, puisque nous rémunérons mieux les maîtres de stage – la rémunération est passée de 600 à 900 euros. Ce qui importe, c'est le contenu de la formation et pas simplement le mode d'exercice ou le lieu géographique. Restons-en au niveau réglementaire. Je veillerai à ce que toutes les spécialités aient un haut niveau de formation.

M. Gilles Lurton. Madame la ministre, vous nous dites que le mouvement est très largement enclenché. Pourtant, je ne sais pas si nous sommes nombreux ici à avoir vu un stagiaire dans un cabinet libéral ou chez notre médecin libéral.

Plusieurs députés. Si !

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. On ne peut pas dire que cela n'existe pas, monsieur Lurton.

L'important, c'est d'être dans une dynamique positive, d'incitation, de motivation, et ne pas toujours penser que les contraintes résoudront les problématiques. C'est d'ailleurs l'esprit de ce projet de loi. Pour avoir rencontré de nombreux jeunes, je peux vous assurer que l'on peut leur faire confiance en termes de responsabilité quant à leur formation.

M. Jean-Pierre Door. Je ne sais pas si c'est d'ordre législatif ou réglementaire, mais ces amendements ont l'intérêt de faire découvrir aux jeunes étudiants, en particulier aux nouveaux internes, l'exercice libéral, le terrain, un autre monde que le secteur public où ils sont souvent contraints à des obligations dans les services.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Comme l'a indiqué Mme Rist, cet amendement est satisfait et il est d'ordre réglementaire.

Monsieur Lurton, 100 % des internes de médecine générale font bien un stage chez un médecin généraliste durant leur internat, et 80 % en font même un en autonomie en libéral. 80 % des internes font donc d'ores et déjà un an au moins de libéral durant leur internat. Mais il faut effectivement aller plus loin, et je vous invite à encourager les médecins généralistes de votre circonscription à devenir maîtres de stage.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je remercie M. le rapporteur pour sa réponse. Vous parlez des généralistes, pas des spécialistes. Quel est le pourcentage de ceux qui font un stage chez un spécialiste ? D'où l'intérêt de ces amendements auxquels nous sommes très favorables.

La commission rejette successivement les amendements.

La séance, suspendue à dix-huit heures quarante, est reprise à dix-huit heures cinquante.

Mme la présidente, Brigitte Bourguignon. Nous reprenons nos travaux avec dix-sept amendements pouvant faire l'objet d'une présentation commune, visant tous à insérer un alinéa après l'alinéa 10.

La commission examine, en présentation commune, les amendements identiques AS186 de Mme Nadia Ramassamy, AS204 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS888 de M. Jean-Pierre Door, AS1047 de Mme Jeanine Dubié, AS1167 de M. Pierre Dharréville, AS1210 de M. Jean-Louis Touraine ainsi que les amendements AS426 de M. Philippe Berta, AS762 de M. Cyrille Isaac-Sibille, les amendements identiques AS1140 de Mme Caroline Fiat et AS1614 de la commission des affaires culturelles et de l'éducation, et les amendements AS1141 de M. Jean-Hugues Ratenon, AS1143 et AS1157 de Mme Caroline Fiat, AS1187 de M. Jean-Hugues Ratenon et AS1613 de la rapporteure.

Mme Nadia Ramassamy. Les établissements publics de santé ont dû s'adapter à la mise en œuvre de la réforme du troisième cycle qui s'est traduite par

l'affectation d'un plus grand nombre d'internes de médecine générale en ville et d'internes de phase socle en CHU. Face à ces évolutions, force est de constater une hétérogénéité entre les régions dans la politique d'agrément, et donc de répartition. Les interventions des ARS ont été très variables, notamment dans le recours aux dérogations au taux d'inadéquation.

Si l'objectif prioritaire demeure la qualité pédagogique de la formation délivrée aux étudiants, il est aujourd'hui fondamental de revoir et de préciser les conditions de mise en œuvre des réformes des études médicales ainsi que le rôle des différents acteurs.

Les établissements doivent également être mieux associés à la gouvernance et au suivi des réformes pédagogiques, et à ce titre intégrer la CNEMMOP (Commission nationale des études de maïeutique, de médecine, d'odontologie et de pharmacie). Tel est l'objet de l'amendement AS186.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. L'amendement AS204 vise à faire participer les établissements publics de santé à la gouvernance et au suivi des réformes pédagogiques, et à ce titre, les intégrer à la CNEMMOP.

M. Jean-Pierre Door. L'amendement AS888 est défendu.

Mme Jeanine Dubié. Il est fondamental de revoir et de préciser les conditions de mise en œuvre des réformes des études médicales ainsi que le rôle des différents acteurs. La mise en place de la réforme du troisième cycle et ses conséquences nous conduisent à proposer d'associer davantage les établissements de santé à la gouvernance et au suivi des réformes pédagogiques. Il faut encore prévoir les modalités de la réforme et ainsi intégrer les établissements de santé dans la CNEMMOP. Tel est l'objet de l'amendement AS1047.

M. Pierre Dharréville. Les hôpitaux publics ont dû s'adapter à la mise en œuvre de la réforme du troisième cycle, qui s'est traduite par l'affectation d'un plus grand nombre d'internes de médecine générale en ville et d'internes de phase socle en CHU.

Face à ces évolutions, force est de constater une hétérogénéité entre les régions dans la politique d'agrément, et donc de répartition des praticiens. Il est donc nécessaire que les établissements de santé, premiers concernés par cette réforme, soient mieux associés à la gouvernance et au suivi des réformes pédagogiques. Une évaluation devra être réalisée et aborder les aspects aussi bien pédagogique et organisationnel que budgétaire. À ce titre, les établissements devront se voir reconnaître les moyens pédagogiques nécessaires à la mise en œuvre de la réforme du second cycle. Ce qui est particulièrement utile au regard de leur situation. Tel est l'objet de l'amendement AS1167.

M. Jean-Louis Touraine. L'amendement AS1210 propose que les établissements soient davantage associés à la gouvernance, au suivi et à

l'évaluation des réformes pédagogiques ; donc que leurs représentants puissent intégrer la CNEMMOP.

M. Philippe Berta. L'amendement AS426 vise à établir par décret les modalités d'évaluation de la présente réforme, aussi bien au niveau de la satisfaction des étudiants que de l'adéquation des profils et du nombre de professionnels formés aux besoins du système de santé ou encore des impacts sur la transformation pédagogique, organisationnelle et budgétaire des établissements parties prenantes.

M. Cyrille Isaac-Sibille. L'amendement AS762 défend la promotion des stages en médecine libérale. M. le rapporteur a rappelé que 80 % des généralistes effectuent des stages en médecine libérale, mais peu de spécialistes du fait de la faible représentation de la médecine libérale au sein des commissions de subdivision. Or il est très important que les spécialistes effectuent eux aussi des stages dans le secteur libéral.

M. Jean-Hugues Ratenon. Par l'amendement AS1140, nous proposons la création d'un module d'information sur les violences faites aux femmes, aux stéréotypes portant sur le genre ainsi qu'au respect du corps d'autrui.

Près d'une femme sur dix est victime de violence conjugale. Cela impacte à la fois leur santé mentale et physique. Lorsqu'une personne est victime de violence conjugale, il n'est pas toujours aisé pour un médecin de repérer les maltraitances, de faire un constat clinique, puis de donner l'alerte si nécessaire en rédigeant un certificat médical pour coups et blessures. En outre, les professionnels n'ont pas toujours connaissance des dispositifs d'aide aux victimes.

Mme Caroline Fiat. L'amendement AS1141 est défendu.

M. Jean-Hugues Ratenon. L'amendement AS1143 est inspiré par la Fédération des acteurs de solidarité et Médecins du Monde.

Il propose que soient intégrés, dans la formation professionnelle initiale et continue, des modules relatifs aux problématiques spécifiques liées à la précarité. Les rapports montrent les situations particulièrement difficiles auxquelles certaines personnes sont confrontées, et auxquelles les professionnels ne sont pas toujours formés : absence de logement, difficulté à se nourrir, à se chauffer, accès aux soins, dispositifs d'aide complexes comme l'AME (Aide médicale de l'État) ou la CMU (Couverture maladie universelle). L'Outre-mer est particulièrement confronté à ces problèmes car la pauvreté et la précarité y sont souvent plus fréquentes qu'en Hexagone. Une meilleure formation permettrait une prise en charge globale des patients et donc, mécaniquement, d'échapper à certains refus de soins.

Mme Caroline Fiat. Tous ces amendements concernent la particularité de certains actes médicaux sur lesquels les médecins nous ont alertés, dont la prise en charge de l'addictologie, qui très mal connue de la plupart des praticiens. Il est

donc proposé, par l'amendement AS1157, de prévoir l'enseignement de cette discipline au cours des études de médecine.

M. Jean-Hugues Ratenon. L'amendement AS1187 propose la mise en place d'un enseignement de la médecine scolaire dans les cursus universitaires. Nous sommes attachés au statut actuel des médecins scolaires contrôlés par un concours organisé par le ministère de l'éducation nationale. Du fait de l'importante pénurie de ces médecins, il faut absolument faire la promotion de cette carrière. Ainsi, la direction générale de l'enseignement scolaire observe que le taux de visite dès 6 ans est passé à 47,5 % en 2015-2016 contre 80 % en 2013-2014. Cette situation est très préoccupante, et touche prioritairement les territoires les plus en difficulté et les enfants les plus défavorisés.

Or la médecine scolaire constitue un important vecteur de lutte contre les inégalités de santé. Outre les visites médicales, elle assure des actions de promotion de la santé et de surveillance de l'environnement scolaire. Il est donc important de faire la promotion de la carrière de médecin scolaire au sein des études de médecine.

M. Gaël Le Bohec, rapporteur pour avis. La commission des affaires culturelles a adopté hier l'amendement AS1614 présenté par nos collègues du groupe La France insoumise sur lequel j'avais donné un avis de sagesse. En tant que membre de la Délégation aux droits de femmes, je suis sensible à ce sujet des violences faites aux femmes, et j'aimerais qu'un tel enseignement soit dispensé partout et à tous.

Je n'ignore pas que l'objet de cet amendement est réglementaire, mais la question me paraît suffisamment importante pour être évoquée au sein de la commission des affaires sociales. Aussi, même s'il risque d'être rejeté, je souhaiterais que la discussion permette à la ministre, entre autres, de prendre un engagement fort sur ce sujet afin que notre préoccupation soit satisfaite dans un avenir proche.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Le taux d'inadéquation mesure aujourd'hui la proportion de postes proposés aux étudiants qui ont passé les épreuves classantes nationales (ECN), mais qui ne sont pas pourvus.

La suppression des ECN en vue de l'entrée en 3^e cycle ne résoudra pas cet enjeu important. La réduction du taux d'inadéquation constituera encore un objectif important pour améliorer les conditions d'accès au troisième cycle. En effet le taux d'inadéquation favorise le départ des étudiants vers d'autres territoires lors du 3^e cycle. Or le choix du lieu du 3^e cycle conditionne généralement le choix du lieu d'installation et d'exercice des futurs professionnels. Réduire ce taux d'inadéquation s'inscrit donc dans une logique de réponse à des besoins de santé de territoires exprimés lors de la définition des capacités d'accueil des universités.

L'amendement AS1613 vise donc à prévoir un objectif de diminution de ce taux dont les modalités restent à fixer par décret.

Tous les autres amendements visent à préciser par décret soit les modalités de la mise en œuvre de la réforme, soit celles de la gouvernance, soit le contenu des formations, dont je comprends les enjeux et qui portent parfois sur des sujets très importants. Je crains malheureusement qu'en précisant tous ces items supplémentaires, l'attention et les négociations portent plus sur les modalités de mise en œuvre que sur l'objet de la réforme elle-même. Le risque serait ainsi de retarder son application ; c'est pourquoi je considère que l'amendement de la commission des affaires culturelles est d'appel.

J'émettrai, par ailleurs, un avis de sagesse pour l'amendement AS426 de M. Berta qui prévoit les modalités d'évaluation et je serai défavorable aux autres amendements.

Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Je m'en remets moi aussi à la sagesse de la commission pour l'amendement AS246 de M. Berta, et serai défavorable aux autres.

Par ailleurs, je suggère à Mme la rapporteure de retirer l'amendement AS1613, car, si la préoccupation qu'elle exprime sur l'inadéquation est très importante, elle concerne plus certaines spécialités que d'autres. Or la rédaction de l'amendement porte sur les postes proposés aux étudiants de 3^e cycle. La proposition est donc en décalage avec l'objectif présenté dans l'exposé des motifs. Il me semble par ailleurs que cette mesure ne relève pas du domaine de la loi.

Mme Caroline Fiat. Nous remercions la commission des affaires culturelles d'avoir adopté notre amendement portant sur la formation des médecins aux violences faites aux femmes. Mais nous regrettons la réponse de Mme la rapporteure. Je le répète, les études de médecine ne prévoient pas de formation relative à la médecine scolaire ou l'addictologie, qui concerne toujours plus de patients et de pathologies. Nos amendements résultent d'auditions de médecins qui ont regretté ce manque de formation. Il faudrait tous les adopter. En tout cas, reculer sur la proposition de formation des médecins sur les violences faites aux femmes serait très dommageable.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Je retire mon amendement afin de travailler à une nouvelle rédaction en vue de la séance publique.

M. Gaël Le Bohec, rapporteur pour avis. Il est vrai que, lors des auditions, la question de l'adéquation entre les stages proposés et les stages réellement pourvus s'est clairement posée. Quitte à le reformuler en vue de la séance publique, nous aurions pu, adopter l'amendement de la rapporteure, qui renvoie précisément à un décret, madame la ministre.

M. Cyrille Isaac-Sibille. La question des stages en milieu libéral pour les spécialistes constitue un vrai problème. Madame la ministre, est-il question de rééquilibrer ces commissions de subdivision afin que le poids de la médecine libérale soit plus important ?

*La commission **rejette** les amendements identiques AS186, AS204, AS888, AS1047, AS1167 et AS1210 de M. Jean-Louis Touraine.*

*Puis elle **adopte** l'amendement AS426 de M. Philippe Berta.*

*Elle **rejette** ensuite successivement l'amendement AS762, les amendements identiques AS1140 et AS1614 et les amendements AS1141, AS1143, AS1157 et AS1187.*

*L'amendement AS1613 de la rapporteure est **retiré**.*

La commission est saisie de l'amendement AS1142 de M. Jean-Hugues Ratenon.

Mme Caroline Fiat. Cet amendement propose l'institution d'une obligation de service rendu pendant une période qui pourra être déterminée par le Conseil d'État, et selon des modalités définies par lui, pour l'exercice, à l'issue du 3^e cycle, dans les zones sous-denses.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Plusieurs amendements venant après l'article 5 concernent l'obligation d'exercice.

Le choix politique du Gouvernement, que j'approuve, n'est pas celui de la coercition ; au contraire, il est fait confiance aux acteurs pour se coordonner, libérer du temps médical et augmenter le *numerus clausus*. Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Puis elle examine l'amendement AS1607 de la commission des affaires culturelles et de l'éducation.

M. Gaël Le Bohec, rapporteur pour avis. La possibilité d'effectuer des stages a déjà été évoquée dans un autre amendement. Je retire celui-ci.

*L'amendement est **retiré**.*

*La commission **adopte** l'amendement de coordination AS1536 de la rapporteure.*

*Puis, suivant l'avis défavorable de la rapporteure, elle **rejette** les amendements identiques AS109 de Mme Emmanuelle Anthoine et AS140 de Mme Valérie Bazin-Malgras.*

La commission examine, en discussion commune, les amendements identiques AS1609 du rapporteur général et AS1374 de Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe, ainsi que les amendements AS330 de M. Jean-Carles Grelier et AS849 de M. Jean-Pierre Door.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Les auditions auxquelles nous avons procédé ont montré que les deux réformes que nous engageons sur le 1^{er} cycle et les épreuves classantes nationales sont primordiales. Mais les universités et les doyens, particulièrement, ont fait valoir qu'il semblait difficile de conduire les deux réformes de front. Afin de ne pas courir le risque de voir l'une d'entre elles moins aboutie, nous proposons de décaler d'un an la mise en place de la réforme concernant les épreuves classantes nationales.

M. Jean-Carles Grelier. Pour mémoire, je rappelle qu'à l'époque, on nous a vendu que le Gouvernement aurait recours aux ordonnances parce qu'il y avait une urgence particulière à modifier les études médicales. Or, non seulement dans ce texte les études médicales ne seront pas modifiées par voie d'ordonnance, mais on est en train de différer d'une année la mise en œuvre de leur réforme.

Je tenais à le souligner, car, à l'occasion de l'examen d'autres articles, nous aurons l'occasion de reparler de la pratique des ordonnances, et de la façon dont le Parlement est tenu à l'écart de ce sujet important qu'est la santé.

M. Jean-Pierre Door. Lorsque j'ai évoqué précédemment le report d'une année, je me suis fait renvoyer dans les cordes. Mais, finalement, tout le monde semble y être favorable, car la Conférence nationale des doyens ne pourra pas remplir son rôle en 2019.

C'est pourquoi nous vous demandons d'adopter nos amendements.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Avis favorable aux amendements AS1609 et AS1374 et défavorable aux amendements AS330 et AS849, qui, d'une part, sont satisfaits et, d'autre part, ne tirent pas les conséquences de l'alinéa 24.

Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Comme la rapporteure, je suis favorable aux amendements AS1609 et AS1374.

Monsieur Grelier, nous n'avons pas besoin d'ordonnance pour réformer les études de médecine, car supprimer le *numerus clausus* nous ramène au droit commun, ce qui signifie une diversification des entrées en études de médecine. Au départ, nous pensions avoir besoin d'une ordonnance pour pousser plus avant la définition de l'entrée, mais en revenant au droit commun, ce n'est plus le cas.

En revanche, en termes de *timing*, cela ne change rien puisque nous souhaitons que le *numerus clausus* disparaisse à la rentrée 2020. Pour cela, il faut que Parcoursup soit accessible en janvier 2020, ce qui implique de le modifier entre les mois de septembre et janvier prochains afin de rendre possible l'inscription dans le dispositif des nouveaux modes d'entrée. Le calendrier est donc extrêmement contraint, ce qui commande le vote de la loi.

La commission adopte les amendements identiques AS1609 et AS1374.

En conséquence, les amendements AS330 et AS849 tombent.

La commission est saisie de l'amendement AS326 de M. Jean-Carles Grelier.

M. Jean-Carles Grelier. Cet amendement propose le dépôt d'un rapport d'évaluation des impacts de la modification de l'accès au 3^e cycle afin de mesurer les conséquences de la réforme et de la suppression des ECN. Il nous semble justifié qu'une évaluation régulière soit mise en œuvre comme c'était le cas pour la suppression du *numerus clausus*, à laquelle la rapporteure s'était montrée favorable.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Si je comprends l'intérêt de l'évaluation, la demander au terme de trois années suivant la mise en place de la réforme pose problème. Je demande donc le retrait de cet amendement, faute de quoi l'avis sera défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis, suivant l'avis défavorable de la rapporteure, elle rejette l'amendement AS108 de Mme Emmanuelle Anthoine.

La commission se saisit de l'amendement AS1137 de M. Adrien Quatennens.

M. Jean-Hugues Ratenon. Cet amendement vise à libérer les enseignants de médecine du pouvoir des lobbies.

Une enquête de la revue *Alternatives économiques* a en effet montré que tous les doyens de faculté de médecine de France entretenaient des liens étroits avec l'industrie, sous la forme de conférences rémunérées, de journées d'études, de repas, etc. Ce qui n'est pas de la corruption, mais de l'influence, et n'en produit pas moins des effets très concrets.

Ce n'est pas qu'une affaire de principe. Les conséquences de cette influence vont en effet à l'encontre des valeurs que nous défendons régulièrement, tous groupes confondus, dans cette Assemblée. Par cet amendement, nous souhaitons affirmer le pouvoir d'indépendance de l'enseignement et de l'organisation des études par les facultés de médecine.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Même si j'en comprends l'intention, cette disposition empêcherait les stages dans les organismes hospitaliers tels que maisons de santé ou établissements de santé privés.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Ensuite, elle examine l'amendement AS1375 de Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Cet amendement vise à ce que le Gouvernement remette au Parlement, dans un délai de trois ans après la mise en application de la réforme, un rapport d'évaluation. Il permettra de s'assurer que les objectifs attendus, notamment en termes de progressivité des parcours, de construction du projet professionnel et d'amélioration du bien-être des étudiants, ont bien été respectés.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Je vous propose de retirer cet amendement afin de pouvoir l'améliorer, notamment à cause du délai de trois ans me paraît trop court.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Nous allons effectivement retirer cet amendement pour le retravailler d'ici à l'examen du texte en séance publique.

L'amendement est retiré.

Puis la commission adopte l'article 2 modifié.

Après l'article 2

La commission examine, en présentation commune, les amendements AS815 et AS814 de Mme Justine Benin.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Ces amendements proposent que soit dispensé aux étudiants de deuxième cycle en pharmacie et en études médicales un enseignement portant sur l'accès aux droits délivrés par la sécurité sociale.

Il nous semble pertinent en effet de former nos futurs professionnels de santé aux droits sociaux auxquels peuvent prétendre les patients, particulièrement les plus vulnérables d'entre eux. Le constat est partagé par tous : aujourd'hui le taux de non-recours à certains droits est très élevé, car certains de nos concitoyens sont trop peu informés ou trop peu sensibilisés à cette question. Les professionnels de santé, en premier lieu les pharmaciens et les médecins, sont pourtant en première ligne pour orienter leurs patients vers le recours aux aides, aux soins et à leur couverture de santé. Il est donc important que tous les étudiants se destinant à prodiguer des soins à des patients disposent d'une connaissance globale des droits dispensés par les organismes de sécurité sociale.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Il s'agit là encore de contenu de formation. Or, comme le prévoit la Constitution, la loi pose les principes fondamentaux, mais pas les contenus. Avis défavorable.

La commission rejette successivement les amendements AS815 et AS814.

Puis elle étudie, en discussion commune, les amendements AS1101 de M. Philippe Vigier et AS1153 de M. Guillaume Garot.

M. Philippe Vigier. Il faut mettre fin à ce que, dans le jargon médical on nomme l'« hospitalo-centrisme ». Il faut donc être en mesure de proposer aux étudiants, dans le cadre de l'internat, qu'il s'agisse de médecine générale ou de spécialité, de bénéficier de terrains de stages susceptibles de les accueillir de façon beaucoup plus prolongée que ce n'est le cas à l'heure actuelle.

C'est la raison pour laquelle, pour l'IMG (Internat de médecine générale), sur trois années, il est proposé que les intéressés effectuent deux années de stage en dehors des CHU, et pour les autres spécialités, sur quatre années, que seule la moitié du temps soit passée en dehors des CHU.

Cela leur permettra de mieux connaître la médecine libérale. Il est d'ailleurs obligatoire depuis 2009 d'effectuer des stages en dehors des CHU. Au moment, madame la ministre, où le *numerus clausus* évolue, ce qui va entraîner un besoin supplémentaire de places d'accueil des étudiants, cette mesure en libérera, car des internes découvriront la médecine libérale.

Lorsque l'on connaît la désaffection actuelle pour le secteur libéral, ce serait une bonne piste à emprunter.

Mme Gisèle Biémouret. Cet amendement vise à instaurer un stage obligatoire d'une durée minimale de douze mois au cours de la troisième année d'internat au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire, d'un pôle de santé, d'un établissement hospitalier ou d'un établissement social ou médico-social dans les zones où l'offre de soins est insuffisante.

Cette mesure permettra de sensibiliser les jeunes internes à l'urgence que représente la désertification médicale.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Nous avons déjà eu ce débat. Je suis défavorable à ces amendements pour plusieurs raisons. Tout d'abord, la loi prévoit déjà la possibilité d'effectuer des stages dans les zones sous-denses et en ambulatoire. Ensuite, et cela concerne particulièrement l'amendement AS1153, les contrats d'engagement de service public peuvent répondre à cette demande. Enfin, il faut prendre en compte l'encadrement, car les stages doivent être menés dans les endroits où celui-ci est de bonne qualité.

Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Je demande le retrait de ces amendements, sinon j'y serai défavorable. En effet, si nous pouvons louer leur objet, que nous partageons tous, de favoriser des stages en zone sous-dense, c'est plus ou moins judicieux selon les spécialités envisagées, certaines étant spécifiquement hospitalières. Dans la mesure où le 3^e cycle des études de médecine délivre un contenu qui permet de parfaire une spécialité, cette disposition ne peut être généraliste.

Par ailleurs, nous avons mis en place de nombreuses mesures incitatives que nous croyons plus efficaces. Nous avons ainsi augmenté de 200 euros la rémunération des internes, et prévu 130 euros par mois pour les aider dans leur mobilité. Nous demandons également aux collectivités locales de mettre à disposition des lieux d'accueil, notamment des studios ou des logements permettant aux jeunes en 3^e cycle d'aller en dehors des CHU.

Un certain nombre de maîtres de stage sont d'ores et déjà présents dans des hôpitaux non CHU, d'autres dans des cabinets de médecine libérale, des maisons de santé pluriprofessionnelles et des centres de santé. Mais pour l'instant, leur nombre ne permettrait pas, en zone sous-dense, de former 9 000 étudiants par an, voire plus du fait de l'augmentation du *numerus clausus* qui se situe au-delà. En réalité, nous ne sommes pas en mesure de prévoir une telle obligation dans la loi. En outre, cette proposition ne me paraît pas adaptée à un certain nombre de spécialités qui n'existent pas en dehors des hôpitaux.

Pour toutes ces raisons, je pense donc que nous devons continuer à favoriser coûte que coûte ces stages en zone sous-dense, mais je propose le retrait de ces amendements.

M. Philippe Vigier. Je veux bien que l'on retravaille mon amendement pour enlever la référence aux zones sous-denses, cela ne pose pas de problème. Mais le premier argument que j'ai avancé est de faire redécouvrir la médecine libérale. On sait très bien qu'elle fait l'objet d'une immense désaffection.

En ce qui concerne les maîtres de stages, vous savez, comme moi, qu'il y a un certain nombre d'obstacles. Si l'on pouvait assouplir les règles, et peut-être aussi mieux rémunérer, je pense qu'il y aurait beaucoup plus de volontaires.

Il y a également un problème de formation des maîtres de stage à distance. Avec le numérique et les développements qui peuvent exister aujourd'hui, des modules pourraient pratiquement être suivis dans les cabinets ou dans les maisons de santé dans lesquels ils travaillent. De même, les cliniques privées, dont certaines sont de très grande qualité pourraient, elles aussi, accueillir de jeunes étudiants. Il est un peu dommage de s'en priver. Ce serait le moyen de répondre au souhait formulé par la ministre de former davantage de médecins en leur faisant découvrir cette médecine libérale, que, souvent, ils ne connaissent pas.

La commission rejette successivement les amendements AS1101 et AS1153.

Puis elle examine l'amendement AS433 de Mme Barbara Bessot Ballot.

M. Anthony Cellier. Par cet amendement, nous souhaitons inciter davantage les maisons de santé à accueillir et à former les futurs professionnels de santé, qui pourront alors être sensibilisés à l'organisation de ces établissements et aux problématiques relatives à l'accès aux soins, notamment en milieu rural.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. La rédaction de cet amendement aboutit à l'effet inverse de celui que vous escomptez. En précisant que les maisons de santé sont des personnes morales constituées entre des professionnels médicaux, des auxiliaires médicaux ou des pharmaciens accompagnés d'étudiants stagiaires, vous durcirez les conditions de leur création. Si votre proposition était adoptée, il faudrait exiger des étudiants stagiaires lors de leur création. J'émet donc un avis défavorable.

L'amendement AS433 est retiré.

Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la commission rejette ensuite l'amendement AS904 de M. Julien Dive.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS1146 de Mme Françoise Dumas.

Mme Françoise Dumas. La prescription d'une activité physique adaptée par le médecin traitant a été introduite par un décret de décembre 2016, pris en application de l'article 144 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, pour des patients atteints d'affections de longue durée : le « sport sur ordonnance » s'adresse à 10 millions de personnes qui souffrent notamment de cancer, de la maladie de Parkinson, d'Alzheimer, de diabète et d'insuffisance cardiaque. Des activités adaptées permettent aux patients d'améliorer leur condition physique, de diminuer la dépendance du système de soins à l'allopathie et de réduire les risques de récurrence ou de réhospitalisation. Un récent rapport de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) a insisté sur l'importance d'une pratique sportive et sur ce qui freine le développement du « sport santé » en France. L'amendement AS1146 a pour but d'intégrer à la formation des futurs médecins un module obligatoire qui permettra d'appréhender les bénéfices des activités physiques pour la santé ainsi que l'environnement et les professionnels susceptibles d'intervenir dans cette démarche de soins.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Je comprends évidemment les enjeux, qui sont importants, mais nous sommes là encore dans le contenu de la formation. Par conséquent, avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS166 de Mme Nadia Ramassamy.

Mme Nadia Ramassamy. Les études de santé sont difficiles et ont des effets très lourds sur les étudiants. Un grand nombre d'entre eux souffrent de détresse psychologique et sont fragilisés par la pression permanente des concours. Il n'est plus possible d'imposer des réformes sans prendre en compte le bien-être et la qualité de vie de ceux qui sont principalement touchés. Le mal-être est global et il est nécessaire que le Gouvernement prenne la mesure de ses actes face à ce phénomène généralisé. C'est pourquoi nous demandons la remise d'un rapport

évaluant la qualité de vie et la santé des étudiants en médecine, afin de prendre des mesures adaptées à la situation.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Vous avez raison. C'est aussi tout l'enjeu de la transformation des études qui est présentée dans ce projet de loi. Un rapport a été récemment remis par Mme Donata Marra sur la qualité de vie des étudiants, et les ministres ont annoncé qu'il aurait des conséquences. Je vous invite à regarder ce rapport, et j'émetts un avis défavorable à l'amendement.

M. Alain Bruneel. Je voudrais soutenir la proposition qui nous est faite. Il peut y avoir des étudiants en passe de devenir de très bons médecins, mais qui rencontrant malheureusement une difficulté morale pendant leur cursus, ne peuvent pas le continuer. C'est un amendement important : il permettra à toute personne d'aller jusqu'au bout de ses études.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Je voudrais juste rappeler l'information que Mme la rapporteure nous a délivrée : il y a un rapport, récent – de fin 2018 – du Dr Donata Marra, qui comporte plus d'une douzaine de propositions face à cette situation de mal-être des jeunes. Il serait prématuré de refaire immédiatement un autre rapport, alors que l'on n'a pas encore décliné toutes les propositions de celui qui vient d'être remis.

La commission rejette l'amendement.

Article 3

Habilitation du Gouvernement à prendre des ordonnances pour organiser la recertification des compétences des médecins

La commission examine les amendements identiques AS45 de Mme Marine Brenier, AS167 de Mme Nadia Ramassamy, AS332 de M. Jean-Carles Grelier et AS1447 de M. Bernard Perrut.

Mme Marine Brenier. Par l'amendement AS45, nous demandons la suppression de l'article 3. Je pense que d'autres collègues le diront aussi : il ne semble pas forcément nécessaire de passer par une ordonnance. On pourrait permettre aux parlementaires de s'exprimer et de travailler sur ce sujet.

M. Jean-Carles Grelier. Nous avons déjà commencé à manifester notre étonnement sur cette pratique des ordonnances, à deux niveaux. D'abord, il est apparu, à l'occasion du Grand débat national, que la santé est vraisemblablement le premier sujet sur lequel nos compatriotes souhaitaient s'exprimer. Or c'est précisément le moment que le Gouvernement choisit, dans ce projet de réforme annoncé à grand renfort de communication depuis plusieurs mois, pour travailler par ordonnance, c'est-à-dire pour soustraire toute une série de sujets, donc celui de la recertification, à l'examen et au débat parlementaire, avec les représentants de la nation. Nous demandons évidemment la suppression de cet article de loi : nous souhaitons le respect du Parlement. Ensuite, nous avons goûté, subtilement, la

leçon de droit constitutionnel qui nous a été administrée la dernière fois en commission. On nous a expliqué que, désormais, les ordonnances ne sont plus là pour agir dans l'urgence mais au contraire pour prendre le temps. C'est assez surprenant.

M. Bernard Perrut. Dans le prolongement de ce qui vient d'être dit, on peut se demander pourquoi on privilégie le recours à une ordonnance au débat parlementaire sur un tel sujet. Il est normal que la profession de médecin soit encadrée par un certain nombre de normes, notamment dans le cadre d'une procédure de certification des compétences, qui est indispensable. On comprend aussi qu'un rapport, à l'occasion duquel les organisations représentatives des médecins ont été consultées, préconise désormais une certification et une valorisation périodique, tous les six ans. Mais on a du mal à comprendre, madame la ministre, pourquoi une telle mesure ne peut pas être discutée et élaborée par les parlementaires et pourquoi elle relève plutôt d'une ordonnance. Certes, on aime bien cela dans le domaine de la santé (*Sourires*) mais on peut aussi se demander, sur le plan juridique, si vous n'allez pas trop loin par rapport à la Constitution et aux principes qui s'appliquent à la discussion parlementaire.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. C'est quand même la première fois, avec cet article 3, que l'on va pouvoir inscrire dans la loi la certification périodique des médecins. C'est une victoire dont je suis très reconnaissante. Vous parlez du Grand débat : les gens veulent aussi de la qualité dans les soins, et l'on s'inscrit dans cette démarche. Le Pr Uzan, que nous avons auditionné, a brossé dans son rapport les principes généraux. L'ensemble des professionnels médicaux suivent, ce qui est vraiment très positif. Il y a maintenant toute la méthodologie à mettre en place, en particulier avec les professionnels. Je suis, bien sûr, défavorable à ces amendements de suppression.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Comme je l'ai dit précédemment, j'ai bien entendu les critiques qui nous sont adressées au sujet du nombre d'articles habilitant le Gouvernement à légiférer par ordonnance. Nous serons tous d'accord, je pense, pour dire que les mesures concernées par ces habilitations sont importantes pour la transformation de notre système. Il en est ainsi de la recertification des compétences, de la diversification des modes d'exercice de l'emploi médical hospitalier, du développement des hôpitaux de proximité, du régime des autorisations et de la e-prescription.

Dès lors qu'il est admis que ces mesures sont essentielles dans cette perspective, nous pouvons soit utiliser le vecteur législatif de ce texte, qui est un projet de loi resserré et dédié à la transformation, soit attendre un nouveau vecteur législatif. Nous avons fait le choix de l'efficacité parce que nous savons à quel point il est urgent de transformer notre système de santé. Nous avons donc choisi d'utiliser ce projet de loi. Je pense quant à moi que l'on peut travailler en recourant à des ordonnances si l'on est exemplaire dans la logique de co-construction de ces ordonnances avec vous, les parlementaires, et dans l'aboutissement des processus de concertation nécessaires avec les professionnels

et l'ensemble des parties prenantes. La recertification des médecins n'est pas uniquement un problème parlementaire : on doit y travailler, évidemment, avec les ordres, avec les médecins eux-mêmes. La co-construction est indispensable pour que tout le monde adhère au projet.

Je souhaite prendre les engagements suivants devant vous : d'abord, transcrire dans la loi tout ce qui peut l'être, au fur et à mesure que les sujets sont suffisamment mûrs – c'est ce que je fais pour l'ARS de Mayotte et pour la définition des missions des hôpitaux de proximité ; ensuite, co-construire les ordonnances en réalisant une étude d'impact qui vous sera fournie, comme pour un projet de loi normal, en associant les parlementaires à la réflexion et en revenant devant les commissions pour présenter les ordonnances avant qu'elles ne soient examinées dans le cadre de leur ratification, c'est-à-dire avant le dépôt d'un projet de loi. Je prends l'engagement formel de vous associer à la co-construction, mais je pense qu'il est nécessaire, pour le bien-être de nos concitoyens, d'avancer rapidement dans la transformation de notre système de santé.

M. Jean-Pierre Door. Madame la ministre, les députés qui sont aussi médecins passeront-ils également, au terme de leur mandat, par une recertification ?

M. Olivier Véran. Ce serait bien !

M. Jean-Pierre Door. Pour être plus sérieux, je voudrais rappeler que l'Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC) – certains d'entre nous ont participé à sa construction – travaille très bien. Des formations annuelles sont ainsi régulièrement détaillées sur le site Ameli de la Sécurité sociale et sur celui de la formation médicale.

On va passer par voie d'ordonnance mais il y a un petit flou, et donc un petit loup qui se cache ? Y aura-t-il des sanctions si la recertification n'est pas effectuée par certains médecins ? La question se pose, et elle doit se poser, madame la ministre.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Je voudrais juste répondre à la boutade de M. Door. Pour nous, qui sommes de vieux médecins, cela ne se fait que sur la base du volontariat, mais notre éthique pourrait, peut-être, nous pousser à agir en ce sens. Il me semble que c'est dans l'esprit de notre projet.

Je tiens aussi à pointer la gravité du fait de demander la suppression d'un article qui a fait consensus auprès des professionnels. Ce point est en effet à saluer s'agissant d'une démarche d'exigence, d'engagement fort. Je regrette que cet élément, qui me paraît premier au sujet de cet article, n'ait pas été suffisamment pris en considération.

M. Gaël Le Bohec, rapporteur pour avis. Il y a eu globalement un consensus fort dans l'ensemble des auditions – pas seulement du côté des professionnels de santé, mais aussi de tous les gens que nous avons entendus. Je

pense en particulier aux collectivités locales, qui voient cet article 3 d'un œil très bienveillant. Elles ont aussi « remonté » votre absence lors des auditions.

M. Jean-Carles Grelier. Un constitutionnaliste ne s'y retrouvera pas. Des députés nous expliquent en effet que, quand il y a un consensus à l'occasion des auditions, on peut soustraire les débats à l'examen du Parlement, ce qui est pour le moins surprenant. J'invite notre collègue Tamarelle-Verhaeghe à se recertifier rapidement et à reprendre son métier de médecin si elle estime que la représentation nationale ne sert à rien à chaque fois qu'il y a un consensus.

J'entends la volonté de la ministre d'aplanir les choses, et je lui en suis reconnaissant. Cela étant, si l'on doit suivre une procédure par ordonnance qui n'est finalement qu'un parallèle de la procédure législative, pourquoi ne pas simplement laisser le Parlement faire son travail ?

La commission rejette ces amendements.

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS1488 de la rapporteure.

La commission est ensuite saisie, en présentation commune, des amendements AS672 de M. Cyrille Isaac-Sibille, AS1199 de M. Adrien Quatennens, AS674 de M. Cyrille Isaac-Sibille, AS1219 de Mme Anne Genetet, AS1459 de M. Gaël Le Bohec, AS47 de Mme Marine Brenier, AS1168 de M. Pierre Dharréville, AS1197 de Mme Caroline Fiat, AS642 de M. Philippe Berta, AS1220, AS1483 et AS1484 de Mme Anne Genetet.

Mme Brigitte Bourguignon. Tous ces amendements concernent le contenu et la périodicité de la certification, et ils ne sont pas incompatibles entre eux. Ils feront successivement l'objet d'un vote.

M. Cyrille Isaac-Sibille. La médecine fait constamment des progrès. Les médecins doivent régulièrement se mettre à jour en ce qui concerne leurs connaissances et leurs pratiques. La certification est évidemment nécessaire et bien accueillie par les médecins, mais elle doit s'accompagner d'une valorisation professionnelle. Afin de reconnaître le travail réalisé, l'amendement AS672 vise à ajouter après le mot « certification » ce qui suit : « *et de valorisation périodique du parcours professionnel des médecins* ».

Par ailleurs, l'amendement AS674 tend à préciser que la certification a lieu au moins tous les six ans, ce qui correspond à deux périodes triennales de développement professionnel continu (DPC).

Mme Anne Genetet. Je me réjouis que ce projet de loi parle de la recertification des médecins, et donc de leur niveau de compétence. Néanmoins, la notion de maintien des compétences me gêne un peu en tant que médecin. Pour quelqu'un dont le niveau n'est pas bon, un simple maintien ne me paraît pas suffisant. C'est pourquoi l'amendement AS1219 évoque plutôt une « *actualisation des compétences et un niveau de connaissances suffisant.* »

M. Gaël Le Bohec, rapporteur pour avis. L'amendement AS1459 vise à préciser les objectifs de la certification prévue par le projet de loi et par conséquent le niveau attendu des qualifications des médecins.

Si l'objectif de cette certification est de valider périodiquement les compétences et le niveau de connaissances, il importe d'englober aussi la qualité des pratiques professionnelles. Celles-ci sont amenées à évoluer du fait de la volonté, qui anime ce projet de loi, de développer l'interdisciplinarité, notamment au cours de la formation initiale des médecins.

L'évolution des connaissances et des techniques en médecine – qui deviennent parfois obsolètes après quelques années – ainsi que l'objectif, inscrit dans la loi, de favoriser l'interdisciplinarité ont pour conséquence directe une évolution des pratiques professionnelles. Il semble donc nécessaire de réévaluer périodiquement ces dernières, qui sont en constante évolution.

Mme Marine Brenier. Puisque la Haute autorité de santé (HAS) est déjà compétente en matière de certification, l'amendement AS47 vise à lui confier aussi la procédure de recertification.

M. Alain Bruneel. L'amendement AS1168 vise à préciser le cadre de l'habilitation donnée par l'article 3 et les finalités recherchées à travers la procédure de certification des médecins. Outre le maintien des compétences, celle-ci doit d'inscrire dans une double perspective : assurer la qualité de notre système de soins et favoriser l'accompagnement global des patients.

M. Jean-Hugues Ratenon. Outre les scandales liés aux dispositifs médicaux, la France connaît depuis plusieurs décennies des affaires de prescription abusive et peu scrupuleuse de médicaments. Chaque rapport remis sur cette question depuis vingt ans fait le même constat : les médecins français ne sont pas assez sensibilisés à la pharmacovigilance. C'est notamment la conclusion d'un rapport publié par le ministère de la santé en 2013 et notamment rédigé par des pharmacologues.

L'article 3 du projet de loi entend maintenir un haut niveau de compétences tout au long de la carrière professionnelle. Il nous semble qu'inclure la pharmacovigilance serait une opportunité pour rattraper le retard français en la matière et pour pallier les carences pointées dans le domaine de la formation initiale. Tel est l'objet de l'amendement AS1197.

M. Philippe Berta. L'amendement AS642 a pour objet d'intégrer les universités et les organismes de recherche dans la procédure de certification des professionnels de santé en ce qui concerne le niveau des connaissances, afin de garantir que celui-ci intègre les dernières innovations des sciences de la santé – elles connaissent un rythme d'innovation très rapide. Je pense notamment à la e-santé, aux nouvelles stratégies de diagnostic, à l'intelligence artificielle et aux biothérapies.

Mme Anne Genetet. Je vais défendre en même temps les amendements AS1220, AS1483 et AS1484 si vous en êtes d'accord. C'est une excellente chose de parler de la recertification des médecins, mais je voudrais mettre l'accent sur une situation particulière. Quand on interrompt l'exercice de la médecine en raison d'une longue maladie, d'un départ à l'étranger ou d'un poste occupé dans l'industrie pharmaceutique, pour ne citer que trois exemples tout à fait courants, on n'a pas de pratique clinique pendant une longue période et on n'a pas accès, pendant ce temps, aux dispositifs prévus pour la formation continue des médecins – c'est extrêmement compliqué à obtenir, et j'en suis le témoin car je l'ai vécu moi-même.

Quand on veut reprendre une pratique clinique par la suite, la recertification n'est pas bien cadrée : elle est laissée à l'appréciation des conseils départementaux de l'Ordre, ce qui peut poser des problèmes car ce n'est pas nécessairement transparent. Je rejoins ce qui vient d'être dit : il me semble qu'un peu d'universitaire ne serait pas mal dans ce domaine. Des pays étrangers, notamment anglo-saxons, imposent une obligation de recertification cadrée par l'université après trois ans d'interruption totale d'exercice clinique. Je vous propose de pallier ce manque en France et de répondre à la problématique de la recertification des médecins qui ont interrompu leur exercice pendant une période à définir, mais au moins supérieure à trois ans.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. J'émet un avis défavorable à l'amendement AS672 car il est satisfait. L'alinéa 2 de l'article 3 évoque des « *échéances régulières* » : il n'est donc pas nécessaire d'introduire le terme : « *périodique* ».

Je suis également défavorable aux amendements AS1199, AS674 et AS1219 car ils visent à définir la méthode. Je rappelle ce qui ressort de l'audition du Pr Uzan : les principes généraux sont fixés et les professionnels doivent aussi s'emparer de la méthode, notamment dans le cadre des collèges de professions.

Il y a un problème rédactionnel en ce qui concerne l'amendement AS1459, auquel je suis donc défavorable.

Quant à l'amendement AS47, je rappelle que l'accréditation est une épreuve collective alors que la recertification sera un outil personnel, individualisé pour un professionnel tout au long de sa vie afin de maintenir les compétences. On ne peut pas faire de comparaison avec l'accréditation. Je suis donc défavorable à cet amendement.

J'émet le même avis à propos de l'amendement AS1168 : il me semble satisfait, car il s'inscrit vraiment dans la philosophie du rapport du Pr Uzan.

Je suis également défavorable à l'amendement AS1197 car il faut laisser les professionnels s'emparer de la méthodologie à suivre pour le maintien des compétences tout au long de la vie, je le répète.

Même position en ce qui concerne l'amendement AS642 : il s'agit, là encore, de la méthode.

S'agissant de l'amendement AS1220, il ne me semble pas utile d'apporter la précision qui nous est proposée car elle figure déjà dans les objectifs.

Les amendements AS1483 et AS1484 concernent aussi la méthode. Je crois qu'il faut laisser les professionnels s'emparer de ce sujet. Par conséquent, avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. Faute de grives, on mange des merles. Nous sommes face à un projet de loi qui propose de travailler par ordonnance. Comme nous avons du mal à percevoir les contours réels de ce qui sera décidé dans ce cadre, nous cherchons à préciser nous-mêmes ce contour. La discussion parlementaire doit permettre de donner des indications et des orientations un peu plus précises que ce qui nous est proposé. Tel est le sens de notre amendement.

La commission rejette successivement les amendements.

Puis elle examine l'amendement AS675 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Le rapport du Pr Uzan fait quasiment l'unanimité. Il y a un vrai consensus. Je comprends, madame la ministre, que certaines choses ne sont pas encore prêtes et qu'il faut y travailler – ce sera fait volontiers. L'amendement AS675 et le suivant, AS676, permettront de préciser la situation.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. J'émet un avis défavorable. Le rapport du Pr Uzan propose que les médecins jeunes participent à la recertification, et que ceux déjà installés le fassent, en gros, sur la base du volontariat. Alors que les discussions commencent, il ne semble pas opportun de prévoir une date, comme le demande votre amendement.

La commission rejette l'amendement.

Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la commission rejette ensuite l'amendement AS676.

Puis elle examine l'amendement AS1461 de M. Gaël Le Bohec.

M. Gaël Le Bohec, rapporteur pour avis. L'amendement AS1461 vise à affirmer dans la loi le rôle que les universités peuvent jouer dans le processus de certification. Cela permettra de faire évoluer les programmes pédagogiques de façon réactive et agile, en lien avec les pratiques professionnelles. Par ailleurs, le processus de certification doit être considéré comme le prolongement logique de la formation initiale, d'autant que les connaissances, les pratiques professionnelles et les compétences induites durant l'exercice de la profession de médecin sont en constante évolution.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Il ne me semble pas opportun de préciser ici la méthodologie.

M. Gaël Le Bohec, rapporteur pour avis. Il ne s'agit pas de la méthodologie. L'idée est de préciser que les universités font partie des organismes concernés.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS48 de Mme Marine Brenier.

Mme Marine Brenier. La ministre a évoqué l'organisation d'une grande concertation. Le but de l'amendement AS48 est de s'assurer qu'il y aura une réelle concertation avec l'ensemble des acteurs, des ordres et des représentants syndicaux.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Cet amendement revêt un caractère d'injonction. Or il n'appartient pas au législateur d'imposer au pouvoir exécutif des obligations qui ne relèvent pas de sa compétence. J'émetts donc un avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine les amendements identiques AS285 de M. Vincent Rolland et AS746 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Vincent Rolland. Nous examinons en procédure accélérée un texte qui vise à transformer le système de santé actuel, ce qui est une bonne chose. L'amendement AS285 ramènera les délais de publication de l'ordonnance de 12 à 6 mois. Il faut peut-être suivre, là aussi, une procédure accélérée.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Le groupe MODEM a déposé l'amendement AS746 qui vise également à réduire le délai d'habilitation à 6 mois. Comme on le disait, tout le monde est prêt, même s'il y a sans doute un peu de travail à faire. Toute la question est de savoir si le Gouvernement suivra le consensus qui a été établi. La soupe est servie et il faut la boire. On n'a peut-être pas besoin de 12 mois pour le faire.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Il a fallu de nombreuses années pour que tous les professionnels soient engagés. Je ne suis pas sûre que l'on doive confondre vitesse et précipitation. Sur ce sujet qui est majeur et qui devra entraîner l'ensemble des étudiants qui arrivent en faveur de la qualité de la prise en charge des patients, il ne me paraît pas nécessaire de se précipiter dans le cadre des concertations. J'émetts donc un avis défavorable.

La commission rejette ces amendements.

Puis elle en vient à l'amendement ASI025 de M. Francis Vercamer.

M. Paul Christophe. Dans une société en constante évolution, marquée par de nouvelles technologies et par les progrès de la recherche, il nous paraît primordial que l'obligation de recertification soit suivie d'effets. L'amendement ASI025 vise ainsi à renforcer l'obligation de formation continue des médecins.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Il s'agit, là encore, des modalités, qui restent à discuter. Par conséquent, avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS699 de Mme Marie-Pierre Rixain.

Mme Claire Pitollat. Cet amendement est notamment issu des recommandations du rapport sur le viol qui a été remis par la délégation aux droits des femmes. Nous avons constaté lors des auditions une carence dans la détection des violences sexuelles par les médecins et les autres professionnels de santé. Le Dr Gilles Lazimi, médecin généraliste et membre du Haut conseil à l'égalité, a rappelé qu'un certain nombre de professionnels ne sont pas formés à la prise en charge des victimes de violences sexuelles, ni aux liens entre certaines pathologies et les conséquences post-traumatiques des violences subies dans le passé. Les études qui ont été menées montrent que l'absence de prise en charge adaptée a des conséquences sur la santé des patientes. La détection des violences sexuelles par les professionnels de santé est un réel enjeu. Ils doivent y être formés.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Je ne peux pas m'engager, à la place du Gouvernement, à la remise du rapport que vous demandez. Il concernerait la formation aux enjeux liés aux droits sexuels et reproductifs ainsi qu'à l'accueil et à la prise en charge des victimes de violences sexuelles.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Peut-être faut-il rappeler qu'il fait partie des missions de l'ANDPC de s'assurer que la formation continue des médecins aboutit à une amélioration des pratiques. Ce n'est pas au Gouvernement de vous remettre un rapport, mais à l'Agence. J'émet donc un avis défavorable à l'amendement. L'évaluation des pratiques professionnelles à la suite d'une formation continue est déjà prévue par la loi.

M. Jean-Pierre Door. Madame la ministre, y aura-t-il des sanctions si les nouveaux médecins n'acceptent pas la recertification ? Le Pr Uzan est resté très vague – en tout cas il ne l'a pas dit.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Je ne souhaite pas m'engager dans le dur aujourd'hui sur ce qui figurera dans l'ordonnance. Les concertations vont débiter avec les professionnels. C'est leur objet.

M. Jean-Pierre Door. Mais qu'en pensez-vous dans votre for intérieur ?

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Il peut y avoir des sanctions ou une obligation d'affichage, consistant par exemple à rendre public le fait que l'on est certifié sur internet. Ce n'est pas une sanction à proprement parler. Je pense que toutes les pistes vont réellement être explorées, et je ne peux pas m'engager aujourd'hui.

J'ai entendu le souhait de plusieurs parlementaires que la recertification soit élargie à d'autres professionnels de santé. Je vous propose d'arriver en séance avec un amendement gouvernemental élargissant le champ de l'ordonnance de façon à travailler progressivement avec d'autres professions qui pourraient également s'engager dans une recertification.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. L'amendement est-il maintenu ?

Mme Claire Pitollat. Je suis un peu ennuyée, madame la ministre. Des rapports montrent que les formations des professionnels ne sont pas effectuées. Pensez-vous que cet amendement pourrait être envisageable, en vue de la séance publique, s'il était rédigé différemment pour demander un état des lieux à l'ANDCP ?

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Je réfléchis tout en vous écoutant. Le Gouvernement pourrait donner une instruction aux différents établissements de santé publique, notamment, visant à favoriser la formation continue dans le cadre de ces modules. Nous pouvons identifier dans notre instruction annuelle un problème sur lequel nous souhaitons un engagement en matière de formation, par exemple des infirmiers ou d'autres professionnels. Je vous propose de l'inscrire dans les priorités de formation pour l'année prochaine. Ce serait probablement plus efficace qu'un rapport au Parlement.

Mme Claire Pitollat. Merci, madame la ministre. Je vais donc retirer l'amendement.

L'amendement AS699 est retiré.

La commission adopte ensuite l'article 3 modifié.

2. Réunion du mardi 12 mars 2019 à 21 heures 30 (après l'article 3 à après l'article 6)

La commission des affaires sociales poursuit l'examen des articles du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé (n° 1681) (Mme Stéphanie Rist, rapporteure sur le titre I^{er} du projet de loi, M. Thomas Mesnier, rapporteur général et rapporteur sur les autres dispositions).

http://videos.assemblee-nationale.fr/video.7368645_5c8814cc571ad.commission-des-affaires-sociales--transformation-du-systeme-de-sante-suite-apres-l-art-3-a-apre-12-mars-2019

Après l'article 3

La commission se saisit des amendements identiques AS269 de M. Alain Ramadier, AS496 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS566 de M. Thibault Bazin, AS793 de M. Brahim Hammouche, AS939 de M. Joël Aviragnet et AS1393 de Mme Emmanuelle Fontaine-Domeizel.

M. Paul Christophe. L'amendement AS496 vise à rendre opérationnel l'article L. 1110-1-1 du code de la santé publique relatif à la formation des professionnels de santé et du secteur médico-social au handicap.

M. Thibault Bazin. L'amendement AS566 est un amendement d'appel, pour souligner le rôle des aidants, potentiellement très lourd à assumer, qui peut même entraîner des problèmes de santé. L'organisation de notre système de soin doit vraiment, au-delà des paroles, prendre cette dimension en compte dans les actes.

M. Brahim Hammouche. La France compte actuellement plus de huit millions d'aidants, souvent familiaux, très sollicités quotidiennement. Il importe donc que les professionnels de santé et les professionnels du secteur médico-social soient parfaitement sensibilisés aux signes de fragilité physique et psychique de ces aidants, pour mieux appréhender leur situation et leurs besoins. Ils doivent également être en mesure de reconnaître l'expertise des aidants afin de mieux dialoguer et d'agir en partenariat avec eux pour le bien-être de la personne en situation de handicap.

Mme Gisèle Biémouret. L'amendement AS939 vise à rendre opérationnelles les dispositions relatives à la formation des soignants au handicap et à intégrer à celle-ci les questions relatives à la santé des aidants.

Mme Emmanuelle Fontaine-Domeizel. L'amendement AS1393 vise à inclure dans la formation des professionnels de santé une sensibilisation au rôle des aidants et aux conséquences, tant physiques que psychiques, de ce rôle sur leur vie.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Les aidants jouent effectivement un rôle important, chers collègues, et nous aurons l'occasion d'en parler bien plus lorsque nous examinerons le projet de loi sur la dépendance et l'autonomie. Il n'appartient cependant pas au législateur d'arrêter le contenu des formations. Je suis donc défavorable à ces amendements identiques.

La commission rejette les amendements.

Elle se saisit ensuite des amendements identiques AS31 de M. Vincent Rolland, AS317 de Mme Josiane Corneloup et AS944 de M. Joël Aviragnet.

M. Vincent Rolland. L'amendement AS31 vise à inscrire dans la loi la formation des professionnels de santé et des professionnels médico-sociaux aux

dispositifs de couverture santé et aux spécificités de la prise en charge des personnes en situation de précarité et des personnes en situation d'addiction.

Mme Josiane Corneloup. L'amendement AS317 vise à inscrire dans la loi la formation des professionnels de santé et des professionnels médico-sociaux aux dispositifs de couverture santé et aux spécificités de la prise en charge des personnes en situation de précarité et des personnes en situation d'addiction.

Mme Gisèle Biémouret. L'amendement AS944 vise à inscrire dans la loi la formation des professionnels de santé et des professionnels médico-sociaux aux dispositifs de couverture santé et aux spécificités de la prise en charge des personnes en situation de précarité et des personnes en situation d'addiction.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Il appartient au législateur d'arrêter les principes fondamentaux, non le contenu des formations. Je suis donc défavorable à ces amendements.

La commission rejette les amendements.

Puis elle examine les amendements identiques AS1379 de Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe et AS1408 de M. Olivier Véran.

M. Olivier Véran. Il s'agit de tenir compte de l'évolution des métiers induite par la révolution du numérique et les nouvelles technologies de l'information et de la communication, qui obligent les pouvoirs publics à revoir les programmes de formation assez régulièrement à leur aune. Nous ne sommes évidemment pas au stade de la médecine algorithmique, mais les nouvelles technologies – imagerie, numérique... – transforment profondément la médecine, il faut pouvoir en tenir compte le plus tôt possible, lors de la formation initiale, et dans le cadre de la formation continue des médecins. Cela relève de la définition de la politique de santé de la nation.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Je suis très favorable à ces amendements. C'est tout le sens de la transformation des études à laquelle nous procédons par ce texte, avec la diversification des parcours qui permettra aussi une meilleure adaptabilité aux évolutions.

La commission adopte les amendements.

Elle en vient à l'amendement AS1460 de Mme Catherine Fabre.

Mme Catherine Fabre. Il s'agit de mettre fin à une situation contre-productive. Beaucoup de jeunes passent le baccalauréat professionnel accompagnement, soins et services à la personne (ASSP) pour devenir aides-soignants et ont ensuite à faire une formation comprenant plusieurs modules, mais le métier d'aide-soignant est reconnu à un niveau inférieur à celui du baccalauréat. Aussi le nombre de candidats au diplôme d'aide-soignant a-t-il diminué de 35 % entre 2014 et aujourd'hui. Il s'agit donc de faire en sorte que les diplômés d'aides-soignants aient une qualification du même niveau que le baccalauréat.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Je suis tout à fait d'accord : la valorisation de la profession est un enjeu. Cependant, je suis plutôt défavorable à cet amendement ainsi rédigé. Il faut en rediscuter.

Mme Catherine Fabre. On m'a fait remarquer que cet amendement pouvait exclure d'autres personnes qui n'ont pas le baccalauréat. Il faut donc effectivement en rediscuter, mais il importe de réfléchir à la revalorisation de la profession d'aide-soignant.

L'amendement est retiré.

La commission se saisit de l'amendement AS9 de M. Matthieu Orphelin.

M. Matthieu Orphelin. L'amendement AS1408 que nous venons d'adopter faisait référence aux évolutions technologiques. Cette fois, il s'agit de prendre en compte dans les programmes des formations initiale et continue des professionnels de santé les liens entre santé et environnement. L'amendement n'entend évidemment pas détailler le contenu de ces programmes ; il fixe les grands principes de ces évolutions.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Ce sont tout de même des questions relevant plus des arrêtés et des maquettes des formations que de la loi. Ce n'était pas le cas avec l'amendement AS1408. Je suis donc défavorable à celui-ci, qui tend à préciser le contenu des formations.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Évidemment, monsieur le député, ces questions de santé-environnement nous mobilisent. Avec François de Rugy, nous avons annoncé le lancement des travaux sur le prochain plan national santé-environnement (PNSE), que nous intitulerons « *Mon environnement, ma santé* ». Je ne suis cependant pas favorable à l'inscription de tous les contenus auxquels nous pensons dans la loi. Depuis le début de l'examen de ce projet de loi, vos amendements, mesdames et messieurs les députés, soulèvent, nous le voyons bien, un certain nombre de sujets extrêmement sensibles et extrêmement importants, et nous risquons d'aboutir à une liste non exhaustive. Nous préférierions que les contenus soient fixés par les décrets ou les arrêtés, certainement pas au niveau de la loi. Sinon, c'est sans fin.

M. Matthieu Orphelin. Ce sont des thématiques majeures et beaucoup de formations de professionnels de santé n'abordent tout simplement pas de nombreuses questions de santé environnementale. Je proposerai, par un amendement de repli – vraiment de repli – qu'un rapport nous permette de faire le point et de tracer ensemble les perspectives d'évolution de la prise en compte de ces enjeux. Il me paraît fondamental que les mots « santé-environnement » figurent dans cette loi, si importante.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS1077 de Mme Martine Wonner.

Mme Catherine Fabre. Cet amendement fait suite à la mission flash sur le financement de la psychiatrie menée au mois de janvier dernier. Il propose que la délivrance du diplôme d'État d'infirmiers du secteur psychiatrique aux étudiants en formation soit subordonnée au suivi d'un enseignement de spécialité psychiatrique, dont le contenu sera renforcé et partagé entre apprentissage théorique et apprentissage pratique.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Je vous rejoins, chère collègue, quant à la nécessité d'améliorer la formation des professionnels en psychiatrie mais, à l'heure où nous développons les infirmiers en pratique avancée en psychiatrie, il ne me semblerait pas logique d'aller dans le sens indiqué par votre amendement. Je vous invite donc à le retirer ; à défaut, j'y serai défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Compte tenu de l'évolution du diplôme d'infirmier, devenu transversal, cet amendement marquerait un retour en arrière. Nous lançons en septembre 2019 la formation pour les pratiques avancées d'infirmiers en psychiatrie. Dans deux ans, des infirmiers de pratique avancée auront un grade de master ; je pense que cela répond bien cette nécessité d'avoir une formation approfondie.

L'amendement est retiré.

La commission examine, en discussion commune, l'amendement AS867 de M. Jean-Pierre Door et les amendements identiques AS416 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS1329 de Mme Fadila Khattabi.

M. Jean-Pierre Door. Une conjonction de facteurs de tension fragilise l'accès des Français aux soins visuels ; chacun, ici, le sait. Le délai pour une consultation chez un ophtalmologiste peut atteindre six ou huit mois, voire un an. Pour répondre à des besoins croissants, une politique d'ensemble des soins visuels est nécessaire. Aujourd'hui, la filière compte trois professions : les ophtalmologistes, les orthoptistes et les opticiens-lunetiers. Ces derniers sont au nombre d'environ 35 000 en France, dont 2 000 titulaires d'une licence professionnelle sciences de la vision.

Il s'agirait de permettre aux opticiens de s'adapter aux évolutions sanitaires et technologiques pour une meilleure prise en charge des patients et d'obtenir un diplôme d'État de niveau licence dans le cadre du système européen LMD – licence, master, doctorat. Nous proposons une expérimentation pour renforcer la place des opticiens dans la filière visuelle.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. J'ajouterai simplement à ce qu'a très bien expliqué M. Door que l'obtention d'une licence permettrait d'inscrire ces professionnels dans le parcours de soins visuels. Par ailleurs, aux trois professions qu'il a énumérées, nous pouvons ajouter celle des optométristes.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Un vrai travail est entamé sur la filière visuelle. Une mission a d'ailleurs été lancée par le Gouvernement dans le cadre de la réforme « 100 % santé ». Je crois que cela pourrait répondre aux préoccupations des auteurs de ces amendements, auxquels je suis donc défavorable.

M. Jean-Pierre Door. Il est tout de même dommage de balayer ces amendements d'un revers de main en invoquant la mission engagée. Ce projet de loi vise à répondre à des urgences, et aux besoins exprimés par nos concitoyens, sinon par les patients eux-mêmes. Loin de présenter des inconvénients particulièrement graves, l'amélioration de la formation des opticiens-lunetiers irait plutôt dans le bon sens et serait de nature à améliorer l'accès aux soins visuels.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Vous avez raison, monsieur Door, il y a une urgence, mais, dans le cadre du « 100 % Santé », nous avons pris l'engagement de faire évoluer les métiers. Nous avons proposé à tous les professionnels de ces filières de travailler à une refonte des référentiels des métiers et des formations. Cela m'ennuierait donc que cela soit inscrit dans la loi alors que nous sommes en train d'y travailler dans le cadre du « 100 % santé » et qu'une mission vise actuellement à transformer les métiers d'opticien et d'orthoptiste. À l'heure où se tient cette concertation, je vous propose, monsieur le député, mesdames les députées, de retirer vos amendements.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Si l'amendement AS416 peut trouver sa réponse dans un texte de loi, je le retire.

L'amendement AS416 est retiré.

La commission rejette successivement les amendements AS867 et AS1329.

Puis elle se saisit des amendements identiques AS158 de M. Jean-Yves Bony, AS236 de M. Paul Christophe, AS841 de M. Jean-Pierre Door, AS1205 de Mme Mireille Robert et AS1436 de M. Bernard Perrut.

M. Thibault Bazin. L'amendement AS158 vise à traiter la problématique des stages effectués par les étudiants qui se destinent à la profession d'orthoptiste. Aujourd'hui, ils privilégient plutôt des stages en centre hospitalier universitaire (CHU), rémunérés au-delà de deux mois, au détriment de missions de rééducation et de réadaptation emblématiques de leur profession qui peuvent les amener à s'installer ensuite dans le secteur libéral. Il serait donc opportun de ramener les stages d'orthoptiste dans le droit commun pour que la même rémunération soit versée pour tous les stages d'une durée supérieure à deux mois consécutifs.

M. Paul Christophe. Les stagiaires en orthoptie sont finalement souvent cantonnés à l'assistance plutôt qu'ils n'apprennent vraiment comment remplir les missions de rééducation et de réadaptation emblématiques de leur profession. Je propose d'y remédier par l'amendement AS236.

M. Bernard Perrut. La mesure présentée par plusieurs de nos collègues et par moi-même, permettrait d'apporter une réponse adaptée à des besoins en pleine mutation et de garantir un avenir à l'exercice libéral de la profession d'orthoptiste. Davantage d'étudiants pourraient ainsi être intéressés par des stages en cabinet libéral et ensuite vouloir s'installer en tant qu'orthoptiste libéral, au cœur du suivi des patients, et contribuer activement à une amélioration de l'accès aux soins visuels sur l'ensemble du territoire. Nous savons quels sont les besoins, et cette disposition permettrait précisément l'installation d'orthoptistes pour répondre aux attentes.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Ces amendements semblent de bon sens. N'ayant pas tous les éléments, je m'en remets, chers collègues, à votre sagesse.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Malheureusement, même si je comprends tout à fait quel objectif légitime ils visent, je suis défavorable à ces amendements, pour deux raisons.

Tout d'abord, cette disposition aurait un effet pervers : les opticiens paieraient sur leurs propres revenus ces stagiaires, et le nombre d'offres de stage risquerait de s'en trouver réduit. L'effet serait contraire à celui escompté. Ensuite, nous instaurerions une gratification pour des auxiliaires médicaux, alors qu'aucune n'est prévue pour les étudiants paramédicaux. Cela me pose problème. Par souci d'équité, je propose le retrait de ces amendements.

La commission rejette les amendements.

Puis elle examine l'amendement AS603 de Mme Nathalie Sarles.

Mme Nathalie Sarles. Cet amendement vise à ouvrir la discussion sur l'actuelle pénurie de masseurs-kinésithérapeutes, particulièrement marquée dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux, ce qui pose un vrai problème pour tous les soins de rééducation. Je propose donc la création d'un statut d'aide-kinésithérapeute. L'aide-kinésithérapeute pourra réaliser certains actes de kinésithérapie sous le contrôle et la direction de masseurs-kinésithérapeutes diplômés. Un tel statut existe déjà dans de nombreux pays. La création de cette profession en France permettrait de renforcer la mobilisation des masseurs-kinésithérapeutes dans les établissements où la pénurie est particulièrement importante.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. L'idée est plutôt séduisante, mais, si nous envisageons l'éventuelle nécessité de créer un nouveau statut, il faut le faire dans le cadre de l'Union européenne. Or l'élaboration d'une cartographie des différentes professions de santé est en cours.

À ce stade, je suis donc plutôt défavorable à cet amendement.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Je vous propose de retirer cet amendement, madame la députée ; à défaut, j'y serai défavorable. En réalité, aujourd'hui, la profession de masseur-kinésithérapeute connaît une forte croissance et le territoire bénéficie d'une couverture assez homogène – je ne parle pas des établissements de santé, je parle du secteur libéral. Je ne suis pas donc pas sûre qu'une aide aux kinésithérapeutes améliorerait l'accès aux soins, puisque celui-ci n'est pas difficile.

Quant au recrutement de masseurs-kinésithérapeutes dans les établissements hospitaliers, nous travaillons à la revalorisation des filières de la rééducation au sein des hôpitaux. Un plan d'action vise, depuis 2016, à renforcer l'attractivité de ces métiers, et il sera encore enrichi.

L'amendement est retiré.

La commission examine l'amendement AS240 de M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. Je suis très heureux que Mme la ministre évoque un plan d'action pour les recrutements des kinésithérapeutes. Effectivement, l'hôpital rencontre de grandes difficultés en matière de soins de suite et de réadaptation (SSR).

Mon amendement vise à intégrer l'action des acteurs de l'éducation thérapeutique et les professionnels de la relation d'aide au sein des centres de santé. Les hypnotérapeutes proposent ainsi aux patients une thérapie brève favorisant une prise de conscience et un lâcher-prise qui soulagent durablement. L'intervention de ces professionnels, véritable action préventive, peut permettre d'éviter un recours direct et systématique à un traitement médicamenteux. La structuration des soins de proximité et la constitution d'un collectif de soins doivent pouvoir inclure des professionnels de la relation d'aide dans le cadre de schémas d'intervention définis par ordonnance ; c'est ce que nous proposons.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. La mise en place d'un centre de santé, comme de n'importe quelle structure d'offre de soins, répond au souci d'une prise en charge médicale qui fasse intervenir différents professionnels de santé, du médecin jusqu'à l'aide-soignant.

Les activités d'éducation thérapeutique ne sauraient se distinguer d'un métier relevant du champ médical dont elles pourraient constituer un complément d'activité. Il importe de ne pas confondre pratiques et praticiens, d'autant qu'il n'existe à ce jour aucune certification. L'hypnose peut ainsi constituer une pratique qui a toute sa place dans la prise en charge soignante – des études scientifiques fondées sur une démarche scientifique académique en ont par ailleurs reconnu l'utilité médicale pour certaines pathologies –, mais elle ne peut constituer un métier à part entière, justifiant l'intervention d'un professionnel dont les conditions d'exercice sont floues. La demande d'enregistrement de la certification hypnotérapeute au registre national de la certification

professionnelle a, je le rappelle, fait l'objet d'un refus au motif de la distinction entre l'hypnose dite « de mieux-être » et l'hypnose à visée médicale.

Je suis donc défavorable à cet amendement.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS241 de M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. Dans le prolongement de l'amendement AS240, je propose d'intégrer l'action des acteurs de l'éducation thérapeutique et des professionnels de la relation d'aide au sein, cette fois, des maisons de santé.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Avis défavorable, pour les mêmes raisons.

La commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS46 de Mme Marine Brenier.

Mme Marine Brenier. Tenant compte de l'adoption de l'article 3, je retire cet amendement.

L'amendement est retiré.

La commission se saisit de l'amendement AS55 de Mme Marine Brenier.

Mme Marine Brenier. Pour faire face aux déserts médicaux, notamment à la pénurie de spécialistes comme les gynécologues dans certains territoires, cet amendement a pour but de permettre aux sages-femmes, en particulier celles qui exercent déjà, de bénéficier de formations complémentaires pour leur permettre d'intervenir en premier recours.

Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS785 de M. Matthieu Orphelin.

M. Matthieu Orphelin. Voici l'amendement de repli dont je parlais tout à l'heure. Il s'agit d'obtenir un rapport sur l'état des lieux et les perspectives d'évolution de la prise en compte des problématiques de santé-environnement dans les formations initiale et continue des professionnels de santé.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Il est toujours un peu délicat de donner un avis sur un amendement visant à obtenir un rapport. Cependant, les liens entre santé et environnement sont bien étudiés dans le cadre des modules de la formation initiale.

Un arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation pour le troisième cycle prévoit une phase socle dont

l'un des objectifs est d'« *intégrer le concept d'exposome et les facteurs environnementaux pouvant avoir un impact sur la santé* ». Par ailleurs, chacune des maquettes de spécialité prévoit des enseignements particuliers portant sur les pathologies environnementales.

Je ne suis donc pas favorable à cet amendement.

M. Matthieu Orphelin. Je le retire, mais je le redis très simplement : beaucoup de médecins en formation disent que rien ou presque ne leur est dit de la santé-environnement dans le cadre de leur formation. On peut s'en satisfaire, mais, en 2019, dans le cadre d'une grande loi sur la santé, cela me paraît très inquiétant – et j'y reviendrai en séance.

L'amendement est retiré.

La commission en vient à l'amendement AS873 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Je propose que le Gouvernement remette au Parlement un rapport qui vise à définir les conditions optimales de déploiement du dispositif appelé le « Pro A » pour les professionnels de santé paramédicaux, prévu par la loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel. Son champ était limité aux salariés d'un niveau inférieur à celui de la licence. Nous souhaiterions que les professionnels de santé paramédicaux puissent également en bénéficier.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Je suis défavorable à cet amendement. Cette question concerne la formation professionnelle et le droit du travail plutôt que l'organisation du système de santé.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Je suis d'accord, madame la rapporteure. En outre, la réforme est d'application très récente ; un rapport à la fin de cette année 2019 ne nous permettrait de tirer aucun enseignement de sa mise en œuvre. Le Gouvernement est donc défavorable à cet amendement.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle se saisit de l'amendement AS516 de M. Yves Daniel.

M. Yves Daniel. Cet amendement a pour objet de former les pharmaciens à l'aide médicale d'urgence. Cela permettrait d'améliorer la prise en charge des urgences en France, en renforçant le tissu de soignants de proximité. Les pharmaciens font partie des professionnels ressources compétents en situation d'urgence.

Deux régions seraient désignées par décret pour une expérimentation. Le décret préciserait aussi le champ et les modalités de cette expérimentation, qui pourrait commencer le 1^{er} janvier prochain et durer trois ans.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Vous proposez une sérieuse dérogation puisqu'il s'agit d'insérer le réseau des pharmacies d'officine dans l'aide médicale urgente, laquelle a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état.

Par ailleurs, seuls les établissements de santé peuvent être autorisés à comporter une ou plusieurs unités participant au service d'aide médicale urgente (SAMU).

Enfin, selon l'ordonnance du 15 décembre 2016, dont la ratification est l'objet de l'article 23, seules les pharmacies à usage intérieur des établissements publics de santé exercent les missions d'approvisionnement et de vente en cas d'urgence ou de nécessité.

Je suis donc défavorable à votre amendement, cher collègue.

M. Yves Daniel. J'ai un peu de mal à comprendre. Compte tenu des difficultés que nous rencontrons, en particulier en milieu rural, nous aurions besoin de cette offre complémentaire, qui pourrait être proposée par les officines et par les pharmaciens, bien sûr à la suite de formations adaptées et dans le respect d'une réglementation et d'une organisation très précises. Ce pourrait être une réponse à nos difficultés, et je ne comprends pas pourquoi nous n'avancions pas plus vite en cette matière.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Pour aller dans le sens de la rapporteure, rappelons que les services d'aide médicale urgente maillent parfaitement le territoire. Chaque Français est à moins de trente minutes d'un SAMU. Concernant l'accès aux soins pour les pathologies du quotidien, je vous renvoie à l'amendement que je défendrai avec plusieurs groupes après l'article 7.

M. Yves Daniel. Si c'est sans doute vrai dans beaucoup de régions, ce sont le plus souvent les pompiers qui viennent combler le déficit d'aide médicale urgente. Il faut être cohérent et gagner en efficacité. Certains petits accidents ne nécessitent que l'intervention d'un pharmacien. Je ne comprends donc pas votre avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. La formation aux gestes et soins d'urgence a été introduite en 2006. S'adressant aux personnels des établissements de santé, selon différents niveaux, elle est devenue obligatoire pour les professions de santé et est intégrée dans les formations initiales médicales et paramédicales. Les pharmaciens reçoivent une formation de niveau 2, d'une durée totale de vingt et une heures, dont une moitié est consacrée aux urgences vitales et l'autre aux urgences potentielles et aux risques collectifs. Ils bénéficient donc de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence (AFGSU). Le dispositif existant déjà et étant opérationnel, votre amendement nous semble satisfait.

M. Alain Bruneel. Les urgences sont saturées et manquent de personnel. La véritable question n'est pas tant celle des pharmaciens que du manque de personnel aux urgences. Il faut définir le nombre d'urgentistes et de personnels, ainsi que la quantité de matériel dont nous avons besoin. La situation actuelle est dramatique ! Ce n'est pas normal de laisser des malades sur les brancards, parce qu'on n'a pas le temps de les soigner et qu'on ne cesse de courir d'une urgence à une plus grande urgence !

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement ASI418 de Mme Annie Chapelier.

Mme Annie Chapelier. L'amendement vise à préciser qu'un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'aménagement d'une formation épistémologique comprenant des simulations interprofessionnelles en santé à destination de toutes les professions de santé, visant une meilleure connaissance mutuelle sur les parcours, les compétences et les actes de chaque professionnel. De nouvelles professions sont apparues dans le paysage sanitaire, comme celle d'infirmier de pratique avancée. Le décret permettrait de répondre à la défiance suscitée par leur apparition.

Il ne faut pas mésestimer les difficultés existant pour imposer ces nouvelles professions. Tous les atouts doivent être mis de notre côté pour garantir le succès de leur installation. Dans les pays où le statut d'infirmier de pratique avancée existe, on constate qu'on a peu recours à ces professionnels, du fait d'une méconnaissance de leur champ de compétences. Lors des auditions, les représentants nationaux et régionaux des étudiants en médecine, ainsi que les syndicats infirmiers ont évoqué la difficulté que posait la méconnaissance des champs d'exercice et des domaines de compétences des autres professions. Le décret permettrait de faciliter le travail interprofessionnel.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Comme vous, je suis convaincue de l'intérêt pédagogique des simulations. Mais soit le sujet concerne l'organisation des études et relève d'un arrêté, soit il concerne la formation continue, le développement professionnel continu (DPC) ou la certification. Or nous avons choisi de laisser aux professionnels le choix des modalités de leur formation continue. Avis défavorable, même si l'intérêt de la simulation n'est plus à prouver.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Afin de favoriser la culture interprofessionnelle que Mme Chapelier appelle de ses vœux, des troncs communs ont été prévus dans la formation.

Mme Annie Chapelier. Sachant que le sujet relevait du réglementaire, il s'agissait plutôt d'un amendement d'appel auquel vous avez répondu.

L'amendement est retiré.

CHAPITRE II

Faciliter les débuts de carrière et répondre aux enjeux des territoires

Avant l'article 4

La commission adopte l'amendement rédactionnel AS1539 de la rapporteure.

Puis elle en vient à l'amendement AS473 de M. Vincent Rolland.

M. Vincent Rolland. Mon amendement vise à inclure les collectivités locales dans la concertation préalable à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins. Les élus ayant souvent une fine connaissance du territoire, ainsi que des besoins de leurs concitoyens, il me semble utile de les impliquer dans la réflexion.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. L'évaluation des zones sous-denses se fonde sur les données fournies par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), sur la base d'indicateurs statistiques. Qui plus est, la liste des postes destinés aux contrats d'engagement de service public est élaborée en collaboration avec les agences régionales de santé (ARS) et les conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA). Avis défavorable.

M. Vincent Rolland. La densité de population est-elle bien prise en compte ? Les chiffres concernant la présence médicale sont importants, mais ceux relatifs à la densité de population le sont encore plus. Dans certains territoires, les habitations sont très éparpillées.

M. Philippe Vigier. Je n'ai pas du tout été convaincu par les arguments de la rapporteure ! Les statistiques de la DREES sont souvent vieilles de deux ou trois années et ne permettent pas de rendre compte de la réalité de notre territoire. Vous ne pouvez pas prétendre placer les élus locaux au cœur du contrat local de santé et refuser de tenir compte de leur avis sur la densité des différents professionnels de santé !

M. Olivier Véran. Les observatoires régionaux de santé (ORS), dont la création remonte aux années 2000, n'ont pas cessé d'affiner leur méthodologie de travail. Dans un premier temps, on a considéré les densités régionale et départementale, avant de se rendre compte que cela ne voulait strictement rien dire et d'étudier la question par bassins de vie, au nombre de 2 400 environ. Les indicateurs sont très précis, notamment pour mesurer l'accès aux services publics et privés dans un bassin de vie donné, en tenant compte de la densité de population, de la distance, de la fréquence et de la richesse en services.

Pour établir une détermination très fine et prospective à deux, trois, cinq ou dix ans de l'offre médicale disponible, il faut prendre le téléphone et appeler chaque médecin pour lui demander s'il exerce à temps partiel ou complet ; s'il est spécialisé ou généraliste ; si ses patients sont nombreux et s'il doit en refuser

certains qui cherchent un médecin traitant ; s'il compte continuer de travailler dans cinq ou dix ans ; s'il a un médecin remplaçant. Les organismes opèrent de plus en plus finement et font remonter des données aux ARS. Un tel travail ne peut être fait tous les ans, mais il est mené en continu.

M. Philippe Vigier. Vous nous décrivez un monde idéal ! Vous vendez du rêve ! Mais si je prends l'exemple de la région Centre-Val-de-Loire que connaît bien la rapporteure, où une analyse a été menée bassin d'emploi par bassin d'emploi, sachez que cette analyse est fautive de 20 % à 30 %, voire de 50 % à certains endroits ! Vos éléments d'analyse ne sont pas fiables. D'un côté, vous invitez les élus locaux à intervenir dans le grand débat ; de l'autre, vous vous privez de leur avis.

M. Thibault Bazin. Les élus locaux ont une connaissance assez fine des évolutions de leur tissu local, dans la mesure où ils connaissent souvent les professionnels sur place et rencontrent ceux qui vont s'installer. Ce serait une force pour les ARS ou les ORS de s'appuyer sur les connaissances des élus locaux, qui sont quasiment bénévoles.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Mais ils le font déjà !

M. Thibault Bazin. Cela ne coûterait rien et aiderait à atteindre votre objectif.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Les territoires, dans leur très grande majorité, souffrent de tensions, en matière de démographie médicale, et de difficultés. Pour répondre à leurs besoins et essayer d'attirer des médecins à peu près partout, nous avons essayé de définir des critères objectifs de zonage permettant de focaliser les aides. Le nouveau zonage nous a ainsi permis de passer d'une couverture par des aides spécifiques de 7 % à 18 % de la population. La méthodologie actuelle ne tient pas seulement compte du ressenti des uns et des autres, mais de critères objectifs : bassins de population ; accessibilité en matière de délai d'attente avant une consultation ; activité des professionnels en nombre de patientèle et de consultations ; besoins des patients fondés sur la moyenne d'âge de la population. Beaucoup d'élus locaux, qui se sont vus retirer certaines aides, à la suite du nouveau zonage, ont fait part de leur ressenti ; mais je n'ai pas entendu les 11 % qui ont bénéficié d'aides nouvelles se plaindre de la méthode de définition du zonage.

Les CRSA sont consultées pour le zonage : elles sont un espace de concertation. Le projet régional de santé (PRS) se négocie avec les élus. C'est aussi l'occasion de regarder les zones en tension. Nous avons essayé d'améliorer le zonage, en intégrant un critère supplémentaire : le risque de départ de professionnels à la retraite dans les trois ans. La situation est en réalité très mouvante et évolue d'une année sur l'autre. L'ARS peut adapter le zonage au cas par cas. Nous avons essayé de l'améliorer et de l'affiner encore plus. Si l'on demandait aux élus leur avis sur la démographie médicale dans leur territoire, la

France entière risquerait d'être couverte par le zonage... Demande de retrait ou avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS1028 de M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Notre amendement tend à ériger en objectif l'égalité d'accès des personnes en situation de handicap aux professions médicales et paramédicales. Nous souhaitons que les professionnels de santé en situation de handicap soient traités à égalité avec tous les professionnels de santé, lors de leur installation et durant l'exercice de leur profession. Aujourd'hui, en France, il existe des écoles spécialisées pour personnes malvoyantes, qui forment des masseurs-kinésithérapeutes. Or, lorsque ces personnes s'installent, leurs coûts d'installation sont beaucoup plus élevés, parce que les assurances sont plus chères, de même que les logiciels, par exemple. N'est-il pas curieux que les masseurs-kinésithérapeutes malvoyants, qui veulent s'installer, ne bénéficient pas des mêmes droits qu'un salarié souffrant du même handicap ?

M. Cyrille Isaac-Sibille. C'est une bonne idée !

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. L'amendement, tel qu'il est rédigé, ne semble pas répondre à l'objectif que vous venez de nous exposer, dans la mesure où il vise l'égalité d'accès « *aux professions médicales et paramédicales* ».

M. Cyrille Isaac-Sibille. À l'exercice de ces professions, en réalité !

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Un amendement, adopté tout à l'heure, répondait à votre préoccupation. Avis défavorable.

M. Francis Vercamer. J'étais en séance et n'ai pas vu cet amendement passer. Néanmoins, je maintiens le mien. Cela fait dix ans que je me bats au nom de cette égalité ; dix ans que l'on me dit que l'on va régler le problème, sans y parvenir, puisqu'aucun article de loi ne permet de prendre les décrets.

La commission rejette l'amendement.

Article 4

Sécurisation du bénéfice du contrat d'engagement de service public (CESP) en cas d'évolution du zonage

La commission examine l'amendement AS1019 de M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Le Conseil d'État, dans son avis sur le projet de loi, considère que les articles L. 632-6 et L. 634-2 du code de l'éducation révisant les contrats d'engagement de service public (CESP) relèvent du domaine réglementaire, au motif que ces mesures ne relèvent ni des principes

fondamentaux de l'enseignement, ni des principes fondamentaux du code de la sécurité sociale, ni des principes fondamentaux des obligations civiles et commerciales, ni d'aucune règle ou d'aucun principe que la Constitution définit comme étant du domaine de la loi. Je vous propose donc d'abroger ces deux articles.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. L'étude d'impact donne quelques justifications à l'appui de l'ancrage législatif du contrat d'engagement de service public : « *Les dispositions proposées, en ce qu'elles mettent en cause les principes fondamentaux de l'enseignement [...] et de la sécurité sociale [...] ainsi que le principe constitutionnel d'accès à la santé [...] présentent un caractère législatif* ». Votre suppression sèche remet en cause la situation acquise des contrats en cours. Le principe de sécurité juridique exige de prévoir des dispositions pour ces derniers, ce qui relève de la compétence du législateur. Avis défavorable.

M. Francis Vercamer. J'entends ce que vous dites, mais maintiens mon amendement pour suivre l'avis du Conseil d'État.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte successivement l'amendement rédactionnel AS1538 et l'amendement de coordination AS1537 de la rapporteure.

Elle passe ensuite à l'examen des amendements identiques AS163 de Mme Nadia Ramassamy, AS319 de Mme Josiane Corneloup, AS363 de M. Gilles Lurton, AS497 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS655 de M. Brahim Hammouche, AS710 de M. Philippe Vigier, AS937 de M. Joël Aviragnet, AS1032 de M. Francis Vercamer et AS1437 de M. Bernard Perrut.

Mme Nadia Ramassamy. Les contrats d'engagement de service public visent à inciter les futurs médecins à s'installer dans des territoires où la démographie médicale est faible. Cependant, dans certaines zones qui ne sont pas sous-dotées, les établissements et services sociaux et médico-sociaux peinent à recruter des médecins. Mon amendement vise à ouvrir le champ de l'exercice médical des médecins aux établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Notre amendement vise à ouvrir le bénéfice de l'exercice médical de praticiens aux établissements de services médicaux et médico-sociaux, dans le cadre des CESP.

M. Brahim Hammouche. Notre amendement vise à étendre les contrats d'engagement de service public aux futurs médecins exerçant dans les établissements et services médico-sociaux, conformément à l'esprit de la stratégie nationale de santé, qui préconise d'assurer la continuité des parcours, en proposant une offre transversale entre les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

M. Philippe Vigier. S'il y a quelque chose qui marche bien, ce sont les contrats d'engagement de service public, créés par la loi de 2009 ! En 2017, 1 981 contrats avaient été signés. Élargir leur champ aux établissements médico-sociaux, qui reçoivent un public en situation de handicap ou de grande pauvreté, serait particulièrement intéressant : on aide les étudiants à financer leurs études de médecine, tout en développant l'attractivité des filières médicales. L'élargissement de leur champ renforcera l'attractivité des contrats, ce qui permettra de mieux lutter contre la désertification médicale.

M. Joël Aviragnet. Le médico-social concerne aussi les établissements accueillant des enfants et des adolescents en situation de handicap. Le manque de médecins est évident. Ces populations ne sont pas soignées autant qu'elles le devraient et n'ont pas le même accès aux droits que les autres, ce qui pose un réel problème.

M. Bernard Perrut. Cet amendement de bon sens, commun à nombre d'entre nous, s'inspire des réalités du terrain, où de nombreux établissements de services médico-sociaux peinent à recruter des médecins. Un élargissement du champ des CESP permettrait de favoriser leur attractivité.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Ces amendements sont déjà satisfaits par le droit en vigueur, dans la mesure où la liste des lieux d'exercice inclut les structures médico-sociales.

M. Joël Aviragnet. Certes, cela existe, mais, dans la réalité, cela ne fonctionne pas. Nous nous grandirions à nous mobiliser en faveur de publics en grande difficulté, notamment des jeunes en situation de handicap.

M. Philippe Vigier. Madame la rapporteure, puisque l'amendement est satisfait, le dispositif devrait marcher. Or il ne marche pas. Donnons à la loi la force suffisante pour agir !

M. Gilles Lurton. Exactement !

M. Philippe Vigier. Cela ne mange pas de pain !

La commission rejette les amendements.

Puis elle examine, en discussion commune, l'amendement AS336 de M. Jean-Carles Grelier, ainsi que les amendements identiques AS23 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS102 de M. Vincent Descoeur, AS180 de Mme Nadia Ramassamy, AS349 de Mme Josiane Corneloup, AS678 de M. Cyrille Isaac-Sibille, AS711 de M. Philippe Vigier, AS852 de M. Jean-Pierre Door et AS1031 de M. Francis Vercamer.

M. Jean-Carles Grelier. La persévérance n'étant pas toujours diabolique, l'amendement vise à remettre dans la boucle de l'évaluation des besoins en CESP les collectivités locales...

Mme Agnès Firmin Le Bodo. En plus de celui des collectivités locales, nous souhaiterions que l'avis des unions régionales de professionnels de santé (URPS) de médecins libéraux soit sollicité par les ARS.

Mme Nadia Ramassamy. Les signataires du CESP choisissent leur futur lieu d'exercice sur une liste nationale de lieux d'exercice, lesquels sont situés dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins. Il est prévu que cette liste soit établie par le Centre national de gestion sur proposition des agences régionales de santé. L'objet de cet amendement est de prévoir que l'avis des URPS de médecins libéraux soit également sollicité par les ARS, avant l'établissement de cette liste, compte tenu de leur connaissance précise des besoins du terrain, des difficultés existantes et à venir.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Nous défendons cet amendement au titre de la démocratie sanitaire. Alors que les URPS connaissent avec précision les besoins du terrain, elles sont pour l'heure exclues de toute participation dans l'établissement de la liste. L'amendement vise à les associer à cette démarche, de sorte que les ARS les sollicitent en amont.

M. Philippe Vigier. Les URPS jouent un rôle particulièrement important dans la mise en place des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), comme nous l'avons vu dans de nombreuses régions. Pourquoi ne pas les associer à l'élaboration de cette liste ? Ce serait un signe de confiance à l'égard des professionnels de santé.

M. Jean-Pierre Door. Le contrat d'engagement de service public est une bonne chose, alors même qu'il a été très mal jugé au début. Il y en a d'abord eu très peu, probablement parce que la communication autour d'eux avait été mauvaise. Certains départements s'étaient engagés directement avec l'ARS, en les finançant eux-mêmes. L'essentiel n'était pas tant d'établir un zonage que de créer chez les étudiants l'envie de venir à un endroit, où un engagement financier avait été pris, et de rendre à la collectivité ce qu'elle lui offrait, en s'installant sur place. Dans un tel cadre, les professionnels de santé libéraux doivent pouvoir donner leur avis.

M. Francis Vercamer. Les URPS ont pour mission d'identifier les besoins de santé et les déséquilibres entre l'offre de soins et les besoins de la population. Elles ont donc connaissance des insuffisances voire des carences dans l'offre de soins sur le territoire, dans une ou plusieurs spécialités. Je me bats depuis longtemps pour corriger le déséquilibre dans les moyens qui sont donnés aux territoires qui ne peuvent malheureusement pas résorber leur retard en matière d'espérance de vie de leur population. Il me paraît important que les URPS soient associées à l'exercice des CESP.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Avis défavorable. Les URPS et les collectivités territoriales font partie de la CRSA, qui aide à la définition des zones sous-denses.

M. Olivier Véran. Le CESP est né en 2009, à la suite de la grève des internes de 2007 et 2008, après le premier PLFSS du mandat de Nicolas Sarkozy, qui voulait restreindre la liberté d'installation. Tous ceux qui voulaient des mesures coercitives ont fini par se ranger derrière l'idée que des mesures incitatives ciblées, en accompagnant les étudiants, en échange d'un engagement de service public dans les zones sous-dotées, seraient efficaces. À l'époque, un grand nombre n'y croyait pas. Il est plaisant de voir, dix ans plus tard, que non seulement le dispositif fonctionne, mais qu'il se développe sur l'ensemble du territoire et que la représentation nationale cherche à le renforcer. Le CESP est une mesure fonctionnelle, qui emporte l'assentiment de tous. Il a fallu quelques années pour que cela rentre dans les mœurs, y compris dans les pratiques parlementaires.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Les CESP concernant le secteur libéral et les établissements de santé et médico-sociaux situés en zones sous-denses, si l'on donnait un rôle aux URPS, il faudrait aussi en donner un aux fédérations hospitalières. C'est pourquoi la CRSA est le lieu de la concertation.

Concernant l'impossibilité pour les signataires à se désengager, je rappelle que le taux de désengagement des CESP est de 4 % sur les 2 800 contrats et qu'il est toujours lié à des situations personnelles très particulières, et non pas à une volonté de ne pas retourner en zone sous-dense.

La commission rejette successivement l'amendement AS336, puis les amendements identiques AS23, AS102, AS180, AS349, AS678, AS711, AS852 et AS1031.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS1316 de M. Anthony Cellier et AS1376 de Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe.

M. Anthony Cellier. En rencontrant des étudiants en médecine, nous nous sommes aperçus que peu étaient informés des modalités d'organisation du CESP ou qu'ils n'en saisissaient pas forcément les contours. L'amendement vise à les informer dès le premier cycle des modalités du contrat.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Les CESP doivent se développer, notamment grâce à une meilleure information. Mais les présenter dès le premier cycle me semble prématuré.

M. Anthony Cellier. Nous sommes d'accord sur le manque d'information autour du CESP. Si ce n'est au cours du premier cycle, il faudrait informer les étudiants lors du deuxième.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Ce sujet mériterait que l'on y revienne.

Les amendements sont retirés.

La commission adopte l'article 4 modifié.

Après l'article 4

La commission examine l'amendement AS1107 de M. Philippe Vigier.

M. Philippe Vigier. Cet amendement vise à apporter une nouvelle solution à la désertification médicale, en créant le statut de médecin volant, pour un médecin « thésé » venu en renfort d'un médecin installé devant faire face à un surplus d'activité, par exemple en cas d'épidémie. Ce n'est ni un médecin adjoint, ni un remplaçant, mais un travailleur non salarié, suivant une proposition faite par la commission d'enquête parlementaire. Par ailleurs, monsieur Véran, aucune mesure coercitive n'a été votée collectivement par la commission.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Les modalités de recours à l'adjuvat ont été étendues dans le projet de loi aux zones sous-denses, ce qui répond à votre question. Avis défavorable.

M. Philippe Vigier. Mais comment les médecins volants seront-ils rémunérés ?

La commission rejette l'amendement.

Article 5

Extension du statut de médecin adjoint

La commission examine l'amendement AS602 de Mme Nathalie Sarles.

Mme Nathalie Sarles. L'adjuvat et l'exercice en tant que médecin remplaçant sont aujourd'hui autorisés pour les étudiants en médecine de troisième cycle en cas d'afflux exceptionnel de population. L'article 5 vise à permettre l'adjuvat dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins. Cet amendement vise à rendre également possible l'exercice en tant que médecin remplaçant, afin d'éviter de détériorer davantage l'accès aux soins dans les zones sous-dotées.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Votre demande est satisfaite, dans la mesure où le remplacement, dont le régime juridique restera inchangé, peut s'effectuer en tout point du territoire. Prévoir une disposition pour les zones sous-denses, en cas d'afflux saisonnier ou dans l'intérêt de la population ne présente pas d'intérêt car le remplacement nécessite comme seul préalable l'absence programmée du médecin à remplacer. En outre, en limitant à trois conditions cette

possibilité, votre amendement conduit à exclure les zones qui ne correspondent pas aux caractéristiques énoncées mais où un remplacement temporaire s'avérerait nécessaire. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS1104 de M. Philippe Vigier.

Mme Jeanine Dubié. L'exercice en qualité de médecin adjoint ou remplaçant est strictement encadré et nécessite une autorisation du conseil départemental de l'Ordre des médecins. Ces statuts gagneraient à être assouplis, afin de mobiliser plus facilement la ressource médicale disponible. Il est donc proposé de substituer un régime déclaratif au régime d'autorisation.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Le conseil de l'Ordre ne pourrait alors plus exercer les vérifications d'usage avant la prise de poste, notamment à l'endroit des étudiants susceptibles d'exercer. Il paraît difficile de s'exonérer de ce travail de contrôle préalable. Avis défavorable.

M. Philippe Vigier. La rigueur intellectuelle de Mme la rapporteure pourrait trouver à s'exercer sur les conditions dans lesquelles le conseil de l'Ordre vérifie que les médecins étrangers qui exercent dans les hôpitaux satisfont aux exigences de la profession. On dénombre entre 9 000 et 10 000 médecins non-inscrits au conseil de l'Ordre, et pour lesquels il n'existe pas de régime d'autorisation.

M. Julien Borowczyk. Cher collègue, vous savez que nous allons avancer sur ce point et prévoir une régularisation, qui impliquera que le conseil de l'ordre statue.

S'agissant de l'autorisation de l'exercice en qualité de médecin adjoint ou de remplaçant, je sais, pour avoir recruté un adjoint dans mon cabinet, qu'il suffit juste d'un appel téléphonique au conseil de l'Ordre pour l'obtenir. Voilà un exemple concret !

La commission rejette l'amendement.

Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, elle rejette successivement les amendements AS905 et AS906 de M. Julien Dive et AS470 de M. Vincent Rolland.

Puis elle est saisie des amendements identiques AS24 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS106 de M. Vincent Descoeur, AS181 de Mme Nadia Ramassamy, AS270 de M. Alain Ramadier, AS351 de Mme Josiane Corneloup, AS712 de M. Philippe Vigier, AS853 de M. Jean-Pierre Door et AS1036 de M. Francis Vercamer.

M. Paul Christophe. Pour élargir la possibilité de recourir à un médecin adjoint, cet amendement vise à supprimer le caractère ponctuel de la carence

constatée dans l'offre de soins par le conseil départemental de l'Ordre. Nombreuses sont les zones qui rencontrent des difficultés dans l'accès aux soins sans pour autant être identifiées comme telles au sens de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

M. Philippe Vigier. Sous le quinquennat précédent, une avancée notable a permis à des médecins non « thésés » de venir travailler auprès de médecins. Ne peut-on pas faire confiance aux conseils départementaux de l'Ordre pour apprécier les situations ? Il convient d'élargir ce dispositif, lancé à titre expérimental dans mon département, et qui a fait la preuve de son efficacité. Là encore, faisons confiance aux professionnels !

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Ces amendements sont porteurs de confusion. La suppression demandée n'est pas anodine : en visant la carence permanente qui correspond peu ou prou aux zones sous-denses déterminées par les ARS, elle tend à mettre sur le même plan la compétence du conseil départemental de l'Ordre et les ARS et relativise le zonage effectué pour les médecins généralistes. Avis défavorable.

La commission rejette les amendements.

Puis elle examine l'amendement AS337 de M. Jean-Carles Grelier.

M. Jean-Carles Grelier. « *Vingt fois sur le métier remettez votre ouvrage* » ! Il s'agit, à nouveau, d'insérer les collectivités locales dans le processus et de leur permettre de saisir le préfet pour obtenir l'autorisation de recruter un médecin adjoint. Parfois, les maires sont plus vite informés que l'ARS ou le conseil de l'Ordre de manquements ou de carences.

Je saisis l'occasion pour inviter Mme la rapporteure à consulter la jurisprudence, assez stable, du Conseil d'État, qui ne goûte que très peu la notion de carence « *ponctuelle* », car elle ne correspond à rien, n'a ni début ni fin et pose de nombreuses difficultés.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. En sus des réserves déjà exprimées, je crains qu'un tel amendement ne produise un formalisme lourd qui aboutirait à l'effet inverse du but recherché : les collectivités territoriales devront justifier à chaque fois de leurs besoins, lorsqu'il est plus simple de contacter le préfet ou le conseil de l'Ordre. Avis défavorable.

M. Philippe Vigier. Je rejoins M. Grelier sur la jurisprudence du Conseil d'État. Je rappelle que c'est bien le préfet, et non le directeur général de l'ARS, qui prononce la réquisition en cas de besoin particulier. L'ARS ne fait que demander au préfet de statuer. C'est ainsi que, dans mon département, on en est arrivé à créer le statut de médecin adjoint. Je ne saisis donc pas l'argumentation de la rapporteure.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS1317 de M. Anthony Cellier.

M. Anthony Cellier. Il existe un défaut d'information des étudiants en médecine sur le statut de médecin adjoint, comme, du reste, sur le contrat d'engagement de service public. Mon amendement vise à informer les étudiants, dès la première année du troisième cycle, de la possibilité d'être autorisés à exercer la médecine comme adjoint.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. L'information des étudiants est un enjeu important. Toutefois, l'avis est défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine les amendements identiques AS572 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS574 de M. Thibault Bazin, AS713 de M. Philippe Vigier, AS870 de M. Jean-Pierre Door, AS967 de M. Joël Aviragnet et AS999 de Mme Isabelle Valentin.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Il s'agit d'ouvrir aux établissements de santé publics et privés la possibilité de recourir au statut de médecin adjoint.

Mme Jeanine Dubié. Les délais pour obtenir une consultation en cardiologie, en dermatologie ou en ophtalmologie sont très importants. Il nous faut répondre à ces difficultés d'accès aux soins dans de nombreux territoires, notamment dans les zones de désertification médicale. Il est nécessaire que l'ensemble des acteurs du système de santé, de tous statuts, puissent se mobiliser en bénéficiant des dispositifs réservés pour les zones sous-dotées. Il est donc proposé d'ouvrir le statut de médecin adjoint aux établissements de santé publics et privés.

M. Jean-Pierre Door. Le statut de médecin adjoint, madame la ministre, permet simplement de répondre à la surcharge de travail d'un médecin, qu'il soit généraliste ou spécialiste, dans une zone où existent des difficultés d'accès aux soins. Pourtant, je constate que l'on s'emploie à restreindre cette possibilité, la carence devant être ponctuelle. On devrait au contraire ouvrir cette possibilité à l'ensemble du corps médical, y compris aux établissements privés.

M. Joël Aviragnet. J'adhère aux arguments de mes collègues, compte tenu de la situation dans les zones sous-dotées.

Mme Isabelle Valentin. L'extension du dispositif du médecin adjoint est l'une des réponses apportées par le projet de loi aux difficultés d'accès aux soins dans de nombreux territoires. Afin de répondre pleinement à cet enjeu majeur, l'ensemble des acteurs du système de santé, de tous statuts, doivent être en capacité de se mobiliser, et bénéficier des mêmes dispositifs que les zones sous-dotées.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Ce statut a été créé pour améliorer l'accès aux soins de ville et, au passage, de désengorger les urgences des hôpitaux. Les hôpitaux bénéficient d'un équivalent des médecins adjoints, puisque les internes, en fin d'internat, peuvent effectuer des gardes « séniorisées » et bénéficier quasiment du même statut que celui de médecin adjoint. Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. L'objectif qui a présidé à la création du statut de médecin adjoint est double : aider les médecins libéraux installés en zone sous-dense ou en zone en tension ; former les jeunes à la médecine libérale. Je ne comprends pas l'intérêt d'ouvrir ce statut aux établissements de santé, qui sont déjà le lieu de formation de tous les professionnels. Je vous suggère de retirer ces amendements.

M. Joël Aviragnet. Parfois, je me demande si l'on a bien conscience de ce que c'est que de ne plus avoir de médecin référent ! Cela contribue à bien des angoisses et des inquiétudes chez les personnes malades. Il faut mettre en œuvre rapidement tous les dispositifs possibles, car il y a le feu au lac ! On a bien vu ce que cela donne lorsque les gens sont inquiets : lassés de ne pas être entendus, ils vont à nouveau descendre dans la rue !

M. Philippe Vigier. Il faut réconcilier la médecine hospitalière et la médecine libérale. Le fait que l'on propose à des médecins adjoints d'exercer en hôpital est aussi un moyen efficace de lutter contre la désertification médicale. Utilisons-le !

M. Julien Borowczyk. Ce n'est pas parce que nous sommes dans une situation catastrophique qu'il faut élargir sans limite les dispositifs ! Mme la ministre l'a expliqué, le texte consacre l'extension du dispositif du médecin adjoint. Je ne comprends pas la finalité de vos amendements, chers collègues, si ce n'est de proposer une forme de salariat déguisé.

La commission rejette les amendements.

Puis elle adopte l'article 5 modifié.

Après l'article 5

La commission examine, en discussion commune, les amendements AS1405 de Mme Annie Chapelier, AS298 de Mme Éricka Bareigts et AS1421 de Mme Annie Chapelier.

Mme Annie Chapelier. Mon amendement AS1405 vise à autoriser les infirmiers exerçant en libéral à établir des certificats de décès. Dans les zones de désertification médicale, il arrive que les médecins refusent de se déplacer pour établir l'acte – même si la rémunération a été portée à 100 euros – dans les heures suivant le décès. Ces situations sont récurrentes et insoutenables, tant

humainement que sur le plan de l'hygiène publique. Durant de longues heures, les corps ne peuvent être correctement conservés et les proches ne peuvent être prévenus. Dans mon département, une famille a dû ainsi attendre 36 heures.

Mme Éricka Bareigts. Ces situations très graves se produisent dans les zones rurales, mais aussi dans les outre-mer, où il arrive souvent que les conditions climatiques concourent à la dégradation des corps, au point qu'ils ne peuvent plus être présentés aux familles, ce qui ajoute de la douleur à la douleur. Une pétition en faveur des familles réunionnaises endeuillées, lancée par la Mutualité de La Réunion, a recueilli 18 665 signatures. Une solution à cette situation serait de permettre aux infirmiers de délivrer les certificats de décès.

Mme Annie Chapelier. Cet amendement de repli vise à prévoir, à titre expérimental, une habilitation des infirmiers exerçant en libéral à établir des certificats de décès en zones rurales et sous-denses. Ces amendements imparfaits sont une tentative de réponse à des situations insoutenables. Ils ont déjà été proposés, et repoussés, sous la précédente législature. Il faut savoir qu'en Polynésie française, où la santé n'est pas une compétence de l'État, cette délégation existe déjà.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Ces amendements ne prévoient pas de rémunération pour les infirmiers, ce qui constitue un premier motif de rejet. Le constat du décès relève d'un acte médical destiné à rechercher les causes. Le décret d'application prévoit que le certificat comporte un volet complémentaire lorsque les causes n'ont pu être déterminées avec précision et requiert des investigations complémentaires. En outre, ces informations sont essentielles à l'alimentation de la base de données sur les causes de décès et importantes pour prévenir tout risque sanitaire.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Ce sont des situations auxquelles nous ne pouvons être que sensibles, et nous avons beaucoup réfléchi à ces amendements. Je souhaite que l'établissement de l'acte de décès demeure un acte médical, car il permet de repérer les causes de décès suspectes par exemple, et nécessite de remplir avec précision un document pour repérer de nouvelles pathologies ou des risques épidémiques. Déclasser l'acte de décès et le transformer en acte infirmier constituerait une décision majeure, qu'il me semble difficile de prendre en l'état. Je comprends toutefois les difficultés auxquelles les territoires font face. Je vous propose de réfléchir encore sur cette question et de vous soumettre un amendement en séance.

Mme Jeanine Dubié. Ces situations concernent aussi les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : lorsqu'un décès survient le week-end, il se passe souvent vingt-quatre heures avant que le médecin ne vienne le constater. Pendant ce temps, le corps demeure dans la chambre et la situation est compliquée, même vis-à-vis de la famille. Nous devons nous pencher sur cette question et prévoir une formation pour les infirmiers.

Mme Géraldine Bannier. J'ai été alertée à ce sujet par les forces de l'ordre de Mayenne, qui sont contraintes de demeurer auprès du corps, même lorsque la personne décédée était très âgée, ce qui les empêche d'intervenir ailleurs.

M. Jean-Pierre Door. J'ai présidé la mission d'information sur l'organisation de la permanence des soins en 2015 et cette question a constitué un chapitre important de notre réflexion. Les auditions, notamment d'associations de type « SOS médecins », ont montré que les infirmiers, s'ils n'ont pas les compétences pour établir l'acte médical, ont la capacité de réaliser le constat de décès. C'est un problème majeur qui ne se pose pas uniquement dans les outre-mer, mais aussi dans les déserts médicaux de l'Hexagone, et qu'il faut tenter de résoudre.

Mme Éricka Bareigts. Cette question se pose dans tous les territoires ; je ne visais pas uniquement l'outre-mer, je prenais seulement en exemple La Réunion. Madame la ministre, j'ai compris que vous vouliez réfléchir et proposer une solution d'ici la séance, mais j'appelle une nouvelle fois votre attention sur ces situations très douloureuses pour les familles, où le corps se décompose pendant de longues heures, avant l'arrivée du médecin. Il faut répondre à ces situations et avancer, même à titre expérimental, en conservant une vigilance particulière sur les conséquences d'une telle disposition et en prévoyant son évaluation.

Mme Delphine Bagarry. Ne faudrait-il pas réfléchir à l'exigence d'un diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée (IPA) ? Rappelons cependant que les médecins ne bénéficient pas de formation particulière en la matière ; dire qu'une mort est suspecte relève davantage du bon sens.

Mme Caroline Fiat. Lors d'un déplacement dans le cadre de notre mission sur les EHPAD, les responsables d'un établissement – il n'était pas situé en zone rurale, mais en Seine-Saint-Denis ! – nous ont dit qu'ils avaient eu bien du mal à expliquer à la famille l'état du corps de leur proche, dont le décès était survenu lors d'un week-end, suivi d'un jour férié. SOS Médecins ne se déplace plus pour ce motif. Ce sont des situations mal comprises des familles, qui parfois se laissent à espérer que si le décès n'est pas reconnu, c'est que la personne n'est pas morte. Enfin, il convient de penser aux résidents des EHPAD, qui vivent dans la proximité du corps.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Je remercie Mme la ministre de laisser ouverte une piste pour la séance. Certes, le constat du décès est un acte médical, utile notamment lorsqu'il s'agit d'une mort suspecte. Pour autant, nombre d'accompagnements se font en soins palliatifs dans les établissements et à domicile, ce qui donne la possibilité d'anticiper. On pourrait alors imaginer dans ce cadre une délégation de tâche. Monsieur Door, je vous remercie de reconnaître la capacité des infirmiers à constater les décès. Ce sont les mêmes qui souvent,

tiennent la main des patients jusqu'au terme de leur vie et annoncent le décès aux proches : leurs compétences ne sont plus à prouver.

M. Alain Bruneel. Un article dans la presse quotidienne régionale a fait état du décès d'une personne handicapée, en fauteuil roulant, découvert le samedi matin et pour lequel le constat n'a pu être fait que le lundi, faute de médecin disponible. C'est une situation dramatique, à laquelle on doit pouvoir répondre. Je ne sais pas s'il conviendrait d'habiliter les infirmiers, notamment dans les établissements, mais l'important réside surtout dans le fait de déterminer les causes d'un décès. Je souscris à la proposition de la ministre de trouver une solution d'ici la fin des travaux.

M. Olivier Véran. En pratique, lorsqu'un décès survient dans un service hospitalier, il est souvent constaté par l'infirmier – tout le monde en est d'accord –, mais il appartient au médecin de vérifier que la mort est certaine, et de remplir le certificat. Ce certificat ne fait pas seulement mention de l'obstacle médico-légal – la nécessité de pratiquer une autopsie – ; il conduit aussi à déterminer s'il existe un risque infectieux – ce qui justifierait des conditions particulières d'inhumation – ou si le défunt était équipé d'un pacemaker. Enfin, le médecin doit renseigner les causes du décès : s'agit-il d'un accident vasculaire cérébral (AVC) lié à un hématome cérébral ? Ce dernier était-il lié à une hypertension, et depuis combien de temps ? Cette dernière était-elle due au tabagisme, et depuis combien de temps ? Le médecin doit consigner toutes sortes d'informations ; ce n'est pas seulement un acte technique.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Je rejoins les propos de M. Véran. Le sujet est éminemment délicat, tant pour les personnes qui se verraient habilitées que pour les conséquences sur le plan sociétal. Il faut prendre le temps de réfléchir à ce qu'il convient de faire, pour ne mettre à mal ni les uns ni les autres, tout en considérant l'urgence attachée à cette question. Ce n'est pas pour rien que cet acte relève de l'autorité médicale.

Mme Monique Iborra. Je ne suis pas particulièrement favorable aux méthodes coercitives, mais je n'arrive pas à comprendre que nous soyons en train de discuter de la possibilité de déléguer cet acte aux infirmiers uniquement parce que des médecins refusent de se déplacer, décidant que les circonstances n'ont pas de caractère d'urgence. Cela ne se justifie pas. C'est tout bonnement inadmissible !

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je remercie Mme la ministre pour sa proposition. Il serait intéressant de réfléchir à une solution pour les morts attendues, qu'il convient, en l'espèce, de distinguer des morts brutales.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. En réalité, nous sommes tous d'accord pour reconnaître le problème, considérer que les infirmiers savent très bien repérer qu'un patient est décédé et, pour autant, dire que l'établissement d'un certificat de décès est un acte médical. En effet, le registre

des décès est un registre exhaustif, qui permet de connaître les causes de décès dans la population française. Il doit être rempli médicalement, avec rigueur. Parmi ces constats, nous devons trouver une voie étroite.

Je rappelle que, depuis un an, et dans toutes les zones sous-denses, le déplacement du médecin est rémunéré 100 euros, ce qui n'était autrefois le cas que le week-end et la nuit. Je propose de faire un bilan de cette mesure et de considérer son élargissement éventuel. J'essaierai de travailler sur ce point avec mes équipes, mais je crois que l'on ne peut pas déclasser le certificat de décès, qui doit rester un acte médical. Vous comprenez bien la difficulté devant laquelle nous nous trouvons. Je vous proposerai une solution en séance.

La commission rejette successivement les amendements.

La séance est suspendue de vingt-trois heures trente à vingt-trois heures quarante.

Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la commission rejette l'amendement AS2 de M. Fabrice Brun.

Elle examine ensuite, en discussion commune, les amendements identiques AS722 de M. Philippe Vigier et AS875 de M. Jean-Pierre Door ainsi que l'amendement AS1412 de M. Olivier Véran.

Mme Jeanine Dubié. Notre amendement AS722 a pour objet la prise en compte des spécialités médicales dans le zonage, en particulier dans les zones sous-dotées. Pour remédier au problème que posent ces dernières, et pour définir une carte plus exhaustive, nous vous proposons, par cet amendement, de préciser que le zonage de médecins élaboré pour les mesures incitatives doit prendre en considération le maillage nécessaire pour chaque spécialité ou groupe de spécialités.

M. Jean-Pierre Door. Mon amendement vise également à préciser dans la loi que le zonage de médecins élaboré pour les mesures incitatives doit prendre en considération le maillage nécessaire pour chaque spécialité ou groupe de spécialités.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Aujourd'hui, le zonage élaboré pour les mesures incitatives sert de base aux aides pour les médecins spécialistes. Cette situation n'est pas satisfaisante, puisque les zonages de médecins généralistes et de médecins spécialistes ne se recoupent pas, y compris entre les différents médecins spécialistes.

Vos amendements comportent un risque, car l'arrêté qui définit la méthodologie du zonage concerne les médecins. On vise donc bien les médecins spécialistes.

La difficulté est la suivante : l'ajout des mentions visant à tenir compte des spécialités va aboutir à cesser de verser les aides aujourd'hui accordées aux spécialistes au titre de l'arrêté. Il faudra de nouveau prendre un texte réglementaire pour appliquer la nouvelle mesure. Durant ce laps de temps, les médecins concernés se trouvent dans une situation d'insécurité juridique.

Je ne peux donc être favorable à ces amendements.

M. Olivier Véran. La rédaction de mon amendement permet justement d'éviter l'écueil que signale Mme la rapporteure. J'ajoute que cet amendement ne s'appliquerait qu'à compter de la publication des décrets d'application qui déterminent le zonage par spécialité ou groupe de spécialités. Ainsi, il n'y aurait pas d'insécurité. Il est important d'obtenir une délimitation dans les zonages par spécialité et par groupe de spécialités, car tout repose aujourd'hui sur la seule présence des médecins généralistes au sein des territoires.

Or il est beaucoup plus compliqué pour eux d'exercer sereinement lorsqu'il n'y a pas de spécialités ou plateau technique à proximité. Par exemple, il peut y avoir des zones où vous avez des généralistes, mais pas d'oculistes. Il serait donc intéressant de faire bénéficier demain un certain nombre de spécialités, qui manquent dans les territoires, des mesures incitatives, conventionnelles ou non. Des travaux ont déjà été lancés, mais ne sont pas suffisamment avancés. Raison de plus pour que la loi pose le principe, afin d'aller de l'avant.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Je m'en remets à la sagesse de la commission sur votre amendement.

M. Jean-Pierre Door. Comment, madame la rapporteure, pouvez-vous donner un avis de sagesse sur l'amendement de M. Véran après avoir refusé le mien ? Certaines villes, et même certains chefs-lieux de département, manquent d'anesthésistes, alors qu'ils ont suffisamment de généralistes. D'autres villes manquent de chirurgiens et de neurochirurgiens. Le maillage territorial de ces spécialités de recours n'est pas le même maillage que pour les autres spécialités. Tel est le sens de cet amendement : répondre à ce problème dont les fédérations hospitalières sont totalement conscientes.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Vous avez raison : votre amendement va dans le même sens que celui de M. Véran, mais l'écriture du vôtre provoque un problème juridique.

La commission rejette les amendements identiques AS722 et AS875.

Elle adopte l'amendement AS1412.

Elle examine ensuite, en discussion commune, les amendements AS310 et AS311 de M. Jérôme Nury et l'amendement AS1106 de M. Philippe Vigier.

Mme Véronique Louwagie. L'amendement AS310 de notre collègue Jérôme Nury vise à apporter une réponse dans les contextes de désertification médicale dans les territoires ruraux où il devient urgent d'agir pour assurer un accès aux soins égal sur tous les territoires. Il vous est proposé de permettre à un ancien médecin, à un médecin en retraite, de continuer d'exercer après sa prise de retraite dans des zones sous-denses.

Le but de ce dispositif est de lutter contre les déserts médicaux, au moyen d'une exonération de cotisations sociales et de retraite dès lors que les revenus n'excèdent pas 90 000 euros annuels.

Quant à l'amendement AS311, il s'agit d'un amendement de repli qui propose une solution équivalente, mais avec une durée limitée à 24 mois.

M. Paul-André Colombani. Lorsqu'on parle d'offre de soins, c'est en nombre d'heures médicales disponibles qu'il faut raisonner. La profession de médecin évolue, sous l'effet de la féminisation et des exigences des jeunes générations relativement à l'alourdissement des tâches administratives. Tous ces facteurs ont tendance à faire reculer le temps médical disponible.

Dans des zones sous-dotées en médecins, délaissées par les nouvelles générations, le temps médical disponible pourrait être augmenté en allongeant la durée d'activité des médecins. Pour cela, il faut encourager l'exercice du cumul emploi-retraite. Les mesures qui ont déjà été prises vont dans le bon sens, mais restent à mon sens trop timorées.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Il s'agit d'amendements qu'on retrouve régulièrement, notamment lorsque nous examinons les PLFSS. Ils ont le défaut de multiplier les niches sociales et fiscales et, d'autre part, d'utiliser l'assurance vieillesse pour financer des dépenses qui relèvent de l'assurance maladie. Pour ces raisons, j'y suis défavorable.

La commission rejette successivement les amendements.

Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, elle rejette l'amendement AS559 de M. Jean-Pierre Cubertaçon.

Elle examine ensuite l'amendement AS307 de M. Jérôme Nury.

Mme Véronique Louwagie. Après avoir constaté que les différentes mesures incitatives qui ont été mises en place à l'égard des médecins n'ont pas apporté satisfaction puisqu'il reste un grand nombre de territoires en difficulté, il nous faut trouver d'autres dispositifs.

M. Nury nous propose d'imposer au dernier tiers des étudiants du *numerus clausus* qu'à la sortie des études, ils s'installent dans des zones déficitaires au

niveau régional. Cette solution est nettement plus nuancée que la solution d'imposer à tous les étudiants nouvellement installés de s'implanter dans les territoires sous-denses. Cette disposition permettrait d'imposer l'installation dans des zones qui seraient définies par l'ARS, pendant une durée limitée de trois ans. On ne peut pas, à proprement parler, parler d'une obligation d'installation, mais seulement, finalement, de l'accomplissement d'un bref service public qui serait demandé pendant une période limitée.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Comme vous le savez, nous faisons le choix d'accorder notre confiance aux acteurs pour améliorer l'accès aux soins et nous n'allons pas dans le sens de la coercition, quelle qu'elle soit. D'autre part, le *numerus clausus* est supprimé dans ce texte de loi, qui supprime aussi tout examen classant à la sortie. Je suis donc défavorable à cet amendement.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite, en discussion commune, les amendements AS306, AS308 et AS309 de M. Jérôme Nury, les amendements AS1363 et AS1365 de M. Benoît Simian et les amendements identiques AS517 de M. Yves Daniel, AS931 de M. Joël Aviragnet et AS1160 de M. Pierre Dharréville.

Mme Véronique Louwagie. L'amendement AS306 de notre collègue Jérôme Nury répond à la même problématique que les amendements précédents. Il est proposé une obligation d'installation initiale en zones sous-dotées, telles que définies par les ARS, pendant une période de quelques années. C'est une disposition qui est réclamée par les maires ruraux. Elle a certes soulevé de vives oppositions, mais, aujourd'hui, les mesures incitatives mises en place n'ont pas apporté de réponse satisfaisante.

Les deux autres amendements de notre collègue Nury reposent sur le même principe.

M. Benoît Simian. Quand j'étais maire, j'ai été confronté à ce problème de la désertification médicale, qui va *crescendo* année après année. Je propose donc, par l'amendement AS1363, d'encadrer la liberté d'installation, qui relève de l'intérêt général, comme pour les pharmaciens, en instaurant une obligation d'installation en zone sous-dense durant les trois premières années suivant la sortie des études de médecine.

L'amendement AS1365 participe du même esprit. Il s'agit de défendre la liberté d'installation, mais sans compromettre le droit à la santé, qui est une garantie constitutionnelle.

M. Yves Daniel. On parle beaucoup de coercition et de libre installation. Pour ma part, je suggère un compromis. Plutôt que d'obliger les médecins à s'installer dans les zones sous-dotées, je propose d'empêcher les médecins de s'installer dans les zones déjà suffisamment dotées ou suffisamment pourvues de médecins.

C'est une forme de coercition, certes, mais qui peut, me semble-t-il, aider à lutter contre la désertification médicale. Cela n'empêche pas la libre installation, mais cela oblige, en revanche, à prendre en compte les situations réelles dans les territoires.

M. Joël Aviragnet. Je crois que d'autres députés partagent le même point de vue, à savoir ce sentiment qu'il y a lieu de revenir sur la question de l'installation. Mon amendement concerne le conventionnement sélectif ou territorial. Car, même si on peut toujours, madame la rapporteure, augmenter le nombre de médecins formés et supprimer le *numerus clausus*, le nombre de médecins restera toujours insuffisant, parce ce qu'on ne réglera pas la question de la répartition des médecins sur le territoire. Des territoires entiers resteront sinistrés en matière d'accès aux soins.

M. Alain Bruneel. Cet amendement vise à étendre aux médecins libéraux, un dispositif de régulation à l'installation qui existe déjà pour plusieurs autres professionnels de santé, par exemple les pharmaciens, les infirmiers, les masseurs, les sages-femmes, les chirurgiens-dentistes. Il prévoit que, dans les zones définies par l'ARS en concertation avec les syndicats médicaux, zones dans lesquelles existe un fort excédent en matière d'offre de soins, un nouveau médecin libéral ne peut s'installer en étant conventionné à l'assurance maladie que lorsqu'un médecin libéral de la même zone cesse son activité. Le principe de liberté d'installation demeure donc, mais le conventionnement n'est possible que de manière sélective pour les nouvelles installations.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Tous ces amendements reposent sur la coercition. Je comprends que les élus – dont je suis – s'inquiètent et cherchent des solutions pour améliorer l'accès aux soins. Mais ce que l'on a pu constater ces derniers mois dans les territoires, c'est un véritable dynamisme visant à améliorer l'accès aux soins dans le cadre de coordinations dont nous aurons l'occasion de parler, notamment dans la suite du texte. Toute mesure de coercition mettrait un coup d'arrêt à ces initiatives, et c'est pourquoi je formule un avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Je sais que beaucoup d'entre vous sont sollicités sur cette question de l'installation. Mais je pense qu'il faut qu'on aborde les choses non pas en termes de droit de liberté individuelle, mais de pragmatisme.

Beaucoup d'entre vous ont dit qu'il faudrait favoriser l'installation dans les zones sous-dotées et l'empêcher, ou sélectionner, ou faire un conventionnement sélectif dans les zones sur-dotées. Mais soyons clairs : si le zonage des zones sous-denses pose déjà beaucoup de problèmes aux élus et aboutit à beaucoup de réclamations, je n'ose imaginer la joie qu'il y aurait à définir des zones sur-dotées... À qui va-t-on dire : vous n'avez plus le droit à de nouveaux médecins ? Je voudrais savoir lequel d'entre vous va participer à cet effort collectif et dire qu'il est implanté dans une zone trop dotée en médecins !

Une des données du problème est que les jeunes médecins, aujourd'hui, ne souhaitent pas s'installer en libéral et qu'une majorité d'entre eux préfèrent un exercice salarié. Il nous faut donc rendre l'installation libérale plus attractive. Pensez-vous que l'obligation de s'installer pendant trois ans dans une zone sous-dense, ou le conventionnement sélectif, va amener nos jeunes médecins à avoir envie de s'installer, alors que des milliers de postes de médecins salariés sont vacants ? Je vous rappelle aussi que 70 % des jeunes médecins qui sortent des études de médecine sont des femmes. On peut s'attendre à voir formuler des demandes de médecins salariés en médecine de santé, en médecine du travail, en médecine scolaire, dans l'industrie pharmaceutique...

Plus nous serons coercitifs, moins il y aura d'installations tout court. Notre but, c'est au contraire de rendre l'exercice attractif et, partant, de rendre les territoires attractifs. Pour cela, nous avons fait le choix de répondre aux attentes des jeunes médecins, à savoir l'exercice coordonné ou l'exercice regroupé.

Il s'agit de favoriser des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), les centres de santé, les CPTS, les modes d'exercice où les médecins se coordonnent avec d'autres professionnels de santé, les délégations de tâches, par exemple pour le suivi des pathologies chroniques, que d'autres professionnels peuvent assurer. C'est un choix totalement inverse des propositions que vous faites aujourd'hui. Certes, elles répondent à une demande, mais elles n'apportent qu'une réponse simpliste, totalement contre-productive dans la situation que nous connaissons aujourd'hui, à savoir une situation de sous-effectif médical global dans notre pays.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Nous avons bien entendu vos éléments pragmatiques, madame la ministre. Oui, une politique de coercition irait à l'encontre de la dynamique nouvelle que ce projet de loi tente de mettre en place, à savoir une offre de santé assurée par une communauté de professionnels. C'est l'approche collective qui répond aux besoins de la population, tandis qu'un changement de paradigme est à l'œuvre dans la profession. La coercition irait à l'encontre de cette dynamique.

M. Joël Aviragnet. Mais comment mesurer, dans nos territoires, ce dynamisme dont vous parlez ? Dans les territoires ruraux d'Occitanie, nous n'en voyons guère la couleur pour le moment. Je ne vois que des médecins partant à la retraite ou changeant de région. Nous ne vous demandons pas d'enlever des médecins dans les zones sur-dotées – lesquelles, d'ailleurs, existent : en Occitanie, cette concentration s'observe à Montpellier, à Toulouse et au bord de la Méditerranée. C'est tout de même une réalité.

Nous vous demandons de mettre des médecins face aux patients. Cela se fait dans de grands corps de l'État : les élèves qui sortent de l'École nationale d'administration (ENA) n'ont pas forcément envie d'aller en sous-préfecture, mais ils y vont. Voilà, c'est comme ça !

M. Pierre Dharréville. La question est de savoir si l'on se dote d'un outil supplémentaire ou si l'on s'en passe. En l'occurrence, il ne s'agit pas d'enlever des médecins dans un certain nombre de zones : il s'agit, là où il y a suffisamment de jeunes médecins, de pas en laisser s'installer davantage, afin de les amener là où la désertification médicale est en train de progresser.

On se lance à la figure, tel un slogan, depuis dix-huit mois, le mot de « *coercition* ». Il ne s'agit pas de coercition, mais de régulation. Il s'agit de disposer d'un instrument qu'on puisse mobiliser et moduler dans le cadre des décrets d'application. La question mérite tout de même d'être posée.

M. Olivier Véran. Cela fait plus de dix-huit mois que ces mesures sont évoquées. En 2007, pour le premier PLFSS de la présidence de Nicolas Sarkozy, la droite se déclare en faveur de la coercition, tandis que la gauche dit non. En 2012, nouveau début de mandat, la droite dit non à la coercition, une partie de la gauche dit oui, mais Marisol Touraine dit non... On sent bien que cette idée est dans l'air, basculant de droite à gauche au gré des mandats...

On comprend bien l'urgence, car la pression démographique est extrêmement forte. Mais on peut aussi se dire qu'une idée qui bascule ainsi de droite à gauche sans être jamais adoptée ne peut être qu'une mauvaise idée, une idée inefficace et injuste. Elle n'a fonctionné nulle part ailleurs en Europe ni au Canada, comme la ministre l'a rappelé. Je le dis à chaque examen de PLFSS, à chaque fois qu'elle revient sur le tapis.

Lequel d'entre nous, chers collègues, peut dire ici qu'il a trop de médecins dans sa circonscription ? Il n'y a pas trop de médecins généralistes sur le territoire national ! Il y a une pénurie, qui est assez globale et qu'on essaye de gérer par des mesures visant à favoriser l'attractivité, la coordination et la coopération interprofessionnelle.

Ne déshabillons pas Pierre pour habiller Paul, quand Pierre n'a déjà plus qu'un maillot et une paire de tongs ! (*Sourires.*) Il faut faire extrêmement attention : imaginer qu'on puisse exiger de quelqu'un qu'il ouvre un cabinet libéral pour trois ans, puis le ferme ensuite lorsqu'il pourra s'installer ailleurs, c'est mal connaître les conditions d'exercice du métier.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Du côté du MODEM, nous avons un peu la même position : cette mesure peut paraître sympathique, mais elle est en fait contre-productive. À la sortie des études médicales, seulement 12 % des jeunes choisissent l'exercice libéral.

Le principe sur lequel reposent ces propositions est intéressant, mais il faut plutôt chercher à favoriser l'installation en libéral et l'exercice libéral en général. Ce n'est qu'ainsi que nous obtiendrons des résultats, et non en poussant les jeunes médecins à chercher des postes salariés.

M. Jean-Pierre Door. Certains chiffres parlent d’eux-mêmes : en médecine libérale, en 2018, il y a eu exactement 1 047 installations, dont plus de 60 % de spécialistes, soit moins de 400 installations de généralistes, sur l’ensemble de la France... Paris, pour sa part, connaît une diminution de 25 % du nombre de ses médecins. Il y a une déperdition de généralistes sur l’ensemble du territoire. Comment voulez-vous que les jeunes médecins aillent s’installer là où il faudrait ? Ils vont ailleurs !

Quant à empêcher le conventionnement de ceux qui s’installeraient dans des zones sur-denses, ce serait tout bénéfique pour eux, parce qu’ils s’installeraient en secteur 2 ou en secteur 3, où ils auront quand même une clientèle. On va ainsi travailler à l’envers de ce que l’on voudrait.

M. Yves Daniel. Je ne suis pas dans le monde médical et je ne suis pas médecin, donc je me fais tout petit.

Pourtant, madame la ministre, puisque vous avez parlé de pragmatisme, je ne peux m’empêcher de faire la comparaison entre ce que nous vivons dans nos exploitations d’élevage avec les vétérinaires et les groupements vétérinaires, et la situation de la médecine humaine. Parler, dans ces conditions-là, de pragmatisme, c’est franchement scandaleux. Il faut au contraire faire face à la réalité que nous vivons dans les territoires. J’ai été longtemps maire d’une commune de secteur rural et je peux dire : quand on a un médecin pour 3 500 habitants, ce n’est pas un problème politique, mais un problème de santé publique et d’intérêt général.

M. Jean-Carles Grelier. Il en va de la médecine comme de la fiscalité écologique : on ne fait pas une bonne réforme contre ceux qu’elle concerne. Quand les syndicats de médecins et les syndicats d’étudiants en médecine manifestent très majoritairement pour dire leur opposition formelle à toute mesure de coercition, quelle qu’elle soit et quelle qu’en soit la nature, on a la certitude qu’on ira à l’échec si on pousse dans cette direction. C’est une question de bon sens et de pragmatisme.

La commission rejette successivement les amendements.

Puis elle examine l’amendement AS1008 de Mme Isabelle Valentin.

Mme Isabelle Valentin. Les médecins habilités à exercer la propharmacie sont peu nombreux aujourd’hui. C’est pourtant une des solutions pour mettre fin aux déserts médicaux dans les territoires ruraux, ainsi qu’un moyen de faciliter à la fois le travail des médecins et la vie des patients, notamment des personnes âgées, des personnes seules ou des personnes qui ne sont pas mobiles. Mon amendement vise donc à étendre l’autorisation d’exercer la propharmacie à tout médecin adjoint d’un cabinet disposant déjà de cette habilitation.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Pour que le recours à la propharmacie soit autorisé, il faut qu’il n’y ait pas de pharmacie dans la commune où exerce le médecin et qu’il y ait à cela un intérêt de santé publique.

L'autorisation est accordée au cas par cas, et il faut maintenir ce principe. La généralisation proposée par cet amendement ne me semble donc pas de bon aloi. Avis défavorable.

Mme Isabelle Valentin. Dans un cabinet qui compte déjà un propharmacien le médecin adjoint aurait simplement lui aussi l'autorisation d'exercer la propharmacie. Il ne s'agit pas de généraliser partout la propharmacie.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. L'amendement est déjà satisfait, car un médecin adjoint qui exerce dans le même cabinet qu'un médecin ayant cette autorisation dispose lui-même de l'autorisation. Je vous suggère de retirer votre amendement.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement ASI369 de M. Benoît Simian.

M. Benoît Simian. Nous n'aimons pas la coercition, mais nous pouvons aimer l'incitation. Mon amendement vise, dans les zones de désertification médicale, à valoriser la rémunération des astreintes des médecins.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Cette demande est déjà satisfaite par le droit actuel. Les ARS ont toute latitude pour mettre sur pied avec les médecins des organisations articulées qui tiennent compte des besoins territoriaux. De fait, cette initiative repose généralement sur la présence d'associations libérales de permanence des soins, sur l'importance du nombre de volontaires. Avis défavorable.

M. Benoît Simian. Cet amendement est le fruit de séances de travail avec le conseil de l'Ordre de Gironde, ainsi qu'avec un médecin généraliste exerçant en zone tendue, près de Lesparre, que j'ai rencontré lors d'un repas des aînés. C'est un amendement de bon sens et je ne comprends pas bien votre argumentation, madame la rapporteure.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Normalement, le directeur général de l'ARS a déjà tout loisir d'organiser de façon souple la permanence des soins ambulatoires (PDSA) avec les acteurs du territoire. Je vous suggère donc de retirer l'amendement.

M. Benoît Simian. Je vous crois sur parole et reprendrai donc contact avec l'ARS dans les prochains jours.

L'amendement est retiré.

La commission examine l'amendement AS1149 de M. Guillaume Garot.

Mme Gisèle Biémouret. Nous proposons que, dans des zones définies par les partenaires conventionnels – assurance maladie et professionnels concernés ou, à défaut, ARS – et après concertation avec les syndicats médicaux constatant eux

aussi qu'il existe une offre de soins particulièrement abondante, un nouveau médecin libéral ne puisse s'installer en étant conventionné à l'assurance maladie que lorsqu'un médecin libéral de la même zone cesse son activité.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Avis défavorable, pour les raisons précédemment exposées.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS54 de Mme Marine Brenier.

M. Gilles Lurton. Cet amendement de notre collègue Marine Brenier vise à habilitier les sages-femmes, en tant que professionnels de premier recours, à exercer un suivi gynécologique dans un établissement de santé ou un hôpital sous-doté en gynécologues obstétriciens.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Cela existe déjà, et l'amendement, qui plus est, n'est pas codifié. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS1127 de Mme Géraldine Bannier.

Mme Géraldine Bannier. Au-delà des batailles de tranchées politiques dont on a eu un écho tout à l'heure, et au-delà des positions de principe, il y a la réalité : je viens d'un territoire où le service public dont a parlé le Premier ministre cet après-midi est très mal assuré – et ce depuis des années, et malgré des mesures incitatives à la pelle !

Car, en Mayenne, nous avons tout : des maisons médicales, des aides à l'installation, des coopérations avec les CHU de Rennes et d'Angers, des médecins retraités qui travaillent pour désengorger les urgences... Malgré tout cela, nous connaissons un manque crucial de médecins. À l'hôpital de Laval, on n'a pas de pneumologue ; on manque de radiologues, de gynécologues, de médecins généralistes... Les chiffres ne sont pas bons. Je tempère donc votre optimisme de tout à l'heure, madame la ministre : la Mayenne est annoncée comme l'un des départements qui vont perdre le plus de généralistes dans les années à venir.

Je suggère donc une solution simple, qui m'est venue au cours d'échanges avec des internes et des médecins qui se sont installés en Mayenne. Je leur ai demandé la raison de leur maintien dans le territoire : ils m'ont répondu que c'était leur décision personnelle, après avoir commencé à y travailler. Ma proposition est de rendre obligatoire, pour les étudiants, le fait de passer une année en zone sous-dotée.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Pour un étudiant qui ne veut pas qu'on l'oblige à s'installer, il existe des milliers de possibilités : postes de médecins salariés, postes dans l'industrie pharmaceutique, postes à l'étranger...

Toute mesure de coercition aurait donc un effet franchement négatif. Il suffit, pour s'en rendre compte, de discuter avec les étudiants en médecine.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS1132 de Mme Géraldine Bannier.

Mme Géraldine Bannier. Cet amendement, dont je me demande s'il n'est pas déjà satisfait, vise à insérer l'article suivant : « *Si l'installation des médecins se fait en secteur 2 ou hors secteur, ils ne pourront pas bénéficier des aides conventionnelles à l'installation, notamment, le contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM). En revanche pour toute installation en secteur 1, ils pourront bénéficier des aides à l'installation, prévues selon la législation en vigueur* ».

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Avis défavorable : en effet, l'amendement est satisfait.

L'amendement est retiré.

La commission examine, en discussion commune, l'amendement AS932 de M. Joël Aviragnet et les amendements AS1364 et AS1366 de M. Benoît Simian.

M. Joël Aviragnet. Notre amendement vise à expérimenter le conventionnement sélectif des médecins pendant trois ans. Gardons-nous en la matière de confondre entre coercition et régulation : la limitation de la vitesse à 130 kilomètres par heure autorise les automobilistes à rouler à la vitesse de leur choix à condition qu'elle soit inférieure à cette limite, mais ne les oblige pas à rouler à cette vitesse. Il en va de même pour les médecins : il ne s'agit pas de les obliger à s'installer où ils ne souhaitent pas aller mais de leur demander d'aller partout où leur présence est nécessaire.

M. Benoît Simian. En effet, il ne s'agit pas de coercition mais de régulation, au moyen – c'est l'objet de l'amendement AS1364 – d'une expérimentation qui se ferait dans l'esprit du « pacte girondin ». De même, l'amendement AS1366 vise à instaurer un conventionnement sélectif – préconisé par la Cour des comptes – à titre expérimental dans les régions qui se porteront volontaires, toujours dans le même esprit.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. J'émet un avis défavorable à ces amendements. La régulation du négatif n'est pas efficace. Or, en matière d'accès aux soins, nous devons être efficaces.

M. Gilles Lurton. Je ne suis pas non plus favorable à ces amendements, qui correspondent d'ailleurs à une proposition de loi récemment défendue dans l'hémicycle par le groupe socialiste. Je suis convaincu que les médecins que vous déconventionnez parce qu'ils s'installent dans des territoires sur-dotés se constitueront tout de même une clientèle composée de personnes qui préfèrent payer sans remboursement plutôt qu'attendre six mois voire un an pour obtenir un

rendez-vous avec le spécialiste qu'ils ont besoin de consulter. Les amendements de ce type se traduiront par l'émergence d'une médecine à deux vitesses que nous refusons quant à nous.

Mme Audrey Dufeu Schubert. En effet, plusieurs amendements font écho à la proposition de loi que M. Garot et le groupe socialiste ont défendue il y a quelques semaines. C'est un sujet très difficile, et l'on comprend la frustration des députés et des élus des territoires sous-denses. Le grand débat national en a fait un sujet d'actualité qui est constamment abordé et l'on pourrait être tenté d'y répondre par des mesures de ce type qui, *in fine*, risqueraient d'être déjà obsolètes lors de leur mise en place puisque la désertification médicale concerne l'ensemble du territoire. Faisons confiance au projet de loi sur la santé, qui comporte de nombreux articles, afin de permettre aux coopérations médicales de se nouer pour répondre à l'urgence.

La commission rejette successivement les amendements.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS797 de Mme Jacqueline Dubois.

Mme Jacqueline Dubois. Les dispositifs incitant les jeunes médecins à s'installer dans les territoires ruraux sont nombreux. La Cour des comptes a jugé que « ces initiatives dispersées ont conduit, depuis le début des années 2010, à une forme de fuite en avant, sans évaluation ni de l'efficacité globale, ni du rapport coût/avantage qui en résulte » et que « ces dispositifs timides et partiels de régulation à l'installation, qui jouent quasi exclusivement sur des incitations financières, ne sont manifestement pas à la hauteur des enjeux ». Tenant compte de cet avis, le présent amendement vise à ce que le Gouvernement remette au Parlement un rapport qui permettrait d'évaluer la lisibilité, la cohérence et l'efficacité de ces aides à l'installation.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Le Parlement pourrait parfaitement se saisir de ce rapport sur l'efficacité et la lisibilité des différentes aides à l'installation en zones déficitaires ; avis défavorable.

L'amendement est retiré.

La commission examine l'amendement AS1318 de M. Anthony Cellier.

M. Anthony Cellier. Nous ne sommes pas favorables à la coercition mais à des mesures incitatives, à condition qu'elles ne soient pas rédhitoires. Or il existe une pléthore de mesures proposées aux médecins qui souhaitent s'installer dans des zones où l'offre de soins est insuffisante, au point qu'elles sont rédhitoires précisément. J'en ai compté plus d'une quinzaine. Je souhaite que l'on s'interroge sur leur efficacité. C'est pourquoi je propose que le Gouvernement fournisse au Parlement un rapport qui démontrerait que toutes ces mesures favorisent effectivement l'installation des médecins en zones à faible densité médicale.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Là encore, les députés pourraient tout à fait se saisir eux-mêmes de ce sujet. Avis défavorable.

M. Anthony Cellier. Permettez-moi de persévérer : il existe plus de quinze mesures dont nous ignorons l'efficacité. C'est au Gouvernement de nous indiquer si elles atteignent leur but ou non, car il serait de bon aloi de s'y intéresser de près.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Mmes Sophie Augros, médecin généraliste, Élisabeth Doineau, sénatrice, et moi-même sommes délégués du plan pour l'accès aux soins lancé par le Premier ministre et la ministre de la santé en octobre 2017. Nous avons effectué un tour des régions de France pour faire le point sur les mesures qui fonctionnent bien et celles qui fonctionnent moins bien et sur les freins à lever, par la voie législative ou réglementaire. La question est donc déjà traitée et nous faisons le point tous les six mois avec Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. De surcroît, j'ai missionné Mme Sophie Augros, l'une des trois déléguées au plan d'accès aux soins, afin qu'elle me remette à la fin du premier semestre 2019 un rapport sur les aides à l'installation. Je me suis donc déjà saisie de la question, et nous rendrons le rapport public lorsqu'il me sera remis.

L'amendement est retiré.

CHAPITRE III

Fluidifier les carrières entre la ville et l'hôpital pour davantage d'attractivité

Avant l'article 6

La commission examine les amendements identiques AS11 de Mme Éricka Bareigts et AS506 de Mme Michèle de Vaucouleurs.

Mme Éricka Bareigts. L'amendement AS11 vise à ajouter, après le mot « ville », le secteur médico-social spécifique à l'intitulé du chapitre III. C'est un secteur qui manque d'attractivité puisqu'il concerne les personnes malades en situation de précarité, sans logement ou en situation d'addiction. Cet ajout permettrait de renforcer l'attractivité de ce secteur dans lequel il est très difficile de trouver des médecins, dont la présence y est pourtant obligatoire.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. L'ajout du secteur médico-social spécifique à l'intitulé du chapitre ne correspondrait pas à la teneur des articles qui y figurent. Je ne peux qu'y être défavorable.

La commission rejette les amendements.

Article 6

Modernisation des conditions de l'emploi médical hospitalier

La commission est saisie des amendements identiques AS260 de M. Martial Saddier, AS344 de M. Jean-Carles Grelier, AS1172 de M. Pierre Dharréville, AS1223 de M. Adrien Quatennens et AS1448 de M. Bernard Perrut.

M. Gilles Lurton. L'amendement AS260 vise à supprimer l'article 6 pour les raisons déjà exposées par M. Grelier : si les décisions sont prises par voie d'ordonnances, elles nous échapperont complètement.

M. Jean-Carles Grelier. En effet, le fait de légiférer par ordonnance sur le volet territorial, notamment, du projet de loi de transformation du système de santé – c'est-à-dire sur le rapport entre la ville et l'hôpital, sur les communautés professionnelles territoriales de santé et sur les hôpitaux de proximité – en plein débat national, qui plus est – a de quoi surprendre et décevoir.

M. Pierre Dharréville. Cet article prévoit de modifier par ordonnance les conditions d'emploi des personnels hospitaliers, une question à laquelle nous ne sommes pas les seuls en France à être très sensibles et qui mérite au contraire un débat éclairé et approfondi avec la représentation nationale. Légiférer par ordonnances en la matière témoigne du fait que le Gouvernement n'est pas prêt ; nous lui proposons donc par l'amendement AS1172 de revenir nous voir ultérieurement.

M. Bernard Perrut. Les intitulés du chapitre III et, en particulier, de l'article 6 attestent de l'importance de l'objectif de fluidification des carrières à l'hôpital, qui échapperait à la discussion parlementaire alors que le texte concerne des points importants tels que la diversification des activités entre l'activité hospitalière publique et les activités partagées entre structures de santé ou médico-sociales, ainsi que la simplification et l'adaptation des conditions et des motifs de recrutement par contrat pour mieux répondre aux besoins des établissements. Nous souhaitons débattre de ces sujets sur lesquels persistent de nombreuses interrogations. Si vous légiférez par voie d'ordonnance, madame la ministre, ils échapperont à la représentation parlementaire, d'où notre souhait de supprimer cet article.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Je comprends votre position sur l'habilitation du Gouvernement à légiférer par ordonnances, mais elle est nécessaire au vu des délais imposés à ce projet de loi, d'autant qu'elle se traduira par une rénovation du statut permettant de travailler sur les hôpitaux de proximité, qui relèvent du présent projet de loi. La concertation avec tous les professionnels concernés est nécessaire. Les syndicats de praticiens hospitaliers que nous avons auditionnés partagent les grands objectifs de cette habilitation. Avis défavorable aux amendements de suppression.

M. Pierre Dharréville. La concertation est en effet nécessaire, mais encore faudrait-il y associer le Parlement, car c'est à lui que revient en principe la décision.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Je rappelle l'engagement que j'ai pris cet après-midi en faveur d'une co-construction avec les parlementaires. Je l'ai dit pendant la séance des questions au Gouvernement ; nous avons créé un groupe de contact avec les grandes associations d'élus pour suivre la réforme et l'élaboration des ordonnances. Je me suis également engagée devant vous à venir présenter ces ordonnances en commission afin qu'elles soient débattues avant le dépôt du projet de loi. L'idée n'est pas d'exclure la représentation nationale mais de prendre le temps de la concertation avec les acteurs concernés, c'est-à-dire les praticiens hospitaliers.

M. Alain Bruneel. Nous ne mettons pas en cause le fait que vous nous présenterez les ordonnances, mais nous voulons pouvoir travailler à leur contenu – car nous ne serons pas forcément d'accord avec la présentation que vous nous ferez. Je rappelle que les cinq statuts existants seront remplacés par deux statuts nouveaux, l'un pour les professionnels titulaires et l'autre pour les contractuels. De quoi s'agira-t-il vraiment ? Le milieu hospitalier étant concerné, il me semble que le personnel a son mot à dire sur le sujet, de même que les syndicats qui le représentent. Vous ne pouvez tout de même pas changer le statut du jour au lendemain sans concertation, simplement parce que vous l'avez décidé ! Nous ne voulons pas d'une ordonnance mais de la possibilité de débattre de cette question ici, à l'Assemblée nationale.

M. Gilles Lurton. J'entends bien le choix que vous faites, madame la ministre, de faire travailler les parlementaires sur les ordonnances une fois qu'elles auront fait l'objet d'une concertation et que leur rédaction sera bien avancée, de sorte qu'il ne nous restera pas grand-chose à dire. Il me semble cependant qu'en règle générale la concertation a lieu avant l'examen d'un projet de loi et que le Gouvernement présente un texte bouclé aux parlementaires. Cela n'aurait pas pris plus de temps que celui que vous vous apprêtez à consacrer à la concertation sur les ordonnances !

La commission rejette les amendements.

Elle en vient à l'amendement AS1257 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Cet amendement vise à supprimer l'alinéa 2, qui habilite le Gouvernement à prendre par ordonnances les mesures relatives à la diversification des carrières. Nous sommes ici pour faire la loi ensemble. Bon nombre d'entre nous ont déjà tenu des auditions et recueilli des informations. Il est tout à fait regrettable d'attendre un résultat au sujet duquel nous ne pourrions rien décider.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Cet amendement vise à supprimer la partie de l'habilitation qui concerne la diversification des carrières. Sur ce point,

nous avons une divergence de fond : je crois en effet que la diversification des carrières n'est pas synonyme de carrières instables mais plutôt de carrières intéressantes, à l'heure où nous encourageons notamment la collaboration entre la ville et l'hôpital. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la commission rejette l'amendement AS95 de Mme Éricka Bareigts.

Elle examine l'amendement AS1333 de Mme Fadila Khattabi.

Mme Fadila Khattabi. Cet amendement vise à introduire la notion d'encadrement des écarts de salaire afin de renforcer le soutien à l'attractivité de l'exercice médical hospitalier, qui est prioritaire. Certaines spécialités connaissent une véritable crise de la démographie médicale. Cette mesure contribuerait à revaloriser l'image des carrières hospitalières.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Votre amendement manque de précision : il ne précise pas de quel type d'encadrement il s'agit, entre départements, spécialités médicales et statuts. En l'état, je ne peux pas y être favorable.

Mme Fadila Khattabi. Je prends note de vos remarques et retravaillerai l'amendement en vue de l'examen en séance publique.

L'amendement est retiré.

La commission est saisie de l'amendement AS1171 de M. Pierre Dharréville.

M. Jean-Philippe Nilor. Cet amendement vise à supprimer l'alinéa 3, qui prévoit de « *simplifier et adopter les conditions et les motifs de recrutement par contrat pour mieux répondre aux besoins des établissements et pour faciliter l'intervention des professionnels libéraux à l'hôpital* ». De telles dispositions font craindre une fragilisation du statut de la fonction publique hospitalière en multipliant les recrutements à des conditions dérogatoires, facilitant du même coup l'irruption du loup dans la bergerie. C'est pourquoi nous y sommes résolument opposés.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Vous souhaitez supprimer la partie de l'habilitation relative à la simplification du recrutement par contrat. Or il ne s'agit pas de le généraliser mais précisément de le rendre moins complexe. Il existe actuellement de nombreux types de contrats pour les praticiens hospitaliers : praticien contractuel, praticien attaché, praticien attaché associé, clinicien hospitalier, praticien adjoint contractuel, assistant des hôpitaux et ainsi de suite. La multitude de ces statuts rend la situation très complexe et peu habile. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 6 sans modification.

Après l'article 6

La commission examine l'amendement AS1382 de Mme Albane Gaillot.

M. Olivier Véran. Un professeur d'université praticien hospitalier (PU-PH) peut, à l'âge de la retraite, demander une prolongation de sa carrière médicale : c'est la période dite de consultanat. Cet amendement vise à ce qu'il soit demandé aux médecins en consultanat d'exercer une partie de cette activité – à raison d'une demi-journée ou d'une journée par semaine, par exemple – dans un hôpital non universitaire. En effet, il s'agit de médecins capés à forte renommée qui ont à cœur de transmettre. L'idée est de leur permettre, par exemple dans le cadre d'un groupement hospitalier de territoire, d'exercer une partie de leur activité clinique dans des hôpitaux « périphériques » et non pas seulement dans les hôpitaux universitaires. On peut en effet imaginer qu'ils s'y rendront avec des étudiants et des internes, ce qui permettra de renforcer l'attractivité des établissements concernés, d'y faire revenir un certain nombre de patients et de les faire connaître à de jeunes médecins qui choisiront peut-être d'y retourner plus tard dans leur carrière.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Je suis convaincue par cet amendement auquel je suis très favorable, car il permettra notamment d'attirer des étudiants qui, à terme, pourront s'installer dans les territoires concernés.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Les PU-PH ont d'ores et déjà la possibilité d'exercer dans des établissements hospitaliers dans le cadre d'une convention de mise à disposition signée entre les CHU et les centres hospitaliers généraux ou locaux. Je suis très favorable au principe selon lequel une partie de cette activité s'exerce systématiquement dans les territoires sous-dotés ou dans un établissement de santé non universitaire, parce qu'il participe du processus de décroisement ; M. Véran a d'ailleurs parfaitement résumé l'intérêt de cette mesure.

À la relecture de l'amendement, cependant, je constate qu'il ne saurait s'appliquer à de nombreux PU-PH qui font du consultanat mais n'ont pas vocation à exercer dans des hôpitaux périphériques, notamment dans le domaine de la biologie – bactériologie et parasitologie par exemple – car ils ne trouveront pas à y exercer dans leur discipline. Je vous propose donc de retirer l'amendement et que nous nous penchions sur sa rédaction pour aboutir à une version susceptible d'être adoptée en séance. Certains PU-PH sont certes des cliniciens, mais beaucoup d'autres ont des spécialités de pointe qui ne leur donneront pas l'occasion d'exercer dans des hôpitaux périphériques, faute de plateau technique par exemple.

M. Olivier Véran. Je fais toujours confiance à la ministre et je suis persuadé que nous trouverons une rédaction qui permettra d'adopter cet amendement en séance publique la semaine prochaine. Je comprends les difficultés que peuvent présenter certaines spécialités. Puisque nous sommes

d'accord sur le principe et qu'il ne s'agit que d'ajouter une clause pour rassurer tout le monde et rendre la disposition applicable en pratique, je retire l'amendement.

L'amendement est retiré.

La commission examine les amendements identiques AS575 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS714 de M. Philippe Vigier, AS871 de M. Jean-Pierre Door et AS968 de M. Joël Aviragnet.

M. Jean-Pierre Door. Il s'agit de permettre l'accueil des assistants spécialistes aussi bien dans les établissements de santé publics que dans les établissements privés.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Ces amendements visent à autoriser les assistants spécialistes à exercer dans des établissements de santé publics ou privés, à temps partiel ou à temps plein. Pour mémoire, le statut des assistants des hôpitaux a pour but de recruter des praticiens récemment diplômés. Le recrutement en qualité d'assistants de praticiens qui viennent d'achever leur cursus doit permettre aux intéressés de faire l'expérience de l'exercice hospitalier et de parfaire leur pratique professionnelle avant de choisir leur mode d'exercice futur. La durée des fonctions exercées sous ce statut est limitée à six ans.

Ces amendements présentent par ailleurs plusieurs problèmes. Les professionnels visés ne correspondent pas aux assistants des hôpitaux dont le statut est défini par décret. Vous visez davantage les praticiens contractuels. Comme pour les autres praticiens hospitaliers, la diversification de leurs carrières sera évoquée dans le cadre de cette réforme. Avis défavorable.

La commission rejette les amendements.

Elle en vient aux amendements identiques AS209 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS978 de M. Joël Aviragnet et AS1052 de Mme Jeanine Dubié.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Mon amendement vise à introduire la notion de non-concurrence entre établissements pour les praticiens hospitaliers.

M. Joël Aviragnet. De même, l'amendement AS978 vise à interdire la concurrence liée à l'exercice mixte de praticiens hospitaliers, qui a pour conséquence d'alourdir le budget de la sécurité sociale et d'augmenter les dépassements d'honoraires.

Mme Jeanine Dubié. L'amendement AS1052 vise lui aussi à donner toute son effectivité à la clause de non-concurrence dans le cadre de mouvements de praticiens en modifiant l'article afin d'étendre le dispositif et d'introduire la notion de non-concurrence inter-établissements pour les praticiens hospitaliers.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Ces amendements entrent en contradiction avec l'un des objectifs de la réforme qui consiste à favoriser

l'exercice simultanément libéral et en établissement. Je ne peux donc qu'y être défavorable.

La commission rejette les amendements.

Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la commission rejette l'amendement AS1173 de M. Pierre Dharréville.

Elle se saisit ensuite de l'amendement AS1111 de M. Philippe Vigier.

Mme Jeanine Dubié. Cet amendement vise à modifier le statut des praticiens hospitaliers pour permettre à l'exercice mixte ville-hôpital d'entrer dans le droit commun, car le déploiement généralisé de cet exercice mixte dans les deux prochaines années est un levier essentiel de réduction de la fracture médicale.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. La durée de l'activité libérale ne doit pas dépasser 20 % de la durée du service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens. Vous souhaitez porter ce plafond de 20 % à 30 %. Nous souhaitons davantage favoriser par cet article l'exercice en maison de santé et en centre de santé et les consultations avancées en zones sous-denses. Cela répondra bien mieux aux attentes de nos concitoyens, notamment dans les zones sous-denses. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS775 de M. Jean-Pierre Cubertafo.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Cet amendement vise à créer un dispositif dérogatoire afin de conserver dans les établissements publics de santé des praticiens ayant un haut niveau de compétences et d'expertise scientifique au-delà de la limite d'âge fixée par la loi.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Je comprends votre souhait d'instaurer une dérogation à la limite d'âge de 72 ans pour les praticiens hospitaliers, mais cette limite d'âge a déjà été relevée dans la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé. Avis défavorable.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Voulez-vous dire que l'amendement est satisfait ? Si c'est le cas, je le retire ; sinon, je le maintiens.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Non, il n'est pas satisfait : la limite d'âge est fixée à 72 ans et il n'est pas nécessaire selon moi d'aller plus loin.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je maintiens l'amendement : en fonction de leur âge physiologique, certains praticiens compétents peuvent souhaiter poursuivre leur activité et je ne vois aucune raison de les astreindre à arrêter.

La commission rejette l'amendement.

Elle aborde ensuite l'amendement AS543 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Les masseurs-kinésithérapeutes sont trop peu nombreux à l'hôpital. Or, la rééducation est importante et leur absence nuit au suivi des patients, entraîne des complications et allonge la durée des suites. Cet amendement vise à faciliter le recrutement de masseurs-kinésithérapeutes qui, faute d'un salaire attractif, se détournent de l'exercice hospitalier pour s'installer dans le secteur libéral. En leur autorisant un exercice mixte, ils pourraient cumuler un revenu hospitalier et un revenu libéral, ce qui bénéficierait à l'hôpital qui attirerait davantage de masseurs-kinésithérapeutes, mais aussi au secteur libéral, et qui se traduirait par une hausse des revenus des kinés. Je ne vois donc pas quel argument pourrait s'opposer à l'adoption de cet amendement. J'ajoute que cette mesure serait appliquée à titre expérimental.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Je suis plutôt convaincue : avis de sagesse en attendant l'avis de Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Je souhaite le retrait de l'amendement et, à défaut, son rejet. Nous partageons votre souhait de rendre le métier de masseur-kinésithérapeute à l'hôpital plus attractif, mais plusieurs dispositions ont déjà été prises. La possibilité d'un exercice mixte devrait pouvoir être proposée à ces praticiens, comme aux médecins ; la question est en cours de discussion dans le cadre du projet de loi sur la fonction publique. Ce n'est pas en créant une activité libérale pour les personnels masseurs-kinésithérapeutes fonctionnaires à l'hôpital que nous atteindrons cet objectif.

Nous soutenons plutôt le développement d'un exercice hospitalier à temps non complet qui autoriserait à côté une activité en ville, et non une activité libérale à l'hôpital au sens où elle existe pour les praticiens hospitaliers.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Non, je propose qu'à un exercice à temps plein – à raison de trente-cinq heures – à l'hôpital puisse s'ajouter à titre expérimental une activité libérale à l'extérieur. Cela permettrait d'attirer des kinés à l'hôpital où ils sont trop nombreux tout en leur permettant de toucher un complément de salaire grâce à une activité libérale, ce qui conviendrait à tout le monde.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS799 de M. Brahim Hammouche.

M. Brahim Hammouche. Cet amendement vise à expérimenter l'élargissement aux établissements et services sociaux et médico-sociaux de la réforme prévue à l'article 6 afin de favoriser l'attractivité des carrières et la fluidité ville-hôpital, pour renforcer ce type d'activités et encourager le décloisonnement.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Avis défavorable : parmi les établissements médico-sociaux, seuls les EHPAD publics ont recours à des praticiens hospitaliers, et il n'est pas nécessaire d'étendre cette disposition.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle étudie l'amendement AS1027 de M. Francis Vercamer.

M. Paul Christophe. Cet amendement d'appel vise, au moyen d'une demande de rapport, à ce que le Gouvernement intègre dans le champ de l'ordonnance le bénéfice de l'exercice partagé avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux afin de favoriser le déclouisonnement du secteur de la santé et du médico-social dans son ensemble. Il s'agit pour ce faire d'étendre le champ d'application de l'article 6 relatif aux conditions d'exercice des praticiens hospitaliers afin de faciliter la diversification des activités entre le secteur hospitalier public et les structures de santé ou médico-sociales.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Avis défavorable pour les mêmes raisons qu'à l'amendement précédent : il ne me semble pas utile d'étendre cette disposition au-delà des EHPAD publics.

La commission rejette l'amendement.

3. Réunion du mercredi 13 mars 2019 à 9 heures 30 (avant l'article 7 à l'article 7 inclus)

La commission des affaires sociales poursuit l'examen des articles du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé (n° 1681) (Mme Stéphanie Rist, rapporteure sur le titre I^{er} du projet de loi, M. Thomas Mesnier, rapporteur général et rapporteur sur les autres dispositions).

http://videos.assemblee-nationale.fr/video.7372333_5c88bd5aa3d92.commission-des-affaires-sociales--transformation-du-systeme-de-sante-suite-13-mars-2019

Avant l'article 7

La commission examine, en discussion commune, les amendements AS654 de M. Jean-Pierre Cubertafon et les amendements identiques AS211 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS979 de M. Joël Aviragnet.

M. Jean-Pierre Cubertafon. L'amendement AS654 a deux objectifs : affirmer et définir le principe de « *responsabilité populationnelle* » et faire de la lutte contre la désertification médicale un objectif prioritaire pour les acteurs de la santé. Le principe de responsabilité populationnelle signifie que les acteurs de la santé d'un territoire sont responsables de la qualité de la prise en charge individuelle des patients et de la santé des populations. La situation actuelle a des conséquences dramatiques : un sentiment d'abandon de la population, un

non-recours aux soins, une réduction de l'attractivité du territoire et une accentuation de la fracture territoriale. Face au défi de la désertification médicale, nous avons besoin d'engagements forts. En inscrivant les principes de responsabilité populationnelle et de lutte contre la désertification médicale dans le chapitre préliminaire du code de la santé publique qui est relatif aux droits de la personne, le législateur poussera les acteurs de la santé à s'impliquer réellement sur ces sujets et leur assignera des objectifs clairs.

M. Paul Christophe. L'amendement AS211 est défendu.

Mme Gisèle Biémouret. L'amendement AS979 répond exactement aux mêmes objectifs. Nous proposons d'inscrire dans le code de la santé publique un principe liant les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux dans chaque territoire, afin qu'ils travaillent ensemble et avec leurs partenaires des autres secteurs d'activité à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Cela permettra de créer des territoires de santé dont les acteurs seront responsables de la qualité de la prise en charge individuelle des patients et de la santé des populations. Nous pourrions ainsi encourager le décloisonnement que chacun appelle de ses vœux.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. L'amélioration de la santé de chacun est évidemment un objectif partagé par tous dans cette commission et au sein de l'Assemblée nationale. Toutefois, le cadre choisi n'est pas adapté : l'objet des conseils territoriaux de santé (CTS) est de poser un diagnostic sur la situation d'un territoire en matière de santé et de contribuer à l'élaboration du projet régional de santé, en lien avec l'Agence régionale de santé (ARS). De fait, tous les acteurs de santé d'un territoire sont déjà associés et consultés : les CTS sont en quelque sorte des « parlements » territoriaux de santé. J'émet donc un avis défavorable.

La commission rejette l'amendement AS654 puis les amendements AS211 et AS979.

Elle étudie ensuite, en discussion commune, les amendements identiques AS361 de M. Gilles Lurton, AS502 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS985 de M. Brahim Hammouche et AS1185 de M. Pierre Dharréville ainsi que les amendements AS956 de M. Joël Aviragnet et AS1415 de Mme Emmanuelle Fontaine-Domeizel.

M. Gilles Lurton. L'amendement AS361 s'appuie sur une enquête réalisée par le Défenseur des droits sur les difficultés d'accès aux soins des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) et de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). Le Défenseur des droits a relevé que les difficultés d'accès concernaient en premier lieu les personnes en situation de précarité et qu'elles entraînaient des conséquences sérieuses pour la santé individuelle de ces personnes – nous l'avons également observé à plusieurs reprises au sein de cette commission. Les associations de lutte contre les inégalités

de santé constatent que le dispositif en place n'est pas suffisant pour lutter contre ce phénomène et contre les refus de soins. L'absence de financement dédié pour effectuer les études, tests et enquêtes envisagés par la loi et l'impossibilité de statuer sur les situations individuelles limitent fortement les capacités des commissions chargées de suivre les situations de refus de soins. Par notre amendement, nous proposons de renforcer les dispositifs de lutte.

M. Paul Christophe. Alors que ce projet de loi vise à réformer la pratique de l'activité médicale sous l'angle de la responsabilité populationnelle, l'amendement AS502 propose de renforcer les dispositifs de lutte contre les refus de soins.

M. Cyrille Isaac-Sibille. L'amendement AS985 est défendu.

M. Alain Bruneel. Notre amendement AS1185 tend également à renforcer les dispositifs de lutte contre les refus de soins.

Comme l'ont montré l'enquête réalisée en 2016 par le Défenseur des droits sur les difficultés d'accès aux soins des bénéficiaires de la CMUC, de l'ACS et de l'aide médicale d'État (AME) ainsi que la dernière synthèse de l'Observatoire des refus de soins de la Fédération des acteurs de la solidarité, le problème touche en premier lieu les personnes en situation de précarité et entraîne des conséquences sérieuses pour la santé individuelle – renoncement ou retard des soins, aggravation des pathologies, prise en charge en urgence avec des complications – ainsi que pour la santé publique.

La loi de modernisation de notre système de santé, adoptée en 2016, a confié aux ordres la responsabilité d'organiser des commissions chargées d'évaluer contre les refus de soins et d'agir contre ce phénomène. Cela a été fait, mais les commissions estiment qu'il manque des moyens pour y parvenir.

M. Joël Aviragnet. Par l'amendement AS956, identique, nous proposons de créer le même article additionnel, qui vise à renforcer les dispositifs de lutte contre les refus de soins, dont les premières victimes sont les personnes en situation de précarité.

Mme Emmanuelle Fontaine-Domeizel. L'amendement AS1415 est défendu.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Tout le monde partage, au sein de notre commission, l'objectif visé par ces amendements. La lutte contre les discriminations en matière d'accès aux soins est un enjeu fondamental : chacun doit évidemment avoir un accès égal aux soins et ne peut être exclu de notre système de santé.

Néanmoins, je ne suis pas convaincu par la démarche proposée. En introduisant une liste limitative de pratiques discriminatoires dans le but de définir le refus de soins, nous risquerions de nous enfermer dans une conception

restrictive du refus de soins, sans pouvoir tenir compte de nouvelles pratiques qui pourraient apparaître et s'apparenter à des refus de soins.

Par ailleurs, vous voulez inverser la charge de la preuve en imposant aux professionnels de santé de prouver que le refus de soins en cause n'était pas une pratique discriminatoire. Je ne veux pas adhérer à cette logique de suspicion généralisée, au quotidien, envers les professionnels de santé.

Enfin, il m'apparaît plus opportun de poursuivre le travail entrepris avec les ordres qui se sont engagés, comme l'a souligné M. Bruneel, à lutter contre les pratiques de refus de soins. Un rapport annuel est remis par les ordres à la ministre, ce qui me paraît la meilleure solution.

J'émetts donc un avis défavorable à ces amendements.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. C'est un sujet extrêmement important et je crois que vous avez raison de tirer la sonnette d'alarme face à ces situations particulièrement choquantes. J'en ai plusieurs fois discuté avec le président du Conseil national de l'Ordre.

En réalité, le problème touche plus à la procédure qu'à la définition du refus de soins. On prendrait l'affaire par le mauvais bout en essayant de déterminer, dans la loi, ce qu'est un refus de soin, avec des critères qui peuvent être très difficiles à apprécier – le délai d'accès à une consultation par exemple. Il semblerait que le Conseil de l'Ordre soit insuffisamment informé des refus de soins. La plupart des plaintes remontent à la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) et il manque un décret d'application de la loi « Hôpital, patients, santé et territoire » (HPST), qui permettrait de mettre en place des commissions de conciliation placées auprès des ordres.

Je vais m'engager à publier ce décret dont l'absence n'a jamais permis au Conseil de l'Ordre de faire réellement son travail d'identification et de sanction des refus de soins. Je pense qu'il est plus important de faciliter les procédures permettant au Conseil de statuer que de redéfinir précisément dans la loi ce qu'est un refus de soins. Je suis, en effet, d'accord avec le rapporteur : on risquerait de s'enfermer dans une conception par trop restrictive alors que les refus de soins peuvent prendre des formes très variées.

Je n'avais pas compris auparavant qu'il manquait un décret d'application pour que le Conseil de l'Ordre puisse être saisi. Nous allons pouvoir y remédier : je m'engage à publier ce décret et je vous propose de ne pas enfermer la définition du refus de soins dans des critères particulièrement difficiles à apprécier, comme le fait d'avoir obtenu un rendez-vous trop tardif. Un rendez-vous tardif, c'est très compliqué à définir. Le décret qui manque jusqu'à présent va permettre d'améliorer la situation.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Le Conseil de l'Ordre est en effet appelé à jouer un rôle extrêmement important. Nous devons vraiment y porter une grande

attention. Cependant, je regrette que nous n'ayons pas eu le rapport de la Cour des comptes sur le fonctionnement du Conseil de l'Ordre à l'occasion de l'examen de ce projet de loi. Cela aurait peut-être permis de trouver des pistes d'amélioration du fonctionnement de cette grande institution.

M. Gilles Lurton. Je me réjouis de la réponse de Mme la ministre. Cela prouve que notre débat a quand même une utilité. Je vais donc retirer mon amendement, mais il n'est pas impossible que je le redépose en séance, car je trouve que ce qui nous a été dit est particulièrement important et mériterait d'être répété en séance publique.

M. Paul Christophe. Je suis également très satisfait des propos de Mme la ministre. Dans l'attente du décret, je vais retirer notre amendement.

Mme Delphine Bagarry. Il ne faut pas méconnaître que ces pratiques existent et que, souvent, elles ne sont pas dénoncées, parce que les personnes n'osent pas, par peur de ne pas pouvoir se faire soigner. Je crois qu'il est très important de revenir sur les droits des patients et des usagers ainsi sur le devoir de chaque professionnel. Je me réjouis que ce décret arrive et que les choses bougent peut-être un peu, mais je pense qu'il va aussi falloir faire beaucoup de communication. Les victimes de ces pratiques doivent les dénoncer.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Merci, madame la ministre, pour vos explications. Nous allons également retirer notre amendement AS985.

Mme Emmanuelle Fontaine-Domeizel. Je retire l'amendement AS1415 à la suite des propos tenus par la ministre. Nous attendons donc le décret.

M. Alain Bruneel. Nous avons bien entendu les explications qui nous ont été données. Je voudrais néanmoins préciser notre amendement, qui va dans le sens de la réflexion de la ministre. Il y avait déjà un outil à la disposition des associations avec la loi de 2016, qui a notamment confié aux ordres la responsabilité d'organiser des commissions visant à évaluer les refus de soins et à agir contre ce phénomène. Or les associations s'aperçoivent qu'il est impossible de réaliser les études, les tests et les enquêtes prévus par la loi, et donc de décider d'une action, faute de financements. Nous allons retirer notre amendement, mais je m'interroge encore...

M. Joël Aviragnet. Je pense que ce décret constituera une étape. Pour ce qui est des populations en grande difficulté, il y a notamment la question des rendez-vous différés : je ne suis pas sûr que le décret suffira. Nous allons retirer notre amendement mais nous resterons très mobilisés sur cette question, qui n'a rien d'anodin pour les intéressés.

Les amendements sont retirés.

La commission est ensuite saisie de l'amendement AS1411 de M. Olivier Véran.

M. Olivier Véran. « *Nous buvons 90 % de nos maladies* », écrivait Pasteur. En 1854, une épidémie de choléra sévissait à Londres, suscitant de nombreux décès. Un médecin qui s'appelait John Snow – aucun rapport avec la série à laquelle on peut penser – avait déterminé qu'il y avait sur Broad Street une fontaine, une source d'eau potable associée à beaucoup de victimes. Il a fait scier le bras de cette fontaine et le choléra a quasiment disparu de Londres. Cette anecdote montre à quel point le lien entre les collectivités et la santé publique est une vieille histoire : les grandes avancées en matière de santé publique et de gain d'espérance de vie sont liées aux égouts, aux eaux usées, aux poubelles obligatoires, à l'assèchement des marais en métropole pour éradiquer le paludisme, à l'éclairage des voies publiques afin de réduire les homicides ou encore à l'ouverture des fortifications des villes en vue d'améliorer la qualité de l'air. Rien n'a changé aujourd'hui. Par l'amendement AS1411, nous proposons de reconnaître la promotion de la santé comme une compétence à part entière des collectivités territoriales. Il ne faut plus qu'il y ait un plan local d'urbanisme ou un plan de déplacements urbains qui ne tiennent pas compte des priorités nationales de santé publique.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je partage pleinement votre avis, monsieur Véran, sur l'implication des collectivités territoriales et leur rôle très important au quotidien. J'émet donc un avis favorable.

M. Francis Vercamer. Qui peut le plus peut le moins, évidemment. Je rappelle que les communes ont une compétence générale. Elles peuvent donc faire la promotion de la santé, et c'est déjà le cas, la plupart du temps, dans les contrats locaux de santé – c'est la seule compétence qu'elles ont véritablement à exercer dans ce cadre. Je voterai en faveur de cet amendement, mais je regrette que l'on fasse entrer la prévention dans ce texte par le biais d'un amendement, autrement dit par la petite porte, même si notre collègue est rapporteur général des lois de financement de la sécurité sociale. J'aurais préféré que ce texte laisse un peu plus de place pour la prévention et la politique de santé publique. J'ai l'impression qu'il parle beaucoup des professions médicales et bien peu de la santé des Français. Je voterai cet amendement, pour le principe, même si je pense qu'il ne présente pas un intérêt fondamental en matière de prévention.

Mme Ericka Bareigts. Sur le fond, je voudrais dire que les collectivités locales mènent déjà, dans les faits, des actions de politique publique en matière de promotion de la santé. Les municipalités aménagent les villes et accompagnent des associations. Comme cela vient d'être dit, je regrette qu'il n'y ait pas d'axe relatif à la prévention dans cette loi sur la santé, avec les responsabilités que l'État doit assumer dans ce domaine. Je trouve que l'on botte en touche sur beaucoup de sujets concernant les collectivités locales. Un grand nombre d'entre elles sont en très grande difficulté, en particulier celles qui doivent faire face à des situations socio-économiques très graves, et donc à une situation de santé très détériorée au

sein de leur population. Les collectivités travaillent dans ce domaine, mais je ne voterai pas cet amendement.

M. Jean-Carles Grelier. On peut éventuellement souscrire à la lettre de cet amendement, mais je n'en partage pas l'esprit. M. Véran a juste oublié que les collectivités locales, dans la Constitution de la V^e République, s'administrent librement. Entendre le rapporteur général de la commission des affaires sociales dire que ce sera l'occasion pour les collectivités d'appliquer, en matière de santé, de prévention et d'éducation à la santé, les politiques publiques qui sont celles de l'État me choque : c'est profondément inconstitutionnel. Oui à l'ouverture du champ de la prévention et de l'éducation à la santé aux collectivités locales : elles ont notamment la responsabilité d'une partie de l'éducation des enfants, dans les temps périscolaires, ce qui constitue un cadre idéal pour faire de la prévention et de l'éducation à la santé. Mais non à la mise en coupe réglée des collectivités locales, sous l'autorité de l'État : ce n'est ni l'esprit ni la lettre de la Constitution.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Il est important de parler de la prévention, même s'il est toujours un peu ennuyeux de prévoir des compétences sans financement. Mon amendement AS695, que nous examinerons un peu plus loin, prévoit plutôt que les collectivités sont « associées ». Je suis favorable, dans l'esprit, à ce qui nous est proposé, c'est-à-dire à la prévention. Mais je le répète : il est toujours un peu compliqué de donner des compétences sans financement.

M. Pierre Dharrévile. Les collectivités locales ont en principe – au moins les communes – une clause de compétence générale, même si elle a été beaucoup affaiblie par un certain nombre de textes votés pendant la période précédente. Mais le problème pour elles est surtout d'avoir en face un interlocuteur qui ait du répondant dans le domaine de la santé : la compétence principale relève de l'État, et c'est là que le bât blesse. S'il s'agissait d'opérer un transfert un peu subreptice, par la suite – je ne pense pas que ce soit l'esprit de cet amendement mais il pourrait éventuellement ouvrir la porte –, ce serait problématique. Les collectivités s'occupent évidemment de santé. Dans ma circonscription, les villes essaient de faire en sorte que l'on réponde aux besoins de santé de la population et d'attirer le regard des pouvoirs publics sur les réponses nécessaires. Et le plus difficile pour elles, c'est d'avoir une réponse.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. J'ai interprété cet amendement comme le souhait de voir clairement affiché le fait que des collectivités souhaitant s'engager dans la promotion de la santé pourront le faire. Ce sera clairement une compétence possible ; mais il n'est pas question d'obliger les collectivités à le faire systématiquement et encore moins à appliquer les politiques ministérielles.

Beaucoup d'entre vous ont regretté qu'il y ait peu de chose dans ce texte au sujet de la prévention. Ce n'est pas un texte sur la santé, mais sur l'organisation de notre système, en vue d'améliorer l'accès aux soins pour nos concitoyens, dans la proximité, ainsi que la qualité des soins. Je rappelle aussi que la prévention fait

partie de toutes les politiques de santé qui sont menées. Dès mon arrivée, j'ai élaboré un plan « priorité prévention » qui se décline en de multiples mesures et qui est réalimenté chaque année par des dispositions nouvelles. Les prochaines seront présentées lors d'un comité interministériel pour la prévention et la santé qui se tiendra le 25 mars. Toutes les modifications de tarification que nous allons mettre en œuvre, avec la forfaitisation ou le paiement au parcours, incluent des mesures de prévention et d'éducation à la santé afin d'insuffler de la prévention partout dans notre système de santé. Ce n'est pas un texte de loi sur la prévention, je le redis, mais sur l'organisation. Néanmoins, la santé publique et la prévention sont absolument partout dans nos politiques publiques. Je voulais vous rassurer sur ce fait.

M. Alain Bruneel. J'ai un véritable souci : les collectivités territoriales peuvent promouvoir la santé, ce qu'elles le font déjà, d'une manière générale. Mais lorsqu'il s'agit de participer aux décisions, elles n'existent plus, on dit que ce n'est pas leur rôle...

M. Olivier Véran. Merci pour ces nombreuses réactions.

Pour commencer, les collectivités territoriales ne se limitent pas aux communes ; S'il existe une clause de compétence générale pour ces dernières, ce n'est pas le cas en ce qui concerne les autres collectivités territoriales. Or les régions, les départements, les agglomérations, les communautés de communes et les métropoles ont évidemment vocation à participer en tant qu'effecteurs des politiques de santé publique dans les territoires. Cela existe sans doute dans les faits, et les contrats locaux de santé qui fonctionnent bien dans des communes en attestent, mais cela ne figure pas aujourd'hui dans la loi.

Cela n'empêche aucunement les communes de s'administrer librement : on leur propose de participer à la politique générale de promotion de la santé. Par ailleurs, qui dit promotion de la santé ne dit pas organisation des soins : les communes ne sont pas amenées à participer davantage à l'organisation et à la structuration des soins, qui relèvent de la politique menée par l'État.

Enfin, je voudrais souligner que c'est une demande qui est notamment partagée par le réseau des Villes-Santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Plusieurs démonstrations ont déjà été faites, en particulier à Strasbourg avec le sport-santé, à Rennes, qui s'occupe de la politique de santé depuis un moment et évidemment à Grenoble – je ne peux pas ne pas citer cette ville, qui a depuis 1924 un système de santé scolaire municipalisé.

Mme Jeanine Dubié. Peut-être est-ce votre exposé des motifs qui crée de la confusion. On y lit, en effet, que l'amendement vise à reconnaître la promotion de la santé « *comme compétence à part entière des collectivités territoriales* ». L'article L. 1111-2 du code général des collectivités territoriales, qui est visé, prévoit déjà que les « *collectivités concourent avec l'État* » à l'exercice d'un certain nombre de compétences, parmi lesquelles figure le développement

économique, social, sanitaire, etc. De toute façon, les communes ont une compétence générale. Et même si les autres collectivités n'en disposent pas, elles sont concernées par la partie sanitaire. Il me semble donc que cet amendement ne présente pas grand intérêt.

M. Bernard Perrut. Je comprends bien dans quel esprit Olivier Véran nous présente cet amendement. Un certain nombre de collectivités s'engagent souvent dans des campagnes de promotion de la santé. On peut néanmoins s'interroger sur le cadre qu'il faut adopter, sur les limites de l'exercice et sur ce qu'on entend par « *promotion de la santé* ». Les collectivités locales doivent-elles relayer des actions menées par l'État, par l'ARS ou par d'autres organisations territoriales ? Peuvent-elles prendre des initiatives ? On voit combien les élus des communes, des départements et des régions ne sont pas nécessairement compétents pour intégrer cette notion de promotion de la santé. Je crois qu'il serait nécessaire d'encadrer par des dispositions très strictes cette volonté de confier la promotion de la santé à tous les types de collectivités. Le champ est un peu trop ouvert et on peut s'interroger sur cette volonté de notre collègue, certes louable mais qui semble difficile à mettre en œuvre – et dans quelles conditions ?

La commission adopte l'amendement.

Elle en vient ensuite à l'amendement AS695 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Cet amendement est un peu voisin : celui que nous venons d'adopter concernait les collectivités territoriales, alors que le mien porte sur le code de la santé publique. Il s'agit de préciser que les collectivités territoriales doivent être associées à la mise en place de la politique de santé, notamment en matière de prévention et de promotion de la santé. Outre les grandes régions et le maillage des ARS, il faut une meilleure coordination avec le niveau de proximité. Nous réaffirmons ainsi le rôle des collectivités locales dans ce domaine, mais au sein du code de la santé publique.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Vous souhaitez réaffirmer le rôle des collectivités territoriales en matière de santé, notamment afin de leur permettre de définir sur leur territoire « *des objectifs particuliers en matière de promotion de la santé* ». Cette démarche est certes louable, mais elle va à l'encontre du principe d'égalité entre les territoires, toutes les collectivités n'étant pas également dotées pour poursuivre des objectifs de promotion de la santé. Cette égalité est aujourd'hui assurée par la détermination de la politique de santé au niveau national et par sa déconcentration via les ARS. C'est pourquoi j'émet un avis défavorable.

M. Cyrille Isaac-Sibille. C'est assez intéressant : quand un amendement modifie le code des collectivités territoriales, on l'adopte, mais quand il s'agit de modifier le code de la santé publique, on ne veut pas le faire, alors qu'on est dans le même esprit... Qui plus est, l'autre amendement AS1411 était plus contraignant, puisqu'il portait sur les compétences, alors que je propose seulement

que les collectivités locales soient associées à la politique de prévention et de promotion de la santé. Dès qu'on parle de démocratie sanitaire et du code de la santé publique, on nous interdit de changer quoi que ce soit. Je ne comprends pas, monsieur le rapporteur, comment vous pouvez donner un avis favorable à l'amendement précédent et pas au mien, alors qu'il s'agit davantage d'une coopération et d'une association.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Le code de la santé publique prévoit déjà que les ARS doivent tenir compte des spécificités des régions dans la mise en œuvre des politiques de santé. Je maintiens mon avis défavorable.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Mais il ne dit rien des autres collectivités.

La commission adopte l'amendement.

La commission examine les amendements identiques AS965 de M. Joël Aviragnet et AS1115 de M. Philippe Vigier.

M. Joël Aviragnet. Pour développer la promotion de la santé, l'amendement AS965 vise à renforcer le rôle des élus dans les processus de décision en instituant une commission de coordination des politiques de santé, pour traiter tout particulièrement de la question de l'aménagement en santé des territoires.

Mme Jeanine Dubié. L'amendement AS1115 vise à renforcer la présence des élus locaux dans les décisions relatives à l'aménagement en santé des territoires.

Il existe deux commissions de coordination des politiques publiques de santé auprès des ARS. L'une traite de la prévention et de la promotion de la santé, de la santé scolaire et de la santé au travail, de la protection maternelle et infantile, et l'autre de la prise en charge et des accompagnements médico-sociaux. Notre amendement propose de créer une troisième commission de coordination des politiques de santé pour traiter spécifiquement de la question de l'aménagement en santé des territoires. Les modalités de son organisation prévoyant sa déclinaison départementale seraient fixées par décret.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Vous souhaitez associer davantage les élus dans la définition de l'offre de soins avec la création d'une troisième commission. Les élus locaux sont déjà associés à l'action de l'ARS par le biais de leur participation au conseil de surveillance des ARS, des commissions de coordination des ARS via différents autres comités au quotidien.

L'organisation de l'offre de soins dans les territoires ne relève pas à mon sens des compétences des élus locaux ; elle doit rester à l'initiative des professionnels de santé eux-mêmes. Libres à eux ensuite d'y associer les élus de leur territoire – ce qu'ils font très souvent.

Placer l'aménagement en santé du territoire entre les mains des élus locaux ferait courir le risque d'une crispation des professionnels de santé, car ce serait aller à l'encontre des principes d'organisation de la médecine libérale.

J'émet donc un avis défavorable.

M. Philippe Vigier. Mme la ministre, cette nuit, vers deux heures du matin, votre collègue ministre de la cohésion des territoires, Mme Gourault, nous a expliqué dans l'hémicycle qu'elle souhaitait voir les élus directement associés à l'établissement des politiques de santé dans les territoires. Je me suis permis de lui suggérer d'en discuter avec vous... Comment ferez-vous sans les élus locaux en matière de financements ? Comment ferez-vous pour la mobilité ? Comment ferez-vous pour le logement ? Comment ferez-vous pour organiser cette offre de soins avec eux puisqu'ils sont en première ligne ?

Tout à l'heure, le rapporteur nous a expliqué que la politique de promotion de la santé devait être celle des collectivités territoriales. J'avoue ne plus rien y comprendre : on ne peut pas, d'un côté leur demander de venir en solidarité, en prospective, et de l'autre leur dire que c'est l'ARS qui s'occupe de tout et que tout va très bien.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Monsieur Vigier, ne me faites pas un procès d'intention : j'ai affirmé d'emblée la nécessité de renforcer les liens entre les ARS et les élus locaux.

Nous allons vous proposer un amendement permettant une fusion de ces commissions de coordination des politiques publiques. Actuellement, il existe une commission sur le médico-social, une autre sur la prévention. En fait, nous avons prévu une seule commission de concertation avec les élus : ce sera une commission de coordination des politiques publiques qui réunira tous les enjeux de politiques publiques, qu'il s'agisse de prévention, d'organisation des soins, etc. Il s'agira d'un amendement de repli par rapport à tous ces amendements visant à créer de nouvelles commissions. Plutôt que de créer une nouvelle commission, nous préférons simplifier.

Nous proposons aussi un projet territorial de santé qui réunira tous les projets locaux que vous signez d'ores et déjà avec les ARS.

M. Jean-Pierre Door. Madame la ministre, vous évoquez le problème des liens entre les ARS et les élus locaux. Depuis sa création, le conseil de surveillance des ARS a effectivement favorisé, sous la présidence du préfet, la présence des élus locaux du département et de la région. Mais depuis des années, les parlementaires sont totalement en dehors des conseils de surveillance des ARS. N'envisagez-vous pas de revoir cette question ?

M. Philippe Vigier. Pourrions-nous avoir connaissance de cet amendement de repli dont vient de nous parler Mme la ministre ?

M. Boris Vallaud. J'avais la même question que M. Vigier : je n'ai pas vu, dans la liste des amendements, celui dont parle Mme la ministre. Peut-être nous a-t-il échappé...

À défaut, je suggère d'adopter ces amendements identiques que l'amendement de repli viendrait modifier en séance publique, dans la mesure où Mme la ministre en partage la philosophie, mais en proposant une instance unique.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Monsieur Door, votre remarque est importante. Les parlementaires ont souvent le sentiment de ne pas être bien traités par les ARS. (*Sourires.*) En matière de communication, il faut savoir accepter avant de réagir... Lorsque les ARS ont été créées, cette demande n'avait pas été formulée, et pour cause : bon nombre de députés y siégeaient, parce qu'ils étaient également maires. Depuis l'entrée en application du non-cumul des mandats, les députés ne sont plus représentés dans les instances de coordination. Votre remarque est tout à fait justifiée : il faut trouver le moyen d'y inclure les parlementaires.

Toutefois, comment modifier les instances des ARS ? Je n'ai pas encore de réponse à cette question. Comme on me dit que l'ordonnance de simplification des missions des ARS, qui est l'une des dernières ordonnances que vous aurez à examiner, ne permet pas de modifier les instances, il convient donc de le faire au travers de la loi, autrement dit de trouver, d'ici à l'examen du texte en séance publique, une rédaction qui permettra d'inclure les parlementaires au sein des conseils de surveillance, en modifiant l'habilitation sur la simplification des missions afin d'y intégrer la révision des instances de gouvernance.

M. Philippe Vigier. Mme la ministre ne nous a pas indiqué où figure l'amendement de repli dont elle vient de parler.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Il a été déposé sur l'article 18.

La commission rejette les amendements identiques.

Puis elle examine les amendements AS668 et AS1527 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Ces deux amendements président du même état d'esprit : il s'agit de préciser que les ARS doivent recueillir l'avis du préfet de région et de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) pour définir les territoires de démocratie sanitaire.

La définition du mot « territoire » pose problème selon que le projet de loi parle de comité territorial de santé et de communautés professionnelles territoriales de santé. Afin de mieux définir ces territoires, nous proposons que l'ARS s'associe au préfet et aux CPTS.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Le code de santé publique prévoit déjà que le conseil de surveillance de l'ARS, présidé par le représentant de l'État dans la région, émet un avis sur le projet régional de santé, sur le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'ARS, ainsi qu'une fois par an au moins sur les résultats de l'action de l'Agence. On peut donc en quelque sorte considérer que votre amendement est satisfait. Défavorable.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Vous parlez du schéma alors que je parle de la définition des territoires. Il s'agit de savoir comment on définit les territoires et les territoires du CPTS. Ce n'est pas le schéma régional de santé qui les définit.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. S'agissant du zonage, il est déjà prévu que le préfet et la CRSA donnent un avis. En réalité, votre préoccupation est satisfaite.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je retire ces amendements.

Les amendements AS668 et AS1527 sont retirés.

La commission est saisie de quatre amendements identiques AS924 de M. Joël Aviragnet, AS1076 de Mme Audrey Dufeu Schubert, AS1112 de M. Philippe Vigier et AS1377 de Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe.

M. Joël Aviragnet. L'amendement AS924, dans la continuité de ce que vient de dire Mme la ministre, vise à rendre obligatoire la présence parlementaire dans les conseils territoriaux de santé.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Mon amendement AS1076 répond en quelque sorte aux inquiétudes de nos collègues sur les précédents amendements puisqu'il prévoit d'intégrer les parlementaires dans les conseils territoriaux de santé. Une meilleure représentation des parlementaires nous semble essentielle. Je précise que cet amendement avait été adopté lors de l'examen de la proposition de loi pour des mesures d'urgence contre la désertification médicale présentée par le groupe Socialistes et apparentés.

M. Philippe Vigier. Dans la continuité des propos tenus par notre collègue Jean-Pierre Door, notre amendement AS1112 propose que les parlementaires puissent jouer un rôle au niveau local dans ces fameux conseils territoriaux de santé dont chacun sait qu'ils participent à la mise en œuvre et au suivi du projet régional de santé.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. L'amendement AS1377 est défendu.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cela répond pleinement aux inquiétudes formulées précédemment sur la place des parlementaires au sein des conseils territoriaux de santé et des différentes instances de l'ARS. Je rappelle toutefois que cette possibilité existe déjà dans les faits puisque les parlementaires peuvent sans problème être invités dans les conseils territoriaux de santé ; j'espère

que cela ne conduira pas à augmenter exagérément le nombre de membres du CTS ou à retirer des places aux élus des collectivités.

Ces réserves étant formulées, et l'Assemblée s'étant déjà prononcée favorablement sur ces amendements il y a un mois, je m'en remettrai à la sagesse de la commission.

Mme Jeanine Dubié. On ne peut pas entendre ce que vient de dire M. le rapporteur. En revanche, Mme la ministre a bien cerné le problème : avant la loi sur le non-cumul des mandats, les parlementaires étaient représentés au conseil de surveillance des ARS, par le fait qu'ils avaient également un mandat local. Depuis l'adoption de cette loi, ils ne sont plus représentés dans de nombreuses instances liées à la santé.

Monsieur le rapporteur, vous dites que les ARS invitent les parlementaires à venir dans les conseils territoriaux de santé, mais ce n'est pas vrai. Il est important de prévoir dans la loi que les parlementaires puissent siéger dans ces instances, ne serait-ce parce que c'est vers eux que les citoyens se tournent en cas de problème.

La commission adopte les amendements identiques.

Puis elle examine, en discussion commune, les amendements identiques AS27 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS115 de M. Vincent Descoeur et AS855 de M. Jean-Pierre Door, et l'amendement AS1560 du rapporteur.

M. Paul Christophe. L'amendement AS27 revient sur la notion d'équipe de soins spécialisés nécessaires à la prise en charge, de façon collective et individuelle, l'ensemble des patients dans un territoire. L'organisation en équipes de soins spécialisés permettra d'améliorer l'accès aux soins en médecine spécialisée, notamment sur les délais de rendez-vous. Enfin, elle facilitera le lien entre la ville et l'hôpital sur les parcours coordonnés et rendra possible une contractualisation entre les différents acteurs.

M. Thibault Bazin. L'amendement AS115 de notre collègue Vincent Descoeur, qui fait écho à une discussion qui a déjà eu lieu dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, vise à mentionner le besoin d'équipes de soins spécialisés. Je pense que vous êtes convaincue, madame la ministre, que ces médecins spécialistes participent aussi au parcours de soins.

La question de l'accès aux soins en médecine spécialisée dans tous les territoires doit être un objectif partagé. Mais cela va mieux en l'inscrivant dans le projet de loi.

M. Jean-Pierre Door. L'amendement AS855 est défendu.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Il est effectivement essentiel de permettre aux médecins spécialistes de se structurer en équipe de soins spécialisés pour formaliser un peu plus le parcours de soins, et ensuite d'aller plus loin dans les communautés professionnelles territoriales de santé. Je vous propose de retirer vos amendements au profit de la rédaction que je propose dans mon amendement AS1560.

Les amendements AS27, AS115 et AS855 sont retirés.

La commission adopte l'amendement AS1560.

Puis elle étudie l'amendement AS1186 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. En 2017, plus de 1 600 mouvements de grève ont été recensés par les organisations syndicales pour sauver spécifiquement ça ou là une structure hospitalière, un service ou encore pour s'opposer à des réductions de personnels, des fermetures de maternités, de services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), de services d'urgences, de cardiologie ou de chirurgie, parfois même de pédiatrie.

Si les conséquences pour les personnels, les usagers et les territoires sont dramatiques, il faut également visualiser l'ampleur de ces fermetures sur le territoire national. En effet, bien que ce phénomène ne soit pas nouveau, son ampleur et ses conséquences pour le maillage sanitaire territorial national rendent nécessaire une action urgente du législateur. On a le sentiment d'une fuite en avant.

Tirant les conséquences de ces constats, l'amendement AS1186 propose d'instaurer un moratoire sur les fermetures de lits, de services, d'établissements de santé, et sur l'arrêt des regroupements dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire (GHT). Un moratoire sur les fermetures de lits avait d'ailleurs été demandé par un grand nombre de praticiens médicaux il y a quelques mois, dans une adresse publique.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Vous proposez un moratoire sur la fermeture des lits, des services, des établissements de santé. L'intention de cette majorité n'est pas de fermer des lits, mais de garantir à chacun, où qu'il habite, des soins de qualité et surtout la sécurité. La réforme des hôpitaux de proximité sera à ce titre cruciale, comme nous aurons l'occasion de le voir tout à l'heure avec certains amendements. Aussi émettrai-je un avis défavorable.

M. Alain Bruneel. En 2017, les établissements – hôpitaux et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) – ont connu 1 700 mouvements. Autrement dit, une réelle souffrance s'est exprimée.

L'objectif n'est pas de fermer des services, dites-vous, mais c'est bien ce qui se produit dans de nombreux endroits. C'est pourquoi nous demandons l'instauration d'un moratoire, ce qui permettra de voir ce qui a été fait, ce qui n'a

pas été fait, pourquoi on a fermé à tel endroit, etc. Mme la ministre nous répond souvent que tel établissement a été fermé pour des raisons de sécurité sanitaire. Comme nous avons un autre point de vue dans certains domaines, nous proposons en fait, à travers ce moratoire, de nous mettre autour d'une table et d'engager une discussion. Si l'on veut aller plus loin, il faut associer tout le monde et dresser un état des lieux.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Je veux rassurer M. Dharréville et M. Bruneel.

Il n'y a évidemment aucune volonté ministérielle de fermer des services et de réduire le nombre de lits – c'est un fantasme collectif –, il y a bel et bien des réalités démographiques : certains territoires ont des populations qui vieillissent ou diminuent, tandis que d'autres au contraire sont en expansion. Dans les zones qui connaissent une croissance démographique importante, nous devons créer d'autres services, d'autres lits, d'autres hôpitaux. Nous avons donc besoin d'adapter en permanence l'offre de soins aux réalités des territoires.

À cela s'ajoute une réalité démographique médicale. Certaines activités connaissent en effet une pénurie de professionnels qui n'assurent plus aujourd'hui la sécurité de services qui tournent avec très peu de professionnels, qui font trop de gardes, voire avec des trous dans les listes de garde, ce qui oblige à repenser l'offre de soins pour des raisons de sécurité des personnes.

Nous devons tous être conscients qu'un moratoire ou une interdiction aggraverait la situation en termes de sécurité. Il est urgent de réformer notre système en proposant des hôpitaux de proximité rénovés, redynamisés, une vraie gradation des soins avec une concentration des services de pointe dans des hôpitaux qui auront des plateaux techniques de qualité. C'est ce que nous vous proposerons ultérieurement dans ce projet de loi.

Je suis donc défavorable à votre amendement, même si j'entends votre inquiétude. Je le répète, il n'y a pas de projet ni de définition d'objectifs chiffrés en termes de fermeture, soit de services, soit de lits, mais une adaptation en permanence en fonction des besoins.

La commission rejette l'amendement.

TITRE II CRÉER UN COLLECTIF DE SOINS AU SERVICE DES PATIENTS

CHAPITRE I^{ER} Promouvoir les projets territoriaux de santé

Article 7

Mobilisation des acteurs autour d'un projet de santé de territoire et validation du projet de santé des communautés professionnelles territoriales de santé par les agences régionales de santé (ARS)

La commission est saisie de l'amendement AS346 de M. Jean-Carles Grelier.

M. Jean-Carles Grelier. Il s'agit simplement de respecter l'esprit et la lettre de l'avis rendu par le Conseil d'État qui s'interrogeait sur l'intérêt d'ajouter au dispositif existant la procédure d'approbation et de formalisation accrue du projet de santé des communautés professionnelles territoriales de santé et l'introduction de la notion de projet territorial de santé. Ne craignez-vous pas de rajouter une couche supplémentaire au mille-feuille, de complexifier les procédures qui ne sont déjà pas simples ? Le Conseil d'État étant souvent réputé pour sa sagesse, il me serait agréable que M. le rapporteur puisse malgré tout donner un avis favorable à mon amendement.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je me propose de vous faire une réponse globale sur l'article 7.

Vous souhaitez supprimer l'article 7 alors qu'il est très important puisqu'il met fin à l'exercice en silo entre la ville et l'hôpital. Je suis parfaitement convaincu de l'utilité du projet territorial de santé qui n'est pas un dispositif administratif supplémentaire, comme vous le supposez. Il s'agit de créer un outil pour que la ville et l'hôpital puissent enfin se mettre autour de la table et travailler ensemble. Lors des auditions, les fédérations hospitalières comme les professionnels libéraux se sont montrés très intéressés par ce dispositif.

La validation des projets de santé des CPTS est un sujet important. Je comprends votre point de vue, et je sais que cette nouvelle procédure d'approbation inquiète certains acteurs, comme j'ai pu le voir lors des auditions, certains acteurs craignant que les CPTS y perdent de leur souplesse, de leur adaptabilité à chaque territoire. C'est au contraire ce qui fait leur force, et je crois qu'il faut le souligner.

Comme vous, je ne souhaite pas que les CPTS soient placées sous la coupe des ARS, mais qu'elles demeurent vraiment à l'initiative des professionnels. C'est exactement ce que prévoit ce projet de loi. Il ne s'agira pas d'une procédure d'autorisation : l'ARS vérifiera simplement que les CPTS couvrent bien l'ensemble du territoire sans zones blanches, sans trou dans la raquette comme j'aime à le dire, et qu'elles évitent de se superposer.

Cette intervention s'effectuera de manière assez souple, sans prescrire de taille optimale aux CPTS qui doivent avant tout s'adapter aux réalités de chaque territoire.

Il s'agira également de s'assurer que le projet de santé de la CPTS existe bien et qu'il ne soit pas en contradiction avec le projet régional de santé.

Cette validation du projet de santé des CPTS par l'ARS ne sera pas un préalable nécessaire à la constitution d'une CPTS, mais seulement à l'octroi de financements par l'ARS et par l'assurance maladie, après que les négociations conventionnelles qui sont en cours auront abouti. Pour le moment, les CPTS sont le fruit d'une démarche tout à fait volontaire, mais lorsqu'il y aura un financement à la clé, il faudra veiller à ne pas susciter la création de coquilles vides : nous devons pour ce faire prévoir quelques garanties. Pour ces raisons, j'émetts un avis défavorable.

M. Jean-Pierre Door. C'est un sujet majeur. Les CPTS ont été construites depuis la dernière législature de façon progressive et ordonnée par les professionnels libéraux eux-mêmes qui se réunissent – ma région est une de celles qui comptent le plus de CPTS.

Ce qu'elles ne veulent pas, c'est être sous la coupe réglée des ARS et de l'administration. Nos rapporteurs sont sympathiques, mais ce sont tous des hospitaliers à plein-temps. Pensez aussi à la médecine libérale sur le terrain : elle n'a pas les mêmes réactions que vous. Si vous voulez créer un lien entre l'hôpital et la ville, laissez libre cours aux professionnels de santé, laissez-leur le soin de s'organiser sans être sous la coupe réglée, obligatoire et surveillée des agences régionales de santé.

Mme Albane Gaillot. Comme l'a dit très justement le rapporteur, on n'est pas du tout dans une logique descendante mais ascendante : on fait confiance aux territoires et aux acteurs. J'ai rencontré des professionnels de santé dans ces CPTS qui souhaitent effectivement cette autonomie et qu'on leur fasse confiance. C'est ce qu'on fait avec ce projet de loi qui ne prévoit pas de régime d'autorisation, mais bien une coordination, une cohérence avec les projets territoriaux de santé.

Voilà ce que je tenais à dire en tant que non professionnelle hospitalière ; c'est aussi faire preuve d'une vision pragmatique des choses.

M. Jean-Carles Grelier. Il y a parfois loin de la coupe aux lèvres... Monsieur le rapporteur, lisez le texte dont vous êtes pour partie l'auteur : l'alinéa 11 de l'article 7 prévoit en effet que « *le projet territorial de santé est soumis à l'approbation du directeur général de l'Agence régionale de santé* ». Quand il s'agit d'une approbation, on est bien dans un régime d'autorisation, et non de déclaration.

Oui à l'association des professionnels de santé, oui à la création de réseaux, oui à la confiance faite aux professionnels de santé, oui à la liberté

donnée aux professionnels de santé de s'organiser comme bon leur semble, mais pas sous un régime d'approbation du directeur général de l'ARS, où tout viendra d'en haut. Les mots ont un sens : dans un régime d'approbation, c'est le directeur général de l'ARS qui décide. Ce ne sont pas les professionnels de santé qui ont le choix.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Monsieur Door, si l'on pense que l'article 7 revient à mettre les CPTS en coupe réglée, on peut effectivement s'inquiéter. Mais ce n'est pas l'objet de cet article.

Alors que la réforme que nous mettons en œuvre fait des CPTS le pivot de l'organisation des soins de proximité dans notre pays, certains voudraient supprimer l'article 7 qui permet aux ARS, qui ont la charge de l'organisation des soins sur notre territoire, de discuter et de vérifier que les CPTS sont en cohérence entre elles et avec les projets de santé publique. Cet article permet simplement à l'ARS d'avoir un regard sur ce que proposent les professionnels et elle peut les amener à évoluer dans une discussion. On a vu arriver des demandes de CPTS infirmiers, de médecins généralistes ou de para-médicaux. Or ce n'est pas du tout l'esprit de la réforme : les CPTS doivent regrouper tous les professionnels de santé du territoire. Si tel n'est pas le cas, il est heureux que l'ARS puisse refuser de valider la CPTS : cela n'a rien d'une coupe réglée, mais une façon de dire que ce n'est pas l'esprit du texte que nous promovons.

Des instructions seront données aux ARS, car il ne s'agit pas d'empêcher les CPTS d'agir, dès lors qu'elles entrent dans le cadre de la négociation conventionnelle. Si nous voulons que toutes les initiatives viennent du terrain, il n'empêche que nous devons cadrer certaines velléités qui ne seraient pas dans l'esprit du texte fondamental. Cet article 7 montre simplement que l'ARS a une forme de regard sur ces organisations qui viennent du terrain.

M. Philippe Vigier. Comme l'ont fort bien dit mes collègues M. Door et M. Grelier, les CPTS sont au moins une mesure positive de ces dernières années qui a fonctionné grâce à cette libre initiative qui a été prise par des professionnels de santé quels qu'ils soient.

Le maillage se fera à partir des territoires. L'article 7 prévoit que le projet territorial de santé soit soumis à l'approbation de l'ARS. C'est cela qui ne va pas et qu'il convient de retravailler d'ici à l'examen du texte en séance publique, car il faut une coconstruction. Une CPTS ne sera jamais identique à une autre.

J'entends la politique des silos que je veux moi aussi décroiser, mais vous ne pourrez pas imposer un cadre rigide partout.

Vous avez pris l'exemple de la CPTS de Châteaudun, dans ma circonscription, dans le plan présenté par le Président de la République.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Il faut conclure !

M. Philippe Vigier. C'est un sujet majeur !

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Tout le monde a le même temps de parole, même si c'est un sujet majeur.

M. Philippe Vigier. L'ARS veut nous contraindre à mettre en place trois CPTS sur un même territoire. Lorsque l'initiative n'est pas au rendez-vous, l'État cherche immédiatement à imposer sa volonté.

M. Jean-Carles Grelier. Je tiens à vous remercier, madame la ministre d'avoir exprimé votre souhait d'aller dans cette direction. Pensez aux centres de santé. Ils sont soumis, non pas à l'approbation du directeur général de l'ARS, mais à un régime déclaratif, l'Agence régionale de santé exerçant un contrôle *a posteriori* – analogue à celui auquel sont soumis les actes des collectivités locales – dans le cadre de sa mission de régulation. Rien n'empêche que les CPTS soient soumises à un tel régime, qui laisserait la pleine initiative aux professionnels de santé.

M. Jean-Pierre Door. La réussite des CPTS tient au fait, et Mme la ministre le sait très bien, qu'elles sont construites à la base, par les seuls professionnels de santé, et non imposées d'en haut. La région Centre, notamment le Sud-Lochois et le Giennois, où l'ensemble des acteurs de santé se sont regroupés au sein de CPTS de taille moyenne qui fonctionnent très bien, nous offre des exemples formidables de cette réussite. De grâce, ne construisons pas des usines à gaz où tout serait chapeauté et imposé d'en haut.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Monsieur Door, je vous rassure : je suis député de la nation et non des médecins. Monsieur Grelier, tout l'enjeu est de s'assurer, d'une part, que le maillage territorial est suffisant pour qu'il n'y ait pas de trous dans la raquette, ni en Charente ni dans la Sarthe, et, d'autre part, que les CPTS ne seront pas des coquilles vides créées dans le seul but de capter les financements qui leur seront alloués.

Par ailleurs, j'ai bien entendu vos réserves : nous examinerons ultérieurement un amendement qui devrait répondre à votre demande, puisqu'il vise à supprimer la possibilité pour l'ARS de prendre l'initiative de créer une CPTS.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS213 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS274 de M. Alain Ramadier, AS487 de Mme Élisabeth Toutut-Picard, AS890 de M. Jean-Pierre Door, AS1054 de Mme Jeanine Dubié, AS1295 de M. Jean-Louis Touraine et AS1434 de M. Jean-Louis Touraine.

M. Paul Christophe. L'amendement AS213 vise à renforcer la représentation et les compétences des représentants des usagers et des collectivités territoriales au sein du conseil territorial de santé, afin qu'ils soient associés plus étroitement à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des projets territoriaux de santé. Une telle disposition contribuerait à affermir la démocratie sanitaire.

M. Jean-Carles Grelier. L'amendement AS274 est défendu.

Mme Élisabeth Toutut-Picard. L'amendement AS487 l'est également.

M. Jean-Pierre Door. Il paraît tout à fait nécessaire de renforcer la place des élus locaux dans les projets territoriaux de santé. Tel est l'objet de l'amendement AS890.

Mme Jeanine Dubié. L'amendement AS1054, identique, est défendu.

M. Jean-Louis Touraine. Il paraît souhaitable que les élus locaux et les usagers du système de santé soient davantage associés à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des projets territoriaux de santé. Nous proposons donc, par l'amendement AS1295, de renforcer leur représentation au sein des conseils territoriaux de santé afin que leur rôle ne se limite pas à un simple enregistrement et qu'ils puissent s'approprier les innovations organisationnelles. Cet amendement – du reste conforme aux vœux de Mme la ministre Gourault et de M. Vigier – contribuerait à renforcer à la démocratie sanitaire.

M. Bernard Perrut. Les conseils territoriaux de santé, créés dans la loi du 26 janvier 2016, ont remplacé les conférences de territoire. Leurs attributions et leur composition sont clairement définies, mais il convient que les élus et les usagers y prennent toute leur place. Tel est l'objet de l'amendement AS1434, qui vise à rapprocher l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé des citoyens, des usagers et de leurs représentants.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Ces amendements sont satisfaits, car le collège des élus et des collectivités, où siègeront en particulier les élus locaux, existe déjà au sein des conseils territoriaux de santé. Par ailleurs, je m'étonne que certains d'entre vous souhaitent que le comité qu'ils appellent de leurs vœux émette un avis sur les projets territoriaux de santé après avoir dénoncé un excès de lourdeur administrative. Pour ces deux raisons, avis défavorable.

M. Bernard Perrut. Certes, monsieur le rapporteur, le collège des élus et des collectivités est clairement reconnu, mais il ne peut pas se réunir en tant que tel. Nous proposons, quant à nous, d'en faire un véritable comité territorial des élus, à l'instar de celui qui existe dans les groupements hospitaliers de territoire (GHT) : un comité autonome, qui se réunit, émet des avis et participe à l'élaboration de la politique de santé. Si ce collège est une instance parmi d'autres, il n'aura pas la faculté de se réunir en tant que tel.

M. Paul Christophe. Ne nous méprenons pas, monsieur le rapporteur. Ce que nous avons dénoncé tout à l'heure, c'est un avis descendant de l'ARS ; l'avis dont il s'agit dans ces amendements serait ascendant puisqu'il émanerait du territoire.

La commission rejette ces amendements.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS1225 de Mme Danielle Brulebois.

Mme Danielle Brulebois. Nous proposons qu'au lieu d'être simplement consulté pour avis, le conseil territorial de santé soit impliqué de la même manière dans l'évaluation des projets territoriaux de santé que dans celle des projets régionaux de santé. Ce faisant, nous entendons renforcer l'investissement des instances de démocratie sanitaire, conformément aux recommandations des associations d'usagers du système de santé.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Votre amendement est satisfait dans la mesure où l'article 7 prévoit explicitement que le projet territorial de santé se fonde sur le diagnostic territorial partagé élaboré par le conseil territorial de santé, qui est ainsi associé, à la fois en amont et en aval, à l'élaboration du projet. Celui-ci, je le répète, ne doit être placé sous la coupe ni de l'ARS ni de la démocratie sanitaire, aussi importante soit-elle. Il doit être le fruit de l'initiative des acteurs de santé de terrain et être un outil à leur main, faute de quoi il serait potentiellement voué à l'échec. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS1394 du rapporteur.

Elle examine ensuite l'amendement AS198 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

M. Paul Christophe. Il est défendu.

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

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS434 de Mme Barbara Bessot Ballot.

M. Anthony Cellier. Cet amendement vise à inclure dans le diagnostic territorial partagé les projets des services d'urgence et de secours territorialement compétents, afin d'améliorer la coopération et la mutualisation des organisations.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Vous proposez que le diagnostic territorial partagé prenne en compte les projets des services d'urgence et de secours territorialement compétents. Contrairement aux projets médicaux des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) ou aux projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé, ces documents ne sont pas prévus par la loi ; cependant, les projets des services d'urgence sont indirectement pris en compte via les projets médicaux des établissements de santé. Au demeurant, rien n'empêche le conseil territorial de santé de prendre en compte d'autres éléments que ceux figurant dans la liste : celle-ci n'est pas limitative. Avis défavorable.

L'amendement est retiré.

La commission en vient à l'examen des amendements identiques AS25 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS111 de M. Vincent Descoeur et AS177 de Mme Nadia Ramassamy.

M. Paul Christophe. L'amendement AS25 est défendu.

M. Thibault Bazin. L'amendement AS111 l'est également, madame la présidente.

Mme Nadia Ramassamy. Un projet territorial de santé définissant les modalités d'amélioration de l'accès aux soins et de la coordination des parcours de santé, notamment l'organisation de l'accès à la prévention, aux soins de proximité et aux soins spécialisés sur l'ensemble du territoire, constituerait une nouvelle couche administrative dans l'organisation territoriale. Si des éléments du projet de santé doivent être coordonnés à l'échelon d'un territoire de santé, ils doivent l'être dans le cadre d'une concertation avec tous les acteurs et non au travers d'une nouvelle organisation administrative qui nuit à la visibilité de l'organisation sanitaire des territoires. L'amendement AS177 tend donc à supprimer ce dispositif.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Avis défavorable, pour les mêmes raisons que celles que j'ai exposées lors de l'examen de l'amendement de suppression de l'article.

La commission rejette ces amendements.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS321 de Mme Josiane Corneloup et AS717 de M. Philippe Vigier.

Mme Josiane Corneloup. La multiplication de collectifs d'acteurs et de projets – équipes de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé, plateforme territoriale d'appui, conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie, conseils territoriaux de santé – risque de provoquer une confusion et une déperdition de la mobilisation des acteurs, en multipliant les instances et groupes de travail, voire de créer une concurrence entre différents collectifs d'acteurs. L'objet de l'amendement AS321 est donc de donner un rôle central au Conseil territorial de santé, instance de démocratie en santé, dans l'élaboration des projets territoriaux de santé.

M. Philippe Vigier. Si l'on veut que le dispositif soit efficace, il faut simplifier, coordonner et mettre autour de la table tous ceux qui, de près ou de loin, participent à la politique de santé, en les réunissant au sein de ce qui serait en quelque sorte un parlement territorial de santé.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je dirai, pour reprendre les mots de M. Vigier : laissons l'initiative aux professionnels de santé de terrain ! Le projet territorial de santé doit être à leur main. Avis défavorable.

La commission rejette ces amendements.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS1288 de Mme Sophie Mette.

Mme Justine Benin. Cet amendement tend à mobiliser le plus grand nombre d'acteurs possible dans l'élaboration du projet de santé en offrant une plus grande liberté d'initiative sans que celle-ci soit conditionnée par la constitution d'un CPTS, surtout s'il n'y a pas d'obligation de développer un projet territorial de santé.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Vous proposez que le projet territorial de santé soit initié, soit par les professionnels de ville réunis en communauté professionnelle territoriale, soit par un établissement de santé, social ou médico-social. Or, l'enjeu de ce projet de loi est précisément de mettre les différents acteurs autour de la table : le projet doit être initié à la fois par la communauté professionnelle de santé et par l'établissement. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS189 de Mme Nadia Ramassamy.

Mme Nadia Ramassamy. Cet amendement tend à renforcer le rôle des commissions médicales d'établissement dans l'élaboration des projets territoriaux de santé. En effet, parce qu'ils sont proches des enjeux et des patients, les professionnels de santé ont un rôle essentiel à jouer dans le développement de projets territoriaux adaptés aux situations locales. Aussi proposons-nous de substituer l'établissement de santé à la commission médicale d'établissement dans l'élaboration des projets territoriaux de santé.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. C'est à l'établissement de santé lui-même d'être acteur de son territoire, et non à sa commission médicale, à sa commission de soins infirmiers ou à son directoire. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie des amendements identiques AS940 de M. Joël Aviragnet et AS1261 de M. Jean-Hugues Ratenon.

M. Joël Aviragnet. L'amendement AS940 a pour objet de renforcer le rôle du conseil territorial de santé en prévoyant notamment que celui-ci procède à une évaluation périodique des projets territoriaux de santé.

M. Jean-Hugues Ratenon. L'amendement AS1261, qui nous a été proposé par APF France Handicap, est soutenu par Médecins du monde et par la Fédération des acteurs de la solidarité.

Le Conseil territorial de santé paraît légitime pour assurer l'opérationnalité des projets territoriaux de santé : il garantit la représentativité de tous les acteurs d'un territoire et assure la cohérence du projet avec le diagnostic partagé qu'il a

élaboré. En outre, cette instance de démocratie sanitaire existe déjà, elle est identifiée et permet de rassembler l'ensemble des acteurs de santé dans les territoires. La création d'un niveau supplémentaire peut susciter une forme de confusion, voire une incompréhension, et nuire ainsi à l'efficacité de la mobilisation des acteurs.

Par ailleurs, les projets territoriaux de santé doivent faire l'objet d'une évaluation, dont la périodicité doit être clairement établie, en lien avec le diagnostic territorial partagé. Enfin, nous proposons une clarification rédactionnelle afin que soient pris en compte les projets des établissements et services médico-sociaux plutôt que leurs projets médicaux, qui n'existent pas.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Encore une fois, c'est aux professionnels de terrain de prendre l'initiative des actions. C'est ainsi que nous rendrons l'exercice en ville plus attractif, et nos débats ont montré combien c'était nécessaire. Avis défavorable.

La commission rejette ces amendements.

Puis elle est saisie de l'amendement AS472 de M. Vincent Rolland.

M. Vincent Rolland. Le dispositif PAÏS (Plateforme alternative d'innovation en santé) vise à instaurer une médecine de proximité pour lutter contre la désertification médicale. Il permet ainsi de former l'intégralité du personnel d'un hôpital pour qu'il puisse donner les premiers soins en attendant l'arrivée du SAMU, notamment dans des zones rurales difficiles d'accès. Il promeut également l'enseignement, dès le plus jeune âge, au cours du cursus scolaire, des soins les plus rudimentaires qui peuvent sauver des vies. Il convient donc de l'intégrer aux dispositifs que proposent les communautés professionnelles territoriales de santé et les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Le dispositif PAÏS, dont j'ai pris connaissance l'an dernier dans le cadre de mes travaux sur les soins non programmés, a été précurseur. Toutefois, il pourra désormais, grâce à ce texte, prendre la forme d'un projet territorial de santé. Aussi ne me semble-t-il pas nécessaire de l'inscrire dans la loi. Avis défavorable.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. J'ai moi-même eu l'occasion de rencontrer les responsables de cette structure, qui est en effet très intéressante ; il faut les saluer.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite, en discussion commune, l'amendement AS1507 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et les amendements identiques AS323 de Mme Josiane Corneloup, AS365 de M. Gilles Lurton, AS500 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS946 de M. Joël Aviragnet et AS1500 de M. Jean-Hugues Ratenon.

M. Paul Christophe. L'amendement AS1507 est de précision.

Mme Josiane Corneloup. Par l'amendement AS323, nous proposons une clarification rédactionnelle : il convient que soient pris en compte les projets des établissements et services médico-sociaux, et non leurs projets médicaux.

M. Gilles Lurton. L'amendement AS365 est défendu.

M. Paul Christophe. L'amendement AS500 l'est également.

Mme Gisèle Biémouret. L'amendement AS946 aussi.

M. Jean-Hugues Ratenon. L'amendement AS1500 est défendu.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je demande de retrait de l'amendement AS1507, qui est en contradiction avec les suivants, auxquels je donne un avis favorable.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Monsieur Christophe, maintenez-vous l'amendement AS1507 ?

M. Paul Christophe. Je le retire, madame la présidente. Je ne peux pas gagner sur les deux tableaux...

L'amendement AS1507 est retiré.

La commission adopte les amendements AS323, AS365, AS500, AS946 et AS1500.

Elle examine ensuite l'amendement AS1258 de M. Jean-Louis Touraine.

M. Jean-Louis Touraine. Afin d'améliorer le parcours de santé des élèves et des étudiants, nous proposons que les autorités académiques, qui sont chargées de la médecine scolaire, et les organismes chargés de la médecine universitaire puissent participer à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet territorial de santé. Cette disposition renforcerait, en outre, l'ancrage territorial de ces structures.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Selon moi, la médecine scolaire compte déjà parmi les services de santé mentionnés au présent article. Il n'y a donc pas lieu de l'inscrire dans le texte. Je vous demande de bien vouloir retirer l'amendement ; à défaut, avis défavorable.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Cet amendement nous paraît tout à fait intéressant. Au niveau gouvernemental, la politique de prévention est interministérielle. De fait, pour être efficace, l'ensemble des secteurs – santé, éducation, sport... – doivent être concernés. Or il me paraît nécessaire que cette politique interministérielle se traduise au niveau local. À cet égard, il est intéressant que l'ensemble des professeurs puissent être formés à la promotion de

la santé. Ainsi, dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, une expérimentation, Alliance, regroupe le rectorat, l'ARS, l'université et les élus locaux. C'est ainsi que la politique de prévention portera ses fruits. Nous voterons donc cet amendement.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Dans l'esprit, nous sommes tous d'accord sur le fait que ces services doivent participer aux projets territoriaux, mais ils y sont déjà invités. Plus on mentionne d'instances dans la loi, plus on risque d'en oublier et de dresser ainsi une liste qui ne sera pas exhaustive. C'est pourquoi nous sommes défavorables à l'inscription de ces instances dans le texte. Nous préférons laisser le dispositif ouvert et partir du principe que ces services participeront aux projets territoriaux, comme c'est déjà le cas. Du reste, l'ensemble des ARS ont signé, vous le savez, des accords avec les rectorats. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS483 de M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. Pour que la communauté professionnelle territoriale de santé parvienne à attirer du personnel et ne reste pas une structure vide, il faut que le projet territorial de santé intègre clairement une politique d'attractivité des professionnels de santé fondée sur les stages. La médecine libérale souffre d'un véritable problème d'attractivité. Or, c'est lors de leurs stages que les étudiants mûrissent leur projet professionnel. Il est donc primordial de développer les terrains de stage en médecine de ville afin de renforcer l'appétence des étudiants pour cette spécialité.

J'en profite, madame la ministre, pour appeler votre attention sur la question des maîtres de stage. Si nous voulons que, demain, les étudiants soient le plus nombreux possible, il faudra assouplir le statut de maître de stage et renforcer leur disponibilité au niveau de la médecine de ville.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Vous souhaitez que les acteurs de santé puissent assurer, grâce aux maîtres de stage, un accueil de stagiaires au sein des CPTS. Or, je ne pense pas que celles-ci soient, à ce jour, suffisamment mûres pour cela. Elles doivent, au préalable, répondre à leur mission première, qui est d'assurer l'accès aux soins. Des négociations sont d'ailleurs en cours sur les missions socles des CPTS. En conséquence, avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS1350 de Mme Caroline Janvier.

Mme Emmanuelle Fontaine-Domeizel. Le présent amendement a pour objet de créer, au niveau départemental, qui est un échelon de proximité, une instance composée d'élus locaux qui serait consultée deux fois par an par le directeur général de l'ARS, afin de guider la constitution des CPTS vers la

satisfaction des besoins de terrain. Dans l'état actuel du texte, les collectivités territoriales sont, certes, citées, mais aucune précision n'est apportée sur le cadre de leur association.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Les collectivités se voient déjà reconnaître une place, notamment dans le conseil territorial de santé. Il ne me paraît pas nécessaire de créer une instance *ad hoc*, la gouvernance étant assez complexe. Encore une fois, ces projets doivent être élaborés sur l'initiative des professionnels de santé. Je vous suggère donc de retirer l'amendement ; à défaut, j'y serai défavorable.

L'amendement est retiré.

La commission est saisie de l'amendement AS1245 de M. Jean-Louis Touraine.

M. Jean-Louis Touraine. Les centres de santé, les groupements de coopération sanitaire, certaines associations loi de 1901 sont des acteurs importants de la santé et de la prévention dans les territoires. Il serait donc dommageable qu'ils ne soient pas suffisamment associés à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet territorial de santé. Aussi l'amendement vise-t-il à favoriser la coopération et la synergie entre les différents acteurs au niveau local dans les domaines concernant le sanitaire et le médico-social.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Les groupements de coopération sanitaire et les centres de santé sont déjà considérés comme des services de santé et sont donc inclus dans l'alinéa 5 de l'article 7. Quant aux associations loi de 1901, il est difficile d'imaginer, compte tenu de leur nombre, qu'elles puissent être systématiquement associées au projet territorial de santé. Je vous suggère donc de retirer l'amendement ; à défaut, j'y serai défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS284 de M. Paul Christophe, AS1492 de M. Joël Aviragnet et AS1554 de M. Brahim Hammouche.

M. Paul Christophe. L'amendement AS284 vise à associer davantage les représentants des usagers, qui sont les premiers concernés par la réforme de notre système de santé, et les élus locaux à l'organisation des projets territoriaux de santé. Il s'agit de veiller à leur présence lors de la mise en œuvre et de l'évaluation de ces projets.

Mme Gisèle Biémouret. L'amendement AS1492 vise à préciser le rôle des associations et des instances de démocratie sanitaire dans le PTS, à donner plus de poids au directeur général de l'ARS pour susciter ce type de projets dans les territoires fragiles et à inscrire le PTS dans une temporalité nécessaire à la mise en mode projet de tous ces acteurs. Par ailleurs, l'amendement tend à inscrire dans la loi la participation de représentants d'usagers aux CPTS.

M. Brahim Hammouche. L'amendement AS1554 vise à préciser le rôle des associations et des instances de démocratie sanitaire dans le PTS et à rattacher celui-ci à un diagnostic partagé et réactualisé, nécessaire à la coordination de tous ces acteurs.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Avis favorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Ces amendements m'offrent l'occasion de réaffirmer mon souhait d'impliquer les élus et les collectivités territoriales dans le dispositif. Je suis donc très favorable à ces amendements qui permettent d'associer les collectivités et les usagers à la mise en œuvre et à l'évaluation du projet territorial de santé.

Mme Gisèle Biémouret. Je vous remercie, madame la ministre, car les collectivités ont parfois le sentiment de financer sans avoir leur mot à dire.

La commission adopte ces amendements.

Puis elle examine les amendements identiques AS286 de M. Paul Christophe, AS861 de M. Jean-Pierre Door et AS1229 de Mme Delphine Bagarry.

M. Paul Christophe. Nous savons que les patients peuvent rencontrer des difficultés d'accès aux soins, notamment lorsqu'il s'agit de soins non programmés. Ces derniers sont à l'origine d'une désorganisation du cabinet médical et d'un engorgement des urgences. En conséquence, il paraît important de permettre, dans le cadre du projet territorial de santé, l'organisation de l'accès aux soins non programmés, en tenant compte des spécificités de chaque territoire.

La politique de dépistage doit, par ailleurs, être également inscrite dans le projet territorial afin de renforcer son efficacité. La France accuse en effet un retard conséquent dans ce domaine, notamment en matière de dépistage du cancer colorectal, pour lequel notre pays reste bien en deçà des objectifs européens.

L'amendement AS286 tend donc à préciser que le PTS peut organiser les soins non programmés et le dépistage.

M. Jean-Pierre Door. Mon amendement AS861 a le même objet. Madame la ministre, je connais votre engagement en faveur de la politique de dépistage, puisque vous avez dirigé l'Institut national du cancer (INCA). Je crois donc que vous serez favorable à l'amendement AS861, qui vise à inclure cette politique dans les PTS. Cette disposition est d'autant plus importante que certains dépistages sont, nous le savons, sous-effectués. Si nous voulons nous rapprocher des autres pays européens, il faut que nous soyons beaucoup plus performants dans ce domaine.

Mme Delphine Bagarry. Les soins non programmés doivent également faire partie intégrante des projets territoriaux de santé (PTS). Le projet territorial de santé doit pouvoir organiser l'accès aux soins non programmés afin de garantir

un accueil inconditionnel des patients. C'est également l'objet de mon amendement AS1229.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Vous savez à quel point les soins non programmés font partie de mes priorités, mais la rédaction actuelle les inclut par nature par nature dans l'accès aux soins, tout comme le dépistage fait pleinement partie de la prévention. Vos amendements me semblent satisfaits et je vous demanderai donc de bien vouloir les retirer. Dans le cas contraire, j'y serai défavorable.

M. Arnaud Viala. Monsieur le rapporteur, je ne suis pas de votre avis. Dans les territoires, en particulier les plus ruraux, les plus éloignés, géographiquement et sur le plan médical, des procédures de dépistage, l'inscription du dépistage dans le projet territorial de santé aurait permis de rattraper une forme de retard. Je regrette votre avis défavorable.

La commission rejette les amendements.

La réunion, suspendue à onze heures quinze, est reprise à onze heures trente.

La commission en vient aux amendements identiques AS13 de Mme Ericka Bareigts et AS649 de Mme Michèle de Vaucouleurs.

Mme Ericka Bareigts. Le projet territorial de santé, tel que présenté à l'article 7, ne prend pas en compte l'offre médico-sociale dite spécifique comme offre nécessaire à la coordination des parcours de santé. Cette offre spécifique recouvre les appartements de coordination thérapeutique, les lits d'accueils médicalisés et les lits halte soins santé, en charge de la coordination des parcours complexes. En outre, le projet régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) est l'outil légal de l'ARS pour planifier et réguler l'offre destinée aux personnes en situation de précarité.

L'amendement AS13 tend à corriger l'article 7 en intégrant les établissements médico-sociaux spécifiques et le PRAPS dans les projets territoriaux de santé en tant qu'outils de planification cohérents pour répondre aux besoins des personnes malades en situation de précarité.

Mme Michèle de Vaucouleurs. L'amendement AS649 rappelle que les établissements médico-sociaux spécifiques représentent une offre de soins essentielle car ils accueillent des publics particulièrement fragiles ; il est donc nécessaire que celle-ci soit prise en compte dans les futurs projets territoriaux de santé, qui doivent veiller à améliorer l'accès aux soins et la coordination des parcours de santé.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Les établissements médico-sociaux, déjà mentionnés dans l'article 7, seront pleinement intégrés aux projets territoriaux de santé, pour peu qu'ils en prennent l'initiative avec les autres

acteurs. Il n'est donc pas nécessaire – voire il serait contre-productif – de préciser tous les établissements médico-sociaux concernés : à mentionner tous les établissements spécifiques, on en deviendrait trop... spécifique. Je vous demanderai donc de bien vouloir retirer vos amendements.

Mme Ericka Bareigts. On ne précise jamais trop... L'ajout du qualificatif « *spécifique* » vise à inclure des établissements bien particuliers et la notion de précarité, qu'il est essentiel d'intégrer dans la logique des projets territoriaux.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Monsieur le rapporteur, ces établissements font-ils partie de ceux mentionnés à l'alinéa 10 en matière de soins de proximité ou de soins spécialisés ? Dans le cas contraire, il est préférable de le préciser.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Oui, ils sont mentionnés à l'alinéa 10.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Dans ce cas, je retire mon amendement.

L'amendement AS649 est retiré.

La commission rejette l'amendement AS13.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Je vous propose d'examiner successivement dix-sept amendements portant sur le contenu du projet territorial de santé (PTS). Le rapporteur donnera ensuite son avis sur tous ces amendements, avant que nous ne procédions aux votes successifs.

La commission examine successivement les amendements identiques AS360 de M. Gilles Lurton, AS1174 de M. Pierre Dharréville, AS1498 de M. Brahim Hammouche et AS1499 de M. Adrien Quatennens, les amendements identiques AS837 de M. Brahim Hammouche et AS1289 de M. Jean-Louis Touraine, puis les amendements AS1496 de M. Paul Christophe, AS651 de M. Jean-Pierre Cubertafo, AS227 de Mme Yolaine de Courson, AS653 de M. Jean-Pierre Cubertafo, les amendements identiques AS239 de M. Paul Christophe et AS1159 de M. Pierre Dharréville, et, enfin, les amendements identiques AS359 de M. Gilles Lurton, AS801 de M. Brahim Hammouche et AS1273 de M. Adrien Quatennens.

M. Gilles Lurton. L'amendement AS360 s'inscrit dans la continuité de l'amendement AS361 que j'avais défendu avant l'article 7.

L'article 7 crée le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé, qui concrétisent l'objectif d'organiser une offre de santé coordonnée entre tous les acteurs d'un territoire, autour des réalités et des besoins en santé des populations. Cet article fonde l'approche de responsabilité populationnelle, au cœur du projet de loi.

Dans le cadre de cette approche, l'amendement AS360 propose qu'une prise en compte explicite de tous les publics – notamment des populations précaires, souvent soumises à des refus de soins et éloignées des offres de prévention et de soins – soit intégrée dans les diagnostics territoriaux et projets territoriaux de santé. Cette prise en compte spécifique permettrait de penser le projet territorial en conséquence et participerait donc à rapprocher les personnes d'une offre de santé adaptée, réduisant ainsi les inégalités sociales de santé. Les dispositifs comme les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) de ville, déjà expérimentés dans plusieurs territoires, ou encore la médiation en santé, pourraient par exemple y être intégrés.

M. Pierre Dharréville. L'article 7 crée le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé, qui concrétisent l'objectif d'organiser une offre de santé coordonnée entre tous les acteurs d'un territoire, autour des réalités et des besoins en santé des populations.

Dans ce nouveau cadre, mon amendement AS1174 propose d'intégrer une prise en compte explicite de tous les publics – notamment des populations précaires, souvent soumises à des refus de soins et éloignées des offres de prévention et de soins – dans les diagnostics territoriaux et projets territoriaux de santé. Cette prise en compte spécifique permettrait de penser le projet territorial en conséquence.

M. Brahim Hammouche. L'amendement AS1498 propose que soient explicitement prises en compte les populations précaires – souvent invisibles et éloignées des offres de prévention et de soins – dans les instances comme dans les diagnostics territoriaux et les projets territoriaux de santé.

M. Jean-Hugues Ratenon. L'article 7 crée le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé, qui concrétisent l'objectif d'organiser une offre de santé coordonnée entre tous les acteurs d'un territoire, autour des réalités et des besoins en santé des populations. Cet article fonde l'approche de responsabilité populationnelle.

Dans le cadre de cette approche, l'amendement AS1499 propose qu'une prise en compte explicite de tous les publics – notamment des populations précaires, souvent soumises à des refus de soins et éloignées des offres de prévention et de soins – soit intégrée dans les diagnostics territoriaux et projets territoriaux de santé. Cette prise en compte spécifique permettrait de penser le projet territorial en conséquence et participerait donc à rapprocher les personnes d'une offre de santé adaptée, réduisant ainsi les inégalités sociales de santé. Les dispositifs comme les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) de ville, déjà expérimentés dans plusieurs territoires, ou encore la médiation en santé, pourraient par exemple y être intégrés.

M. Brahim Hammouche. Mon amendement AS837 vise à s'assurer que le projet territorial de santé, pivot de la coordination des soins sur le territoire,

prend en compte les soins non programmés, c'est-à-dire la permanence et la continuité des soins, afin notamment de désengorger les urgences hospitalières. Cette responsabilité doit être partagée entre tous les acteurs de santé.

M. Jean-Louis Touraine. Je n'ai pas besoin de rappeler l'augmentation permanente et préoccupante de l'activité des urgences hospitalières, qui est en partie la conséquence de l'insuffisance de la participation de la médecine de ville à la permanence des soins et à la prise en charge des soins non programmés. Pour orienter les urgences entre hôpitaux et médecine de ville dans un sens plus équilibré, l'amendement AS1289 propose que l'ensemble des parties prenantes et des professionnels de santé élaborent les modalités de la permanence des soins dans le cadre du projet territorial de santé.

M. Paul Christophe. C'est l'occasion de revenir sur la question des stages. Il est primordial de développer les terrains de stage en médecine de ville afin d'améliorer l'appétence des étudiants pour cette spécialité. Pour amener ces étudiants sur les territoires, il faut également mieux les accompagner dans leurs déplacements et pour leur hébergement.

Par le biais des maîtres de stages, l'amendement AS1496 permettra aux acteurs de santé territoriaux d'accueillir les stagiaires au sein des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pour des stages à orientation interprofessionnelle. En outre, l'intégration des hébergements territoriaux des étudiants en santé au projet territorial permettrait de répondre à la contrainte d'hébergement des stagiaires dans les zones dites sous-dotées.

Enfin, le projet territorial de santé a vocation à favoriser la recherche sur les parcours de soins, les pratiques professionnelles, l'utilisation des produits de santé en condition de vie réelle ou encore la réalisation de recherches en soins primaires.

M. Jean-Pierre Cubertafon. L'amendement AS651 vise à inclure dans le projet territorial de santé des modalités susceptibles de faciliter l'intégration des nouveaux praticiens au réseau professionnel du territoire. Les acteurs locaux déploient une énergie importante pour attirer de nouveaux professionnels de santé, souvent par le biais de la promotion touristique de leur territoire.

Mais beaucoup d'internes et de jeunes médecins ne considèrent pas les atouts touristiques comme déterminants dans leur choix d'installation. L'organisation d'événements conviviaux, l'intégration aux groupes qualité, la constitution d'annuaires professionnels territoriaux, la multiplication de journées d'observation auprès d'autres professionnels ou au sein de l'hôpital au cours des stages d'internat sont autant de modalités susceptibles de faciliter l'intégration.

Le présent amendement propose que le projet territorial de santé serve d'outil pour élaborer ces dispositifs. Construit avec la participation des communautés professionnelles et des établissements du territoire, il semble l'instrument adéquat pour mener à bien cette mission.

Mme Fadila Khattabi. L'amendement AS227 vise à intégrer dans le projet territorial de santé une réflexion sur l'accueil des étudiants stagiaires sur le territoire, au sein des CPTS. Les médecins souhaitent accueillir des jeunes sur leur territoire, et les jeunes sont prêts à venir en stage, si les CPTS leur offrent des conditions d'accueil adéquates. Il ne s'agit en aucun cas d'obliger à accueillir des étudiants stagiaires, mais de réfléchir à une stratégie de formation et d'accueil des étudiants stagiaires, dans le cadre du projet territorial de santé.

M. Jean-Pierre Cubertafon. L'amendement AS653 vise à faire des communautés professionnelles territoriales de santé un outil permettant de faciliter l'intégration des nouveaux praticiens au réseau professionnel du territoire. Les arguments sont les mêmes que ceux précédemment développés pour l'amendement AS651.

M. Paul Christophe. Le projet territorial de santé doit être élaboré en coordination avec les outils déjà existants, afin de ne pas empiler les dispositifs sans cohérence d'ensemble.

Le contrat local de santé, introduit par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) et réaffirmé par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, est un outil porté conjointement par les agences régionales de santé (ARS) et une collectivité locale. En plein développement, il fonctionne car il permet de mettre en œuvre une politique de santé au plus près des besoins du territoire, avec le concours des acteurs locaux.

Au regard des missions qui seront confiées au CPTS, il serait très profitable que ces dernières puissent s'appuyer sur les contrats locaux de santé existants pour assurer une parfaite cohérence des moyens mis en œuvre. L'amendement AS239 vise à préciser que le projet territorial de santé peut s'appuyer sur ces contrats.

M. Jean-Philippe Nilor. L'amendement AS1159 a été rédigé par mon excellent collègue Pierre Dharréville. Aucun de ceux qu'il a présentés n'a fait l'objet d'un avis favorable ; j'espère que cela va changer...

Le contrat local de santé est un outil porté conjointement par les ARS et une collectivité locale. Il serait très profitable que les missions confiées aux CPTS s'appuient sur les contrats locaux de santé, lorsque ceux-ci existent, pour assurer une meilleure cohérence des moyens mis en œuvre.

M. Gilles Lurton. L'amendement AS359 est défendu.

M. Brahim Hammouche. L'amendement AS801 propose que les populations précaires et éloignées des offres de prévention et de soins soient explicitement prises en compte dans les diagnostics territoriaux et les projets territoriaux de santé. Ainsi, les PTS pourraient concourir à la définition d'offres de santé adaptées et à la réduction des inégalités sociales de santé.

M. Jean-Hugues Ratenon. L'amendement AS1273 a le même objet que mon amendement AS1499. Il est défendu.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Si l'objectif est que les professionnels de terrain s'approprient le projet territorial de santé, on peut déjà se réjouir que les parlementaires s'en soient emparés, au vu du foisonnement d'amendements déposés sur le sujet !

Pour que tous les professionnels du territoire s'en saisissent et aient envie de se mettre autour de la table, le PTS doit rester souple et être simple dans sa mise en œuvre. En outre, l'accès aux soins des populations les plus précaires comme la permanence de soins entrent pleinement dans son périmètre. Vos demandes à cet égard sont donc satisfaites.

Insérer la formation dans les objectifs des projets territoriaux de santé me semble un peu prématuré. Il ne faut pas mettre la charrue avant les bœufs, d'autant qu'à vouloir tout lister, on risque à la fois d'oublier des points et de surtout compliquer le dispositif, ce qui pourrait avoir un effet repoussoir pour les professionnels de santé.

Certains amendements concernent l'intégration et la qualité de vie des professionnels. Il s'agit d'objectifs secondaires dans les projets territoriaux de santé. En effet, si les professionnels se mettent autour de la table, s'organisent et se coordonnent – c'est la philosophie même du projet de loi –, la qualité de vie au travail sera forcément améliorée.

Mon avis sur tous ces amendements sera donc globalement défavorable.

M. Jean-Louis Touraine. J'aimerais rappeler à notre rapporteur, qui connaît bien les difficultés rencontrées par les services d'urgence, que s'il est bien un domaine qu'il faut mettre en avant dans les PTS, c'est la prise en charge des soins non programmés ! Pour l'instant, aucune des mesures prises, ni l'année dernière, ni il y a deux, trois, quatre ou cinq ans, n'a jamais enrayé la progression considérable et constante de l'activité des urgences hospitalières. Elle atteint un niveau qui devient préoccupant et même dangereux.

Nous devons saisir l'opportunité que constituent les PTS : les médecins libéraux, les médecins hospitaliers et tous les acteurs concernés doivent s'asseoir autour d'une table pour définir ensemble l'organisation de la permanence des soins, les gardes, etc.

Il ne s'agit pas de contraindre – depuis la réforme Mattei, il n'y a plus de contraintes – mais d'œuvrer ensemble afin de trouver une solution et que l'hôpital ne se débrouille plus seul pour gérer toute la bobologie, comme actuellement.

M. Jean-Philippe Nilor. Ma question sera de principe, autant que de méthode, Je ne comprends pas le bien-fondé du rejet de nos amendements par le rapporteur. Sans remettre en cause la liberté et la capacité d'initiative des acteurs

de terrain, il est normal que le législateur rappelle expressément certains principes dans la loi, notamment de justice et d'équité sociales.

M. Philippe Vigier. Notre collègue Touraine a parfaitement raison : on ne peut plus rester les yeux fermés face à ce que se passe aux urgences. On ne peut pas continuer avec ce fonctionnement en silos séparés, pour reprendre l'expression du rapporteur. Il faut aborder la question de la prise en charge aux urgences et des soins non programmés. Les CPTS sont le lieu idéal de la rencontre et du dialogue. Elles permettront de déterminer qui fait quoi, comment on le fait et avec quel protocole on l'assure. Faute de quoi on passera à côté d'un enjeu majeur et on maintiendra dans cette dichotomie entre le public et le privé.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Les amendements que vous proposez sont satisfaits par la rédaction actuelle de l'article. Les propositions que vous formulez risquent de conduire à des oublis ou à des exclusions et d'alourdir considérablement le dispositif.

Monsieur Vigier, l'article 7 vise le PTS et non les CPTS. On peut vite s'y perdre – cela m'est arrivé lors des auditions ! Nous sommes toujours doués pour créer de nouveaux sigles...

Le projet territorial de santé permettra aux professionnels libéraux et aux établissements de se mettre autour de la table de façon volontaire. Conservons ce cadre souple afin justement que les professionnels de terrain s'en emparent.

Je reste sur ma demande de retrait de ces amendements. À défaut, mon avis sera défavorable.

La commission adopte les amendements identiques AS360, AS1174, AS1498 et AS1499, puis les amendements identiques AS837 et AS1289.

Ensuite de quoi, elle rejette successivement les amendements AS1496, AS651, AS227 et AS653, les amendements identiques AS239 et AS1159 ainsi que les amendements identiques AS359, AS801 et AS1273.

Elle en vient à l'examen, en discussion commune, des amendements identiques AS366 de M. Gilles Lurton, AS951 de M. Joël Aviragnet, AS1491 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS1501 de M. Jean-Hugues Ratenon, AS1518 de Mme Josiane Corneloup et AS1521 de M. Philippe Vigier, et de l'amendement AS657 de M. Brahim Hammouche.

M. Gilles Lurton. L'amendement AS366 est défendu.

M. Joël Aviragnet. L'amendement AS951 concerne l'évaluation et la programmation dans le temps du PTS, en lien avec le diagnostic territorial partagé.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. L'amendement AS1491 vise à faire correspondre le projet territorial de santé et le diagnostic territorial partagé, auquel il est rattaché. Il propose également une clarification rédactionnelle afin de

prendre en compte les projets des établissements et services médico-sociaux, et non leurs projets « médicaux », qui n'existent pas.

Mme Caroline Fiat. L'amendement AS1501 propose que le projet territorial de santé s'inscrive dans la même durée que le diagnostic territorial partagé auquel il est rattaché. Le conseil territorial de santé est l'instance de démocratie en santé qui apparaît légitime pour mener à bien cet exercice.

Mme Josiane Corneloup. Au regard de la multiplication des collectifs d'acteurs et de projets, l'amendement AS1518 vise à donner un rôle central au conseil territorial de santé, instance de démocratie en santé, dans l'élaboration des projets territoriaux de santé.

Mme Jeanine Dubié. L'amendement AS1521 vise à donner un rôle central au conseil territorial de santé, instance de démocratie en santé, dans l'élaboration des projets territoriaux de santé. En outre, ces projets doivent faire l'objet d'une évaluation, selon une périodicité clairement établie et en lien avec le diagnostic territorial partagé.

M. Brahim Hammouche. L'amendement AS657 vise à préciser le rôle des associations et des instances de démocratie sanitaire dans le PTS. Il rattache le PTS à un diagnostic partagé et réactualisé, nécessaire à la coordination de tous les acteurs.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Ces amendements sont intéressants. Au cours des auditions, je m'étais moi-même posé la même question. Mais, en réalité, ils posent une difficulté en ce qu'ils retirent aux acteurs du projet territorial de santé la main qu'ils ont sur ce projet. Or, je le répète, nous souhaitons qu'ils soient les seuls décisionnaires de son contenu et de sa durée, cette dernière devant s'adapter aux territoires.

C'est toute la philosophie du projet de loi : il faut que les acteurs puissent réviser le PTS quand ils le souhaitent, afin de leur laisser toute la souplesse et les marges de manœuvre dont ils ont besoin. Je le répète également, le projet territorial de santé ne doit être ni sous la coupe de l'ARS ni sous celle de la démocratie sanitaire.

Mon avis sur les amendements identiques sera donc défavorable. Quant à votre amendement AS657, monsieur Hammouche, il est satisfait. Je vous suggère de le retirer.

M. Brahim Hammouche. Même si vous estimez qu'il est satisfait, il me semble préférable de l'écrire : en l'état actuel du droit, la disposition n'est pas efficiente.

Mme Jeanine Dubié. Vous ne nous avez pas répondu sur la périodicité : il serait utile de rattacher le projet territorial de santé au diagnostic territorial partagé car la situation peut évoluer sur un territoire.

M. Philippe Vigier. L'efficacité naît de la coordination. Il serait dommage que le diagnostic soit en décalage complet avec le projet territorial de santé.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. En l'état actuel de la rédaction du projet de loi, rien n'interdit que le projet territorial de santé soit révisé, en lien avec le diagnostic territorial. Nous souhaitons simplement faire confiance aux acteurs de terrain et faire en sorte qu'ils gardent la main. Mais rien ne les empêche de revoir le projet territorial de santé en fonction du diagnostic. Je maintiens mon avis défavorable.

La commission rejette les amendements identiques.

Elle rejette également l'amendement AS657.

Elle en vient à l'amendement AS1215 de M. Jean-Louis Touraine.

M. Jean-Louis Touraine. Cet amendement propose d'inscrire dans la loi le principe de responsabilité populationnelle, lequel veut que tous les acteurs de santé du territoire – inclus dans le PTS – soient responsables de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire, l'objectif étant de renforcer la coordination entre tous les acteurs d'un PTS.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. J'ai moi aussi reçu cette proposition et je suis un défenseur de la responsabilité populationnelle – j'avais eu l'occasion de l'écrire dans un rapport l'année dernière. Cela étant, comme nous l'évoquions en début de matinée, cette demande me semble déjà satisfaite car c'est l'esprit du projet de loi, déjà suffisamment bavard à mon goût. Je vous proposerai donc de retirer votre amendement.

M. Jean-Louis Touraine. Où ce principe est-il inscrit dans le projet de loi ? Si tel est le cas, je retirerai mon amendement.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. C'est pour moi la philosophie même du projet territorial de santé et de l'article 7. Je suis pour ma part très favorable à ce concept : je vous propose que nous retravaillions ensemble votre amendement d'ici à la séance publique, afin de l'y inscrire « en dur », si cela vous convient.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Ce point est important. Le rapporteur a raison : il faut conserver cette philosophie. Mais je suis également sensible à l'amendement de M. Touraine puisque c'est de cette façon que j'ai pensé la réforme. Je vous propose d'y travailler ensemble afin de trouver la bonne rédaction.

L'amendement est retiré.

La commission en vient à l'examen de l'amendement AS1416 de M. Belkhir Belhaddad.

M. Belkhir Belhaddad. Le présent amendement rajoute au projet territorial de santé un volet relatif à la pratique d'activités physiques pour les patients souffrant d'affections de longue durée, ainsi que ceux atteints d'obésité et d'hypertension artérielle. Il organise la coordination des intervenants et la cohérence dans le parcours de soins. Il peut s'appuyer sur la création d'une maison du sport-santé, dont les missions sont définies par décret.

L'enjeu est de taille, puisque cela toucherait plus de vingt millions de nos concitoyens, qui auraient ainsi accès à ces thérapies innovantes et non médicamenteuses.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je sais que ce sujet vous est cher ; votre proposition est intéressante, mais je ne crois pas que le projet territorial de santé soit le bon endroit pour inscrire ces maisons du sport-santé qui n'existent pas encore. Par ailleurs, ce serait rajouter une contrainte dans les projets territoriaux de santé, ce qui n'est absolument pas la philosophie du texte. Je souhaite donc le retrait de cet amendement.

M. Gilles Lurton. Je me souviens d'une audition commune que nous avons menée avec la commission des affaires culturelles et de l'éducation, salle Lamartine, au cours de laquelle Mme Flessel, alors ministre des sports, nous avait présenté ces maisons du sport-santé, en nous disant qu'elle en faisait un axe principal de son action ministérielle et que les premières devaient naître sous six mois ou un an. Ces projets sont-ils toujours d'actualité ou totalement abandonnés ? On n'en entend absolument plus parler...

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Ils ne sont pas abandonnés : j'en ai d'ailleurs discuté très récemment avec la ministre des sports Roxana Maracineanu. Nous avançons sur la question, mais je suis plutôt défavorable à l'idée de voir ces maisons inscrites dans les projets territoriaux de santé, sous peine de nous retrouver avec une liste à la Prévert : les PTS mentionneront spécifiquement la prise en compte des populations précaires et les soins non programmés, mais certains voulaient aussi y inscrire les dépistages, la prise en charge des violences faites aux femmes ou l'addictologie... Les projets territoriaux de santé doivent prendre en compte tous les déterminants de santé, toutes les populations avec leurs spécificités et toutes les pathologies. Chaque précision fera apparaître en creux ce qui n'est pas inscrit dans la loi, laquelle n'a pas vocation à faire la liste exhaustive de ce que recouvre le système de soins en France, mais à englober la totalité du champ.

M. Jean-Philippe Nilor. Il serait tout de même de bonne politique que cette dimension du sport-santé, du sport médicament figure quelque part dans ce projet de loi. Vous connaissez, madame la ministre, mon engagement dans ce

dossier : je crois pouvoir annoncer que la première maison du sport-santé sera implantée en Martinique, où elle symbolisera une nouvelle conception des soins.

On ne peut pas réformer notre système de santé, en s'en tenant aux thérapies médicamenteuses, alors que les travaux scientifiques démontrent clairement que la pratique d'une activité physique ou d'un sport aide à la guérison.

M. Belkhir Belhaddad. Je retire mon amendement mais j'appelle votre attention sur les difficultés d'accès au sport-santé que rencontrent parfois certains patients. Il est donc important de sensibiliser les médecins traitants. Je souhaite que nous travaillions ensemble sur une meilleure prise en compte de cet aspect dans l'organisation du parcours de soins.

L'amendement AS1416 est retiré.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission rejette ensuite successivement les amendements AS528 et AS529 de M. Pascal Brindeau.

Puis elle examine les amendements identiques AS40 de Mme Ericka Bareigts et AS1497 de Mme Michèle de Vaucouleurs.

Mme Ericka Bareigts. Dans la logique de mon amendement précédent, qui concernait les personnes en situation de précarité, l'amendement AS40 vise à introduire dans les projets territoriaux de santé le projet régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), outil qui sert à planifier et à réguler l'offre destinée à ces personnes. Nous proposons que le PRAPS soit soumis à l'approbation du directeur général de l'ARS.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Le PRAPS est un outil déterminant dans la construction de l'offre de soins et dans l'élaboration des politiques de prévention. Il apparaît donc pertinent qu'au même titre que les objectifs du plan régional de santé, il soit pris en compte par le directeur général de l'ARS, à qui est soumis le projet territorial de santé et ce, afin d'assurer une bonne cohérence des dispositifs et des territoires. Tel est l'objet de mon amendement AS1497.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Le programme régional relatif à l'accès, à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies fait déjà partie du projet régional de santé. Dans la mesure où l'article mentionne ce projet régional de santé, il n'est donc pas besoin, à mon sens, de faire état du PRAPS ni du schéma régional de santé. Avis défavorable.

La commission rejette les amendements.

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS1395 du rapporteur.

Elle est ensuite saisie, en discussion commune, de l'amendement AS436 de Mme Barbara Bessot Ballot, des amendements identiques AS367 de M. Gilles Lurton, AS1490 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS1506 de M. Joël Aviragnet, AS1519 de Mme Josiane Corneloup et AS1522 de M. Philippe Vigier, ainsi que de l'amendement AS1493 de M. Joël Aviragnet.

Mme Barbara Bessot Ballot. Afin d'accroître l'investissement des instances de démocratie en santé, l'amendement AS436 vise à renforcer le rôle du conseil territorial de santé en lui donnant une mission d'évaluation dans le cadre de l'approbation du PTS par le directeur général de l'agence régionale de santé.

M. Gilles Lurton. L'amendement AS367 est défendu.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. L'amendement AS1490 également.

M. Joël Aviragnet. De même que l'amendement AS1506.

Mme Josiane Corneloup. Le conseil territorial de santé garantit, *via* le diagnostic territorial partagé, que le PTS fixe des objectifs conformes aux besoins de la population. L'objet de l'amendement AS1519 est de donner un rôle central au conseil territorial de santé, de lui permettre d'évaluer les projets territoriaux de santé et de présenter leur bilan à la conférence régionale de santé.

Mme Jeanine Dubié. Depuis que nous parlons du projet territorial de santé, à aucun moment nous n'avons parlé de l'évaluation. Or, l'objet de ces projets est précisément, selon moi, de pouvoir apprécier en quoi la situation des citoyens s'est améliorée en matière d'accès aux soins.

Je veux bien admettre que cet amendement AS1522 soit mal rédigé, mais il est important que le conseil territorial de santé puisse évaluer l'impact des projets territoriaux de santé, qu'on prévoit donc pour cela des indicateurs et que cette évaluation soit présentée à la conférence régionale de santé. Une évaluation permet en effet les réajustements lorsque c'est nécessaire.

M. Joël Aviragnet. L'amendement AS1493 propose de renforcer la place des usagers dans la préparation du projet territorial de santé, en prévoyant la participation des représentants des usagers dans les CPTS.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. L'amendement AS436 propose qu'une fois écrit, le projet territorial de santé soit évalué par le conseil territorial de santé avant d'être transmis à l'ARS. Or ce projet sera issu du diagnostic territorial partagé, sorte d'évaluation élaborée par le conseil territorial de santé, puis soumis à l'avis conforme du conseil territorial de santé. Cela me semble suffisant ; prévoir davantage créerait des lourdeurs trop importantes. Je demande le retrait de cet amendement.

Pour ce qui concerne les suivants, même si l'évaluation me semble primordiale, je crains que les dispositions proposées n'encadrent à l'excès un

dispositif que nous voulons le plus souple possible. Cela étant, j'entends votre souci concernant l'évaluation, sans être certain que ce soit réellement au conseil territorial de santé de procéder à cette évaluation des professionnels. Je proposerai donc que ces amendements soient retirés pour être retravaillés.

M. Joël Aviragnet. Ce ne sont pas les professionnels de santé qu'on évalue, c'est l'action globale. Je maintiens mes amendements.

Mme Jeanine Dubié. Moi aussi.

Les amendements AS436, AS367, AS1490, et AS1519 sont retirés.

La commission rejette les amendements identiques AS1506 et AS1522, puis l'amendement AS1493.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je propose aux signataires de ces amendements que nous retravaillions ensemble d'ici la séance sur cette question de l'évaluation pour trouver la solution la meilleure.

La commission en vient à l'examen des amendements identiques AS299 de M. Paul Christophe, AS343 de Mme Josiane Corneloup, AS578 de M. Thibault Bazin et AS588 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

M. Paul Christophe. L'amendement AS299 vise à renforcer le rôle du conseil territorial de santé, instance locale de démocratie sanitaire. Il précise aussi que la décision d'approbation du directeur général de l'agence Régionale de Santé sur le projet territorial de santé doit être prise après avis conforme du conseil. Cela permettra de lever les inquiétudes sémantiques qui se sont fait jour autour du terme d'approbation.

Mme Josiane Corneloup. Afin de renforcer le rôle du conseil territorial de santé, instance locale de démocratie sanitaire, et de garantir la cohérence et l'adhésion des acteurs de santé aux projets territoriaux de santé, l'amendement AS343 propose que la décision d'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé sur lesdits projets territoriaux de santé soit prise sur avis conforme du conseil territorial de santé compétent.

M. Thibault Bazin. L'amendement AS578 est défendu.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Mon amendement AS588 a le même objet. Paul Christophe parlait de sémantique : un avis est important, mais un avis conforme est encore mieux...

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Nous sommes tous d'accord pour dire qu'il faut simplifier les démarches des professionnels, qui croulent déjà bien trop souvent sous les lourdeurs administratives. Évitions d'en rajouter... Vous souhaitez que l'avis émis par les conseils territoriaux de santé soit conforme. Cela dessaisirait les acteurs du territoire, alors que le PTS doit rester à leur initiative,

l'idée étant d'en faire un dispositif souple, qui soit un outil et non une contrainte. Ne décourageons pas les initiatives. Avis défavorable.

M. Paul Christophe. J'ai du mal à entendre que le fait de retenir l'avis conforme des acteurs du territoire les dessaisisse de leur décision... Je pense au contraire que cela renforcera leur position par rapport à la technocratie de l'ARS.

M. Thibault Bazin. Tous les acteurs du terrain demandent de la souplesse et refusent de se voir imposer d'en haut des pratiques, des procédures ou une manière de fonctionner.

Si vous partagez cet objectif, monsieur le rapporteur, vous devez revoir votre position. Pour que les acteurs de terrain soient libres de s'organiser, il faut leur donner de la souplesse. Tout ce qu'ils attendent des instances nationales, c'est des moyens pérennes dans le temps.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Monsieur Bazin, que les instances du dessus soit nationales ou locales, elles restent des instances du dessus... Je pense qu'il faut laisser l'initiative aux professionnels de santé.

La commission rejette les amendements.

Puis elle examine, en discussion commune, l'amendement AS1081 de Mme Audrey Dufeu Schubert et les amendements identiques AS629 de M. Max Mathiasin et AS1133 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

Mme Audrey Dufeu Schubert. L'amendement AS1081 vise à remplacer l'avis simple des CTS dans la validation des projets territoriaux de santé par une approbation obligatoire. Nous pensons que la réussite de ce projet de loi santé ne peut se faire que par l'implication de tous les acteurs ; un simple avis consultatif nous semble insuffisant.

Mme Justine Benin. L'amendement AS629 vise à donner un rôle prépondérant au conseil territorial de santé : un projet territorial de santé ne pourra être approuvé par le directeur de l'agence régionale de santé que si le conseil territorial a donné un avis favorable.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Un avis consultatif ne rime à rien. Si on veut vraiment associer les acteurs de terrain et mettre en place une vraie démocratie, il faut respecter ces acteurs et leur demander un avis conforme ou favorable. C'est l'objet de l'amendement AS1133.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Avis défavorable, pour les mêmes raisons que précédemment.

Mme Albane Gaillot. La philosophie de ce texte consiste à promouvoir l'autonomie, la confiance, l'initiative, la liberté et la souplesse ; il ne faut pas rajouter de contraintes supplémentaires. La République en Marche votera contre ces amendements.

La commission rejette successivement l'amendement AS1081 et les amendements identiques AS629 et AS1133.

Puis elle examine, en discussion commune, les amendements AS437 de Mme Barbara Bessot Ballot et les amendements identiques AS1494 et AS1555 de M. Brahim Hammouche.

Mme Barbara Bessot Ballot. L'amendement AS437 vise à donner un rôle central au Conseil territorial de santé, instance de démocratie en santé.

M. Joël Aviragnet. L'amendement AS1494 vise, une fois de plus, à renforcer la place des usagers dans le projet territorial de santé, en permettant la participation de leurs représentants au CPTS.

M. Brahim Hammouche. Pour consolider la démocratie sanitaire, l'un des trois piliers, avec la démocratie sociale et la démocratie politique, sur lesquels repose notre action publique, l'amendement AS1555 de renforcer le rôle des associations dans les différentes instances.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je vous suggère, comme tout à l'heure, de retirer ces amendements, afin que nous les travaillions ensemble en vue de la séance.

M. Joël Aviragnet. Je maintiens mon amendement AS1494.

Les amendements AS437 et AS1555 sont retirés.

La commission rejette l'amendement AS1494.

Puis elle en vient à l'examen des amendements identiques AS273 de M. Alain Ramadier, AS567 de M. Thibault Bazin, AS718 de M. Philippe Vigier, AS945 de M. Joël Aviragnet et AS1042 de M. Stéphane Testé.

M. Alain Ramadier. L'amendement AS273 est de cohérence. Alors que le projet territorial de santé prévu par ce texte entend mettre en cohérence l'ensemble des projets d'organisation des coopérations sur le territoire, il omet d'y inclure les schémas départementaux médico-sociaux ou les schémas en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap : un comble, alors que la dépendance sera bientôt au cœur de nos discussions, et que le conseil territorial de santé prévoit d'intégrer en son sein des représentants des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie, en première ligne sur ce sujet.

M. Thibault Bazin. Il ne faudrait pas balayer d'un revers de main ces amendements, qui touchent à la question très concrète de l'accès aux soins des personnes handicapées ou des personnes âgées, du fait notamment des difficultés de transport que rencontrent ces personnes. Il y a certes la télémédecine, mais ce n'est pas suffisant. Il est donc important de réunir, comme le propose mon amendement AS567, tout le monde autour d'une même table afin de mettre en cohérence des différents schémas et d'impliquer en particulier les conseils

départementaux de la citoyenneté de l'autonomie, qui jouent en la matière un rôle moteur.

Mme Jeanine Dubié. L'amendement AS718 vise à assurer l'articulation des projets territoriaux de santé, en lien avec les schémas départementaux en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Ce nouveau document, qui doit assurer la cohérence des différents schémas et garantir une meilleure prise en charge des personnes concernées, doit prendre en compte, pour une plus grande cohésion territoriale, les schémas départementaux médico-sociaux et les schémas personnes âgées et personnes en situation de handicap.

M. Joël Aviragnet. Ma collègue Mme Dubié a excellemment défendu mon amendement AS945. On invoque souvent le pragmatisme et l'efficacité : il s'agit ici d'organiser la cohérence du système.

M. Stéphane Testé. L'amendement AS1042 est identique.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Ces amendements sont en réalité déjà satisfaits : en effet, le projet territorial de santé devra respecter les objectifs du projet régional de santé, qui inclut le schéma régional d'organisation sociale et médico-sociale, lequel inclut lui-même le schéma relatif aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie. Il serait donc redondant de le préciser. C'est comme avec les poupées russes, monsieur Bazin, il y a toujours quelque chose au-dessus et en dessous !

Je formule donc une demande de retrait ou un avis défavorable.

M. Thibault Bazin. Pour la pertinence de ce que nous mettons en place, la question des périmètres est essentielle. Or tous les schémas que vous imaginez à l'échelle régionale correspondent à un périmètre très différent de celui des conseils territoriaux de santé, *a fortiori* depuis le redimensionnement de nos régions. Il est donc essentiel que le conseil territorial de santé puisse assurer la déclinaison de ces schémas pour ne négliger aucun des aspects transversaux des parcours de soins.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Le projet de loi tient vraiment compte de cet aspect des choses. Je vous propose néanmoins d'en rediscuter avec la ministre en séance publique.

Mme Jeanine Dubié. Les plans de prévention des risques de sécheresse comme les plans en faveur des personnes âgées sont soumis aux assemblées délibérantes, et notamment aux conseils départementaux, qui rendent souvent des avis défavorables au motif justement que ces plans font peu de cas des schémas élaborés par les départements. Cela me semble une raison supplémentaire pour insister sur la nécessité de prendre en compte, au niveau local, les différents schémas départementaux.

La commission rejette les amendements.

Puis elle est saisie des amendements identiques AS933 de M. Joël Aviragnet et AS1439 de M. Bernard Perrut.

M. Joël Aviragnet. L'amendement AS933 vise à conforter les contrats locaux de santé (CLS) portés par les ARS et les collectivités locales, sur lesquels devraient s'appuyer les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

M. Bernard Perrut. L'amendement AS1439 concerne les projets de santé des communautés professionnelles territoriales, qui s'appuient sur les contrats locaux. On sait l'importance des contrats locaux de santé, qui sont un outil voulu à la fois par les ARS et les collectivités locales. Il serait donc profitable qu'au regard des missions qui sont confiées aux CPTS, celles-ci s'appuient sur ces contrats locaux de santé, lorsqu'ils existent et sont efficaces, pour assurer une parfaite cohérence des moyens mis en œuvre.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Il me semble important de ne pas imposer trop de contraintes et un cadre excessivement rigide aux professionnels de santé qui se constituent en communautés professionnelles territoriales de santé, sous peine de compliquer les choses à l'excès et de susciter des inquiétudes sur le terrain. Cela étant, ces amendements n'étant pas normatifs, je m'en remets, avec des réserves, à la sagesse de la commission.

M. Joël Aviragnet. Ils ont reçu un très fort soutien des élus et répondent à une réelle demande des acteurs de terrain.

M. Jean-Pierre Door. Les contrats locaux de santé fonctionnent bien sur le plan local, et il ne me semble pas nécessaire de préciser le projet de loi sur ce point. Les CPTS en effet se serviront toujours des contrats locaux de santé, car tous ces acteurs travaillent ensemble. Il n'est pas besoin d'en rajouter.

La commission adopte les amendements.

La commission examine l'amendement AS804 de M. Brahim Hammouche.

M. Brahim Hammouche. Cet amendement vise à intégrer au sein des communautés professionnelles territoriales de santé d'autres professionnels de la santé au sens de la directive 2011/24/UE, qui exercent des activités dans le secteur des soins de santé et sont limités à une profession réglementaire au sens de la directive 2005/36/CE, notamment les psychologues. L'objectif est d'améliorer la coopération entre tous les acteurs de santé et ceux de la santé mentale.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Vous souhaitez élargir les CPTS aux autres professionnels de santé issus de la directive de 2011 sur les droits des patients. Vous mentionnez les psychologues, mais c'est en réalité de tous les psychothérapeutes, des ostéopathes et des chiropracteurs qu'il s'agit. Dans la pratique, votre demande est déjà satisfaite : l'article L. 1434-12 évoque des

« acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours ». Je vous demande de retirer votre amendement ; à défaut, avis défavorable.

M. Brahim Hammouche. Vous me dites que ma demande est satisfaite ; reste qu'à ce jour, ces professionnels ne sont pas représentés dans les CPTS. Entre la règle et la réalité, il y a donc une différence. Je maintiens mon amendement.

La commission rejette l'amendement.

Elle est alors saisie des amendements identiques AS491 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS757 M. Philippe Vigier et AS1301 de M. Jean-Louis Touraine.

M. Paul Christophe. L'amendement AS491 vise à appeler votre attention sur la situation des biologistes médicaux, en proposant de les intégrer parmi les professionnels de santé de ville, notamment ceux qui sont engagés dans l'organisation des soins ambulatoires, pouvant prendre l'initiative de créer une CPTS.

Mme Jeanine Dubié. L'amendement AS757 tend à intégrer les biologistes médicaux parmi les professionnels de santé de ville, notamment ceux qui sont engagés dans l'organisation des soins ambulatoires, pouvant prendre l'initiative de créer une communauté professionnelle territoriale de santé.

M. Jean-Louis Touraine. Il s'agit effectivement d'intégrer dans les CPTS les biologistes médicaux, lesquels ont une grande habitude des coopérations efficaces avec les établissements de soins, les infirmiers ou encore les médecins – bref, avec l'ensemble des professionnels de santé, publics ou privés. Ils ont donc toute leur place dans les CPTS. Tel est l'objet de l'amendement AS1301.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Les biologistes médicaux sont des professionnels de santé à part entière – je suis ravi que vous me donniez l'occasion de le rappeler – et peuvent donc déjà faire partie d'une CPTS. Ces amendements sont donc satisfaits : j'en demande le retrait.

La commission rejette les amendements.

Elle examine ensuite l'amendement AS696 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Il est assez intéressant de constater que nous parlons depuis deux heures des CPTS, alors qu'aucune législation, y compris la loi de janvier 2016, n'a défini leurs missions. C'est assez français : on fait des lois et on parle des CPTS pendant des heures, mais sans connaître leurs missions. L'amendement AS696 reprend tout ce qui a été évoqué depuis deux heures et vise à préciser les missions des CPTS, à savoir favoriser la coordination de l'ensemble des professionnels de santé, indépendamment de leur statut ; promouvoir l'exercice coordonné – cela reprend ce que proposait M. Touraine concernant la permanence des soins et les soins non programmés – ; favoriser la promotion et l'éducation à la santé ; organiser une dynamique interprofessionnelle avec

l'instauration de délégations de tâches ; organiser les activités de télémédecine. Le tout en associant l'ensemble des acteurs, y compris les élus locaux et les usagers.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Vous dressez une liste des missions des CPTS, mais les missions socles sont justement en cours de négociation entre l'assurance maladie et les syndicats. Je vous propose donc de laisser le dialogue social avoir lieu. Avis défavorable.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Vous me dites que la définition des missions est en cours et qu'elle fait l'objet d'une négociation avec les organisations professionnelles. Mais qui doit fixer les missions ? Est-ce les organisations ou bien l'Assemblée nationale ? Nous avons, depuis deux heures, un débat intéressant sur les CPTS ; je pense que la représentation nationale peut définir elle-même les missions qu'elle confie aux CPTS. Voilà pourquoi je considère que cet amendement est important.

Mme Jeanine Dubié. Je voudrais soutenir l'amendement de notre collègue Cyrille Isaac-Sibille. Il a tout à fait raison : nous avons évoqué beaucoup de choses, notamment au sujet des professions qui participent aux CPTS. Préciser les missions me paraît important et relève effectivement de l'activité législative.

M. Brahim Hammouche. Bien sûr !

M. Joël Aviragnet. Cet amendement nous paraît être de qualité : nous le soutenons.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. La majorité est attachée au dialogue social. Les négociations conventionnelles sont en cours avec l'assurance maladie pour laisser les professionnels définir les missions socles. La communauté professionnelle territoriale de santé doit être créée à l'initiative des professionnels de santé : c'est tout le fond de nos débats depuis hier soir. Je maintiens mon avis défavorable.

La commission adopte l'amendement. (Applaudissements.)

M. Gilles Lurton. Bravo, monsieur Isaac-Sibille : c'est le quatrième amendement que vous faites adopter !

Elle examine alors les amendements identiques AS345 de Mme Josiane Corneloup et AS591 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Josiane Corneloup. L'amendement AS345 vise à intégrer dans la constitution des communautés professionnelles territoriales de santé les intervenants de premier recours que sont les acteurs du domicile – les services d'aide et d'accompagnement au domicile (SAAD), les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) – ou les structures ambulatoires qui interviennent dans le champ de l'enfance en situation de handicap – je pense aux services d'accompagnement

médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) ou aux services d'aide à la vie sociale (SAVS).

M. Paul Christophe. L'article 7 vise à mettre en valeur, dans la constitution des communautés professionnelles territoriales de santé, les intervenants de premier recours que sont les acteurs du domicile ou les structures ambulatoires intervenant dans le champ de l'enfance en situation de handicap. Si l'ensemble des établissements et services médico-sociaux sont ciblés par le projet de loi, il semble important, dans le cadre de la promotion d'une société plus inclusive pour les personnes fragiles ou non encore diagnostiquées dans le champ de l'enfance en situation de handicap de mieux faire coopérer les professionnels de santé de premier recours – dont les médecins de ville – avec les structures de ville ou les services qui interviennent au domicile des personnes fragiles, afin de renforcer le soin de premier recours et de mieux positionner les interventions des services à domicile ou d'accompagnement spécialisé sur des missions de prévention. Tel est l'objet de l'amendement AS591.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Vous souhaitez que les communautés professionnelles territoriales de santé puissent inclure les services d'aide et d'accompagnement au domicile, les services de soins infirmiers à domicile, les services polyvalents d'aide et de soins à domicile pour personnes âgées et personnes en situation de handicap, les services d'éducation spéciale dans le champ de l'enfance, les services d'aide à la vie sociale et les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés. Comme vous le précisez dans votre exposé des motifs, les établissements et services médico-sociaux – dont ceux que vous citez – sont déjà mentionnés par la loi, et peuvent donc déjà faire partie d'une CPTS. Pourquoi les citer davantage que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), par exemple ? Le code de la santé publique me semble déjà assez fourni à cet égard... Avis défavorable.

La commission rejette les amendements.

Elle est alors saisie de l'amendement AS530 de M. Pascal Brindeau.

M. Paul Christophe. Il est défendu.

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

Ensuite de quoi elle examine l'amendement AS697 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Cet amendement vise à aller dans le sens de M. le rapporteur, qui nous dit depuis le début qu'il y a trop de contraintes, qu'il ne faut pas en imposer aux professionnels de santé, qu'on ne doit pas être trop rigide et introduire trop de complexité. Il s'agit donc de faire en sorte que l'ARS se

contente d'enregistrer le contrat local de santé au lieu de l'approuver. C'est beaucoup plus simple ainsi.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Nous avons abordé ce sujet pendant les auditions, notamment avec M. Leicher, de la fédération des CPTS. Il est apparu, au cours des discussions et à la relecture du texte, qu'il est important d'avoir un regard sur le projet, de manière à s'assurer que certaines CPTS ne sont pas des coquilles vides, au vu des financements qui seront alloués via les négociations conventionnelles en cours. Je vous demande donc de retirer votre amendement. À défaut, avis défavorable.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Monsieur Isaac-Sibille, maintenez-vous votre amendement ?

M. Cyrille Isaac-Sibille. Oui, madame la présidente, je le maintiens, car je suis d'accord avec M. le rapporteur : il ne faut pas trop de contraintes et de complexité...

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS531 de M. Pascal Brindeau.

M. Paul Christophe. Il s'agit d'un nouvel amendement tentant de vous convaincre que le mot « *approbation* » n'est pas forcément le plus adapté en l'espèce.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Nous avons débattu plusieurs fois de la question ce matin. Je vous demande de retirer votre amendement. À défaut, avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle en arrive alors aux amendements identiques AS80 de M. Éric Alauzet, AS191 de Mme Nadia Ramassamy et AS811 de M. Jean-Carles Grelier.

Mme Barbara Bessot Ballot. L'amendement AS80 est défendu.

Mme Nadia Ramassamy. L'amendement AS191 vise à redonner de la souplesse dans le développement des communautés professionnelles territoriales de santé. Celles-ci doivent faire l'objet d'une initiative des acteurs de la santé. Si les agences régionales de santé ont un rôle à jouer dans le pilotage des CPTS, il faut tout de même permettre aux professionnels de librement déterminer le périmètre de ces structures, ainsi que le projet de santé qu'ils souhaitent mettre en œuvre. Cette tutelle est un obstacle au succès de la réforme et risque de conduire à une hyper-administration d'un secteur qui en souffre déjà suffisamment. Ainsi, cet amendement vise à supprimer l'approbation du directeur de l'agence régionale de santé pour la mise en place des communautés professionnelles territoriales de santé.

M. Jean-Carles Grelier. Pendant la pause, tout à l'heure, Mme la ministre m'a fait part de son souhait de laisser l'initiative aux professionnels de terrain, de ne pas placer la médecine libérale et la médecine de ville sous l'autorité de l'ARS. Elle a exprimé également le souhait de retravailler la rédaction de cet article pour sortir du dispositif d'autorisation et aller vers un dispositif un peu plus souple. Aussi vais-je retirer mon amendement AS811.

L'amendement AS811 est retiré.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission rejette les amendements identiques AS80 et AS191.

Elle adopte ensuite l'amendement rédactionnel AS1398 du rapporteur.

Elle examine alors l'amendement AS766 de Mme Nathalie Elimas.

Mme Nathalie Elimas. Cet amendement vise à garantir l'accès et la participation aux CPTS et au projet territorial de santé (PTS) à l'ensemble des acteurs de la santé, dont les médecins généralistes libéraux et les associations de médecins généralistes libéraux qui exercent en cabinet ou en visite. En premier lieu, il permet de renforcer la dynamique de décloisonnement à tous les niveaux, notamment entre secteurs public et privé. En second lieu, il permet de consolider l'exercice coordonné, pour fluidifier le parcours des patients et améliorer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins dispensés.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Vous souhaitez préciser que les CPTS sont constituées « sans critère d'exclusion à l'égard des médecins libéraux ou associations de médecins libéraux » qui exercent en cabinet ou en visite. Sur la forme, votre amendement n'est pas placé au bon endroit. Mais surtout, sur le fond, je ne comprends pas votre crainte : la loi prévoit déjà explicitement que les CPTS sont constituées de professionnels de santé assurant des soins de premier ou de deuxième recours. Je ne vois pas en quoi les médecins généralistes en seraient exclus. Avis défavorable.

Mme Nathalie Elimas. Vous me dites que cet amendement n'est pas placé au bon endroit ; je ne comprends pas pourquoi. Cela dit, je suis prête à le retirer et à le retravailler en vue de la séance.

L'amendement est retiré.

La commission examine, en discussion commune, les amendements AS535 de M. Cyrille Isaac-Sibille et AS1616 du rapporteur.

M. Cyrille Isaac-Sibille. La loi permet aux agences régionales de santé de prendre les initiatives nécessaires à la constitution de CPTS. Or on sait très bien que, lorsque de telles initiatives viennent d'en haut, cela produit des coquilles vides. L'inspection générale des affaires sociales (IGAS) a précisé que « l'adhésion et le volontariat doivent rester au cœur du déploiement des CPTS ».

On sait très bien que, lorsque les maisons médicales sont créées à l'initiative des mairies, elles sont souvent vides, alors que cela fonctionne quand ce sont les médecins qui en sont à l'origine. Je propose donc par mon amendement AS535 de supprimer le dernier alinéa de l'article L. 1434-12 du code de la santé publique.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. J'ai eu l'occasion d'en parler au début de la réunion de ce matin : mon amendement AS1616 tend également à supprimer la possibilité pour l'ARS d'être à l'initiative d'une communauté professionnelle territoriale de santé lorsque les acteurs de terrain n'ont pas eux-mêmes décidé d'en créer. Cela va effectivement à l'encontre de la philosophie du texte. Je demande simplement à M. Isaac-Sibille de retirer son amendement au profit de la rédaction que je propose,...

M. Brahim Hammouche. Certainement inspirée de la sienne !

M. Thomas Mesnier, rapporteur général... qui est un peu différente et me semble plus adéquate.

M. Cyrille Isaac-Sibille. L'objectif, dans les deux amendements, est de supprimer l'alinéa visé. Autrement dit, c'est la même chose ! Je ne vois pas en quoi la rédaction que vous proposez est meilleure que la mienne.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Monsieur Isaac-Sibille, les deux amendements ne sont pas identiques : si tel avait été le cas, nous l'aurions indiqué. Retirez-vous votre amendement ?

M. Cyrille Isaac-Sibille. Non, je le maintiens.

La commission rejette l'amendement AS535 puis adopte l'amendement AS1616.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS1012 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Le présent amendement vise à préciser que les CPTS doivent être créées à l'initiative des professionnels de santé, comme le préconise la mission de l'IGAS. L'objectif est un peu le même que le précédent : je le retire.

L'amendement est retiré.

La commission examine les amendements identiques AS26 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS719 de M. Philippe Vigier et AS854 de M. Jean-Pierre Door.

M. Paul Christophe. L'amendement AS26 est défendu.

Mme Jeanine Dubié. L'amendement AS719 vise à introduire les équipes de soins spécialisés, au même titre que les équipes de soins primaires, dans le cadre des diagnostics territoriaux.

M. Gilles Lurton. L'amendement AS854 est défendu également.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission rejette les amendements.

La commission examine l'amendement AS993 de M. Jean-Pierre Door.

M. Gilles Lurton. Cet amendement a pour objet de renforcer la confiance envers les acteurs de terrain. Il n'apparaît pas acceptable que les professionnels de santé et médico-sociaux ne soient pas libres de déterminer le périmètre de leur communauté professionnelle territoriale ni que leur projet de santé soit soumis à approbation.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Défavorable, pour les raisons évoquées tout à l'heure.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS776 de M. Philippe Vigier.

Mme Jeanine Dubié. Il s'agit de faire en sorte que le projet de CPTS fasse l'objet d'une simple transmission à l'ARS et ne soit plus approuvé par celle-ci lorsque l'agence ne finance pas le projet. Notre amendement vise à éviter des lourdeurs administratives et à accélérer le processus de création des CPTS.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Votre amendement est déjà satisfait, mais il me donne l'occasion d'éclaircir ce point : la validation du projet par l'ARS ne sera pas un préalable nécessaire à la constitution d'une CPTS. Elle constituera en revanche un prérequis obligatoire pour la signature d'un contrat territorial de santé et donc pour l'octroi d'un financement par l'ARS.

Mme Jeanine Dubié. Je le retire.

L'amendement est retiré.

La commission examine l'amendement AS192 de Mme Nadia Ramassamy.

Mme Nadia Ramassamy. Cet amendement s'inscrit dans la lignée des précédents : il vise à tirer les conséquences de la suppression du régime d'autorisation.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Pour les raisons évoquées tout à l'heure, avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

La commission examine l'amendement AS190 de Mme Nadia Ramassamy.

Mme Nadia Ramassamy. Cet amendement vise à assouplir la tutelle des agences régionales de santé pour la mise en place des communautés professionnelles territoriales de santé.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Pour les raisons évoquées tout à l'heure, avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle adopte ensuite l'amendement rédactionnel AS1467 du rapporteur.

La commission examine alors l'amendement AS874 de M. Jean-Pierre Door.

M. Gilles Lurton. Il est défendu.

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

Elle examine ensuite les amendements identiques AS1495 de M. Joël Aviragnet et AS1556 de M. Brahim Hammouche.

M. Joël Aviragnet. Il s'agit, une nouvelle fois, de renforcer le rôle des associations et des instances de démocratie dans le PTS et de prévoir la participation des représentants d'usagers à la CPTS.

M. Brahim Hammouche. Il s'agit, au troisième alinéa de l'article L. 1434-12 du code de la santé publique, après le mot : « *formalisent* », d'insérer les mots : « *en concertation avec les représentants d'associations d'usagers agréées* » – autrement dit, de renforcer la démocratie sanitaire.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Vous souhaitez que les associations d'usagers agréées participent aux projets de santé des CPTS. Je me suis moi-même demandé, au fil des auditions, s'il fallait le faire. Sur le terrain, c'est déjà le cas et la pratique a vocation à se développer encore davantage. Je crains qu'en l'inscrivant dans la loi on n'ajoute une contrainte supplémentaire de nature à dissuader les professionnels de se saisir des CPTS. Avis défavorable.

La commission rejette les amendements.

Elle examine ensuite l'amendement AS988 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Il est effectivement intéressant de renforcer l'articulation entre les ARS et les acteurs locaux. Cet amendement vise à préciser que le directeur général de l'agence régionale de santé présente régulièrement un bilan de la mise en œuvre de la politique de santé dans le territoire du département, notamment en matière d'accès aux soins et d'évolution de l'offre de

santé. Cette présentation est faite au moins une fois par an, mais elle peut avoir lieu plus fréquemment si nécessaire. Ce temps de débat permettra aux ARS d'informer les différents acteurs de la politique qui est suivie.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. L'intention est louable. Toutefois, je pense que cela ne relève pas du domaine de la loi. Au demeurant, cela reviendrait à donner des consignes à l'administration de Mme la ministre, alors que celle-ci n'est pas là pour vous répondre. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle adopte ensuite l'article 7 modifié.

4. Réunion du mercredi 13 mars 2019 à 16 heures 15 (après l'article 7 à l'article 8)

http://videos.assemblee-nationale.fr/video.7379750_5c891c7791dba.commission-des-affaires-sociales--organisation-et-transformation-du-systeme-de-sante-suite-13-mars-2019

Après l'article 7

La commission est saisie de deux amendements identiques AS216 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS1057 de Mme Jeanine Dubié.

M. Paul Christophe. Cet amendement vise à permettre une meilleure intégration des établissements publics de santé dans les projets territoriaux de santé et, à cette fin, de prévoir de façon expresse dans le code de la santé publique que les établissements de santé peuvent participer aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Vous proposez que les établissements de santé puissent être associés aux CPTS. Ces CPTS doivent permettre de structurer l'offre de soins de ville, ce qui manque aujourd'hui cruellement. C'est en revanche l'objet des projets territoriaux de santé, dont nous avons discuté ce matin, que de permettre l'association des établissements de santé et des CPTS. Nos objectifs se rejoignent donc. Aussi, je vous propose un retrait, sinon avis défavorable.

Ces amendements sont retirés.

La commission est saisie de l'amendement AS1085 de Mme Martine Wonner.

M. Jean-Louis Touraine. Cet amendement de Mme Wonner vise à insérer dans la loi l'objectif d'accompagnement des usagers vers l'accès au marché de l'emploi et au marché du logement sur le plan territorial, s'agissant de personnes avec des difficultés en santé mentale.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Comme vous le soulignez dans l'exposé sommaire de votre amendement, le détail des objectifs poursuivis par le projet territorial de santé mentale relève du niveau réglementaire et non législatif. C'est pourquoi je vous propose de retirer votre amendement, à défaut avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS1087 de Mme Martine Wonner.

Mme Delphine Bagarry. Il s'agit également d'un amendement proposé par Mme Wonner à la suite de sa mission flash sur la psychiatrie. Il propose d'élargir à l'ensemble des établissements sanitaires, et non aux seuls établissements publics, la possibilité de signer des contrats territoriaux en santé mentale.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Les services publics hospitaliers regroupent à la fois les établissements publics de santé mais aussi des établissements privés faisant le choix du service public, sous réserve du respect de certaines obligations. Votre amendement est donc satisfait.

L'amendement est retiré.

La commission est saisie des amendements AS625 de M. Max Mathiasin et AS1432 de M. Bernard Perrut, ainsi que des amendements identiques AS1079 de Mme Audrey Dufeu Schubert et AS1378 de Mme Marie Tamarelle-Verhaegue.

M. Bernard Perrut. Nous le voyons régulièrement sur le terrain, un certain nombre d'assurés n'ont pas de médecin traitant déclaré et soixante-quinze caisses primaires d'assurance maladie identifient des difficultés dans ce domaine sur leurs territoires. C'est lié à la difficulté de trouver un médecin qui veuille vous accepter, et certains territoires sont plus défavorisés que d'autres. Cette situation peut entraîner un renoncement aux soins, ne serait-ce que parce que la personne ne peut bénéficier d'un remboursement global.

C'est pourquoi cet amendement vise à rendre opposable l'accès au médecin traitant pour tout assuré qui en fait la demande et effectue les démarches auprès du directeur de l'organisme gestionnaire. Aujourd'hui, le patient peut se tourner vers le conciliateur de sa caisse pour être aidé dans ses démarches mais aucune obligation ne s'impose au médecin de le prendre en charge, et je pense que Mme la ministre ne peut qu'être sensible au fait qu'il y a un droit à la santé dans notre pays, qui s'incarne parfaitement dans le droit à l'accès à un médecin.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Ces amendements sont satisfaits car il est déjà possible de saisir le conciliateur de l'assurance maladie en cas de difficulté d'accès à un médecin traitant. Une rubrique spécifique du site internet « ameli.fr » précise d'ailleurs comment procéder, en remplissant un questionnaire en ligne.

Cela dit, je sais que l'Assemblée nationale a adopté cet amendement il y a un mois environ, au cours de la discussion de la proposition de loi portée par notre collègue Guillaume Garot. Aussi, je m'en remets à la sagesse de la commission.

M. Jean-Pierre Door. Je souhaite poser une question à Mme la ministre. La réforme de la santé de 2004, à laquelle j'ai participé, a institué le médecin traitant, à la suite du médecin référent des années précédentes. Il s'agissait de lutter contre le nomadisme médical. La situation n'était pas la même qu'aujourd'hui et j'ai souvent constaté sur le terrain, ces dernières années, que des patients ne peuvent plus se rendre chez un médecin s'ils n'ont pas de médecin traitant. Ne faudrait-il donc pas se poser la question de supprimer purement et simplement l'obligation d'inscription et de revenir à la situation antérieure, où les médecins avaient quasiment l'obligation de prendre en charge les patients, en fonction de leur temps ?

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Monsieur Perrut, acceptez-vous de rédiger votre amendement de manière identique à l'amendement AS625, c'est-à-dire de remplacer les mots « *lui soit désigné* » par « *puisse lui être désigné* » ?

M. Bernard Perrut. Ce n'est pas tout à fait la même chose, vu que « *puisse lui être désigné* » implique que ce ne sera pas forcément le cas, mais, si cela peut faire avancer le débat, j'en suis d'accord. Ces propositions ne sont pas satisfaites aujourd'hui, monsieur le rapporteur : quand le conciliateur est saisi, il peut certes offrir la possibilité d'accéder à un médecin mais il n'y a pas d'obligation qu'un médecin prenne en charge le patient. Il ne faudrait donc pas non plus que le mot « *puisse* » reste une simple porte ouverte et non une obligation. Je crois dans le droit à un médecin.

L'amendement AS1432 est ainsi rectifié.

La commission adopte les amendements identiques AS625 et AS1432 rectifié.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. De la façon dont nous avons rédigé l'article, le conciliateur s'engage à ce qu'un médecin traitant puisse être proposé au malade. Or vos amendements ne répondent pas aux deux critères impliqués par les mots « *puisse* », d'une part, et « *proposé* », et non « *imposé* », d'autre part. Par conséquent, je suis défavorable à ces amendements.

La commission adopte les amendements identiques AS1079 et AS1378.

Elle examine ensuite l'amendement AS1240 de Mme Danielle Brulebois.

Mme Danielle Brulebois. Afin de favoriser le développement des stages en médecine, il est proposé que chacune des maisons de santé ait la mission de participer à ce développement, en particulier pour les mille maisons de santé que nous allons créer et celles qui sont financées par l'État, car il est démontré que,

lorsque les jeunes viennent en stage dans une maison de santé de médecine générale, ils s'installent beaucoup plus facilement dans le territoire ensuite.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Avis défavorable. Les maisons de santé peuvent déjà accueillir des stagiaires en médecine, pas seulement en médecine générale mais également en médecine spécialisée. La prise en charge de stagiaires dépend des capacités d'accueil des maisons de santé mais aussi et avant tout de la volonté des médecins d'être maîtres de stage. Il ne revient donc pas aux maisons et centres de santé de développer les offres de stage. Néanmoins, les maisons de santé peuvent renforcer les liens avec les universités qui sont déjà prévus dans le code de santé publique, même si on ne peut pas les contraindre à prendre des stagiaires.

M. Francis Vercamer. Madame la présidente, nous venons d'adopter les amendements AS1378 et AS1432 alors que l'un faisait tomber l'autre, me semble-t-il. Ne va-t-il pas y avoir un problème de rédaction.

Mme Brigitte Bourguignon. Ces amendements étaient certes différents mais compatibles.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS1294 de M. Jean-Louis Touraine.

M. Jean-Louis Touraine. Il s'agit d'un amendement qui propose d'ajouter les pharmaciens d'officine à la liste des professionnels de santé autorisés à prescrire des substituts nicotiniques. Aujourd'hui, ce type de prescription est possible uniquement par les médecins, y compris les médecins du travail, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. Or les pharmaciens d'officine sont en première ligne pour accompagner les fumeurs dans un parcours de sevrage tabagique. De nombreux pharmaciens sont d'ailleurs déjà impliqués dans l'aide à l'arrêt du tabac mais cette intervention mérite d'être formalisée dans un parcours d'aide au sevrage tabagique. Cette disposition s'inscrit dans la lutte contre le tabagisme.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je répondrai de manière globale sur la série d'amendements à laquelle nous arrivons, amendements proposant d'étendre des compétences aujourd'hui réservées aux médecins à d'autres professionnels de santé.

C'est un sujet qui me tient à cœur et au vu du nombre d'amendements, chers collègues, nul doute que cela vous tient à cœur également. Il faut toutefois trouver un juste équilibre entre accès aux soins et sécurité des soins, et donner aux professionnels de santé des responsabilités qu'ils seront en mesure d'assumer. C'est pourquoi je vous propose trois amendements mûrement réfléchis avec les professionnels de santé concernés au cours de mes auditions et qui nous permettront d'avancer dans une logique qui semble largement partagée sur ces

bancs. Je tiens à préciser qu'il ne s'agit pas d'énormes expérimentations mais bien de l'inscription de ces nouvelles compétences dans la loi.

Un premier amendement permettra au pharmacien de dispenser des produits de santé de premier recours pour des situations simples, en suivant des arbres de décision bâtis entre pharmaciens et médecins. Le dispositif proposé permettrait aux pharmaciens d'officine, dans le cadre de démarches inscrites dans un exercice coordonné, de délivrer certains médicaments selon des protocoles établis par la Haute Autorité de santé (HAS) ; il s'agirait du traitement des cystites aiguës, par exemple – un sujet qui parle à beaucoup d'entre vous.

Un deuxième amendement vise à permettre aux infirmiers d'adapter certains traitements en fonction des résultats d'analyses de biologie. Cette possibilité devra s'inscrire dans le cadre d'une équipe de soins primaires ou d'une communauté territoriale de santé. Elle ne pourra avoir lieu que sur la base de résultats d'analyses de biologie médicale et sauf en cas d'indication contraire du médecin prescripteur. Le médecin traitant ne serait pas exclu de ce processus.

Enfin, un troisième amendement permettra l'intervention du pharmacien d'officine pour renouveler périodiquement des traitements chroniques ou en adapter la posologie.

Nous aurons l'occasion d'y revenir dans les débats. Plusieurs amendements, notamment du groupe UDI, Agir et Indépendants, reflètent la même préoccupation. Avec ces amendements, une attention particulière a été portée à l'encadrement de ces extensions de compétences dans le cadre d'un exercice coordonné, avec une information systématique du prescripteur. Cet exercice sécurisé et protocolisé est pour moi une condition absolue pour assurer la sécurité des soins.

Dans cette logique, je me verrai contraint de refuser de nombreux autres amendements qui, à mes yeux, sur la forme, n'ont pas fait l'objet d'une concertation suffisante et, sur le fond, ne répondent pas suffisamment à cette exigence de sécurité.

De fait, j'émetts un avis défavorable sur l'amendement AS1294.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. S'agissant de l'amendement sur les substituts nicotiques, la dynamique est déjà bien enclenchée puisque les ventes de ces substituts ont augmenté cette année de 75 %. L'élargissement à d'autres professions et le fait que ces substituts soient désormais remboursés par la Sécurité sociale et ne fassent plus simplement l'objet d'un forfait de prise en charge annuel en ont considérablement amélioré l'accessibilité, et nous voyons la consommation de tabac diminuer dans notre pays. Cet amendement n'est donc pas nécessaire à un déploiement en force des substituts nicotiques.

Comme Thomas Mesnier, je voudrais tenir un propos liminaire sur les amendements qui proposent des délégations de tâches.

Vous l'avez compris, notre stratégie de transformation du système de santé est fondée sur une logique de décloisonnement : décloisonnement des structures, des financements, des organisations, mais également dans la coopération et collaboration entre les professionnels de santé. La possibilité donnée à des pharmaciens d'officine de dispenser des médicaments en dehors d'une prescription médicale, dans des conditions très particulières, très encadrées, selon des protocoles bien définis, est intéressante pour faciliter l'accès à des soins. C'est bien dans ce sens que nous devons aller et, à ce titre, je salue les initiatives des parlementaires et les échanges que nous avons eus.

Cependant, ces amendements n'ont pas fait l'objet de concertations approfondies avec les médecins et je ne souhaite pas que nous passions en force, afin de ne pas fragiliser indirectement les négociations conventionnelles avec l'assurance maladie dans le cadre des CPTS et des assistants médicaux. Il nous faut mettre en œuvre ces réformes dans un climat apaisé. Je suis très favorable à des évolutions de compétences, dans un cadrage bien défini, notamment par la HAS, mais je suis réservée sur les différents amendements, en l'état et aujourd'hui. Il faut, je pense, encore amender ces propositions afin de faire converger les points de vue et répondre à la fois aux attentes de nos concitoyens en termes d'accès aux soins et aux inquiétudes des médecins, en leur assurant que nous préserverons la qualité et la sécurité des prises en charge. Nous devons être prudents sur ces amendements.

M. Jean-Louis Touraine. S'agissant de l'amendement AS1294, c'est en effet une question de cohérence. Il est difficile de maintenir une autorisation de prescrire des substituts nicotiques aux dentistes, aux sages-femmes, aux infirmières, aux kinésithérapeutes et pas aux pharmaciens, alors même que cela éviterait une double démarche aux patients puisque c'est chez le pharmacien qu'ils trouveront ces substituts.

Je me réjouis des progrès de la lutte contre le tabagisme mais nous avons encore un long chemin à parcourir si nous voulons nous rapprocher des résultats de l'Australie, du Royaume-Uni, de l'Europe du Nord, des États-Unis. Notre amendement propose un moyen simple, qui permet aux personnes ayant décidé d'arrêter de fumer d'obtenir plus aisément des substituts nicotiques.

Mme Caroline Fiat. Nous savons que l'envie d'arrêter de fumer peut souvent se présenter à un moment donné et il est dommage de « perdre » une personne motivée parce qu'elle ne peut pas avancer les trente euros d'une boîte de substitut nicotique. Il faut parfois attendre deux, trois jours pour avoir un rendez-vous et obtenir l'ordonnance et, pour rencontrer un médecin tabacologue, les délais de rendez-vous sont même de trois ou quatre semaines. Il me semble donc de bon sens de permettre aux pharmaciens de dispenser ces produits, d'autant plus que certains le font déjà sans attendre l'ordonnance, qui arrive quelques jours après.

Mme Delphine Bagarry. Nous avons là l'occasion de reconnaître le rôle des pharmaciens dans la prévention, avec un accès facilité pour tous les patients. Les pharmacies sont, en effet, bien plus largement ouvertes que les cabinets des professionnels de santé cités. Nous avons, madame la ministre, l'avantage de l'initiative parlementaire sans l'inconvénient de la négociation.

Mme Albane Gaillot. Ce projet de loi, c'est aussi l'amélioration de l'accès aux soins et l'accès aux soins n'est pas forcément l'accès à un médecin, car nous allons travailler au décloisonnement des professions. Faisons confiance aux pharmaciens, oui, mais dans un encadrement. Nous ne pouvons prendre cela à la légère et le groupe LaREM soutiendra les amendements du rapporteur, qui précisent le cadre dans lequel seront partagées ces missions et compétences.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Il est certes important d'ouvrir davantage l'accès aux substituts nicotiques, madame Fiat, mais ce qui compte encore plus, c'est l'accompagnement dans l'arrêt du tabac. Or l'amendement ne permettrait pas d'améliorer l'accompagnement par un professionnel. Je reste donc sur un avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS342 de M. Jean-Carles Grelier, AS605 de M. Gilles Lurton et AS1451 de M. Bernard Perrut.

M. Jean-Carles Grelier. Nous sommes un certain nombre à considérer que, tant que notre système de santé ne sera pas revenu à meilleure fortune, il faudra que nous optimisions autant que possible les compétences de tous les professionnels de santé, y compris les professions paramédicales. Je rejoins Mme la ministre quand elle souligne qu'il faut faire attention à ne pas ouvrir la boîte de Pandore et laisser le temps à la négociation, mais comme la loi vaut pour l'avenir et non pour le passé, nous pourrions peut-être y inscrire un calendrier de négociation. Je pense à l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes pour certaines pathologies, notamment la bronchiolite du nourrisson. Je pense aussi à l'intégration dans les équipes de soins primaires des sages-femmes pour le suivi de toutes les femmes qui n'ont pas forcément accès sur leur territoire à un gynécologue. Ce sont quelques exemples. Laissons le temps à la négociation mais inscrivons un calendrier dans la loi.

M. Gilles Lurton. Je rejoins les propos de Jean-Carles Grelier au sujet des sages-femmes, qui sont souvent considérées comme praticiens de premier recours en soins primaires pour la santé des femmes et sont au cœur du dispositif permettant à la patiente d'être au centre du parcours de santé. C'est pourquoi cet amendement vous propose de leur donner le rôle qu'elles peuvent jouer.

M. Bernard Perrut. Il est important de définir une politique de santé autour de la prise en charge coordonnée de la santé des femmes. C'est l'occasion de saluer le travail des sages-femmes, dont on évoque peu les missions et le rôle importants. On sait qu'un parcours de santé se définit comme la trajectoire globale

des patients avec une attention particulière portée à chacune et à ses choix. Le parcours de santé des femmes passe par l'organisation d'une prise en charge globale et continue des femmes au plus proche de leur lieu de vie ou de travail. La lisibilité, l'accessibilité, la fluidité des parcours de santé, s'appuient sur la qualité de l'information, des conditions d'accueil et d'accompagnement de la femme tout au long de la vie. Cet amendement permet de rappeler les missions des sages-femmes.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Ces amendements énumèrent les différentes missions que pourrait exercer la sage-femme dans le cadre des soins primaires. Il semble étrange de focaliser les soins primaires sur les sages-femmes : on peut se poser la question des autres professionnels de santé. Cela étant, je crois comme vous que le rôle des sages-femmes doit être renforcé. Toutefois, vos amendements ne me semblent pas opportuns. Certaines formulations restent très floues, comme « *s'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé* ». Certaines de ces compétences sont déjà aux mains des sages-femmes, comme la prévention, notamment la vaccination. Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Cela pourrait paraître de bon sens et je comprends l'intention. Les sages-femmes font évidemment partie des équipes de premier recours. Elles peuvent assurer le suivi des femmes quand il n'y a pas de pathologie : c'est la grande différence avec le suivi médical. Les inscrire au même niveau que le médecin comme point d'entrée de l'équipe de premier recours me pose un problème parce qu'elles n'ont pas une compétence aussi élargie que celle du médecin. L'équipe de premier recours doit reposer sur un médecin, même si c'est en interaction avec tous les professionnels de santé de premier recours, dont elles font intégralement partie.

Je suis très favorable à pousser la place des sages-femmes pour le suivi des femmes – elles peuvent pratiquer la vaccination, les frottis de dépistage, les prescriptions de substituts nicotiniques... – mais il ne faut pas laisser penser qu'elles puissent être un point d'entrée pour des femmes avec des pathologies ou des symptômes.

La commission rejette ces amendements.

La commission est saisie de l'amendement AS774 de M. Philippe Vigier.

M. Philippe Vigier. Avec l'amendement AS774, nous proposons d'insérer, après le troisième alinéa de l'article L4151-1 du code de la santé publique, un alinéa ainsi rédigé : « *La sage-femme peut assurer la surveillance et la prise en charge d'une situation pathologique en collaboration et concertation avec le médecin.* »

J'ai bien entendu ce que vient de dire Mme la ministre, mais chacun conviendra que notre amendement ne remet nullement en question le principe selon lequel la sage-femme doit faire appel à un médecin en cas de situation

pathologique, et qu'elle ne se trouve donc pas isolée. Au fil des années, on a fait de plus en plus appel aux compétences reconnues des sages-femmes, et il nous semble donc qu'au moment où des centres de néonatalité s'ouvrent pour compenser les fermetures de maternités – notamment en raison d'un manque de médecins gynécologues pouvant assurer l'encadrement –, il serait opportun qu'en concertation avec des médecins gynécologues, les sages-femmes puissent faire valoir leur savoir-faire pour accompagner les femmes qui en ont besoin.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Votre amendement est déjà satisfait, puisque la sage-femme peut tout à fait assurer la prise en charge d'une situation pathologique en collaboration et concertation avec le médecin dans ses domaines de compétence.

J'y suis donc défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine l'amendement AS606 de M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. L'amendement AS606 a pour objet de permettre à la femme enceinte de déclarer une sage-femme libérale référente de son suivi, chargée de tenir à jour un dossier médical complet avec tous les éléments du suivi, dossier qui fera l'objet d'une synthèse, si nécessaire et après accord de la femme, pour le médecin traitant. La sage-femme aura également un rôle d'information, de prévention et de mise en œuvre d'un suivi médical pour le parcours de suivi de grossesse.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Vous souhaitez créer un statut de sage-femme référente. Je ne suis pas sûr que cela représente une réelle plus-value par rapport au droit existant, et émets donc un avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle est saisie de l'amendement AS820 de Mme Justine Benin.

Mme Justine Benin. L'amendement AS820 vise à prolonger d'un an l'expérimentation des maisons de naissance, créées suite à la loi du 6 décembre 2013 et au décret du 30 juillet 2015.

Les maisons de naissance existantes sont inquiètes quant à leur avenir, car l'expérimentation arrivera à son terme dans un an et, faute d'une adaptation de notre droit avant cette échéance, elles seront toutes condamnées à fermer en dépit de leurs résultats très positifs.

Je propose donc que nous inscrivions dans la loi la prolongation d'un an de cette expérimentation, afin de laisser le temps au Gouvernement d'étudier la généralisation de ce dispositif dans le droit commun.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Votre amendement vise à prolonger d'un an l'expérimentation des maisons de naissance. Or, il me semble que la durée initiale de cinq ans permet déjà de disposer du recul suffisant.

Un bilan va être réalisé d'ici à la fin de cette année, qui permettra d'évaluer l'opportunité de généraliser les maisons de naissance à l'issue de l'expérimentation.

Avis défavorable.

Mme Justine Benin. J'étais très inquiète au sujet des maisons de naissance, notamment de celle située en Guadeloupe, mais compte tenu des explications que m'a données précédemment Mme la ministre et de celles que vient de me donner M. le rapporteur, je retire mon amendement.

L'amendement AS820 est retiré.

La commission examine les amendements identiques AS253 de M. Paul Christophe, AS480 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS744 de M. Philippe Vigier.

M. Paul Christophe. Chaque année, en France, 1 000 décès sont liés au cancer du col de l'utérus et 3 000 nouveaux cas sont recensés. Selon l'Institut national du cancer (INCa), 40 % des femmes ciblées par les recommandations ne réalisent pas assez régulièrement un frottis de dépistage. Pour améliorer ces chiffres, il faudrait faciliter et simplifier l'accès au dépistage. Tel est l'objet de cet amendement, qui propose pour cela de s'appuyer sur les biologistes médicaux pharmaciens qui, bien qu'ils soient formés et réalisent quotidiennement des prélèvements vaginaux en vue d'examen cytologiques, bactériologiques et virologiques, sont contraints de renvoyer les patientes vers des médecins pour la réalisation de frottis cervico-vaginaux à des fins de dépistage du cancer du col de l'utérus

Je propose donc d'adapter le code de la santé publique pour permettre aux biologistes médicaux pharmaciens de réaliser ces dépistages et d'effectuer certains actes d'anatomie et de cytologie pathologique.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. L'amendement AS480 étant identique, il est défendu.

Mme Jeanine Dubié. L'amendement AS744 a pour objet d'autoriser les biologistes médicaux pharmaciens à effectuer des prélèvements d'anatomocytopathologie.

Je ne reviendrai pas sur les chiffres exposés par notre collègue Christophe, mais je veux insister sur le fait que, si les biologistes médicaux pharmaciens sont formés et réalisent quotidiennement des prélèvements vaginaux en vue d'examen cytologiques, bactériologiques ou virologiques, ils sont contraints de renvoyer les

patientes vers des médecins pour la réalisation de frottis cervico-vaginaux à des fins de dépistage du cancer du col de l'utérus.

Permettre aux biologistes médicaux pharmaciens d'effectuer ce type de prélèvement faciliterait l'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus et améliorerait donc la prévention.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Vous souhaitez que les biologistes puissent réaliser des frottis cervico-vaginaux à des fins de dépistage du cancer du col de l'utérus. Or, les gynécologues, les médecins généralistes et les sages-femmes sont tout à fait compétents pour effectuer ces actes de prévention et de suivi de la santé de la femme, et assurent toutes et tous un maillage satisfaisant du territoire, permettant aux femmes d'accéder au dépistage dans des conditions satisfaisantes.

Je n'estime pas opportun d'ajouter ces actes d'anatomie et de cytologie pathologique à la compétence des biologistes médicaux pharmaciens, et émets donc un avis défavorable.

Mme Jeanine Dubié. Monsieur le rapporteur, on ne peut pas vous laisser dire cela. Nous sommes tous confrontés au constat de la désertification médicale, et vous savez très bien que dans certaines zones, il n'y a plus de médecin gynécologue – une situation qui ne peut qu'empirer au cours des années qui viennent.

Dès lors, pourquoi ne pas permettre à un biologiste ayant la qualité de médecin de réaliser des prélèvements d'anatomo-cytopathologie ? Vos arguments ne tiennent pas, c'est pourquoi nous maintenons notre amendement avec force.

M. Paul Christophe. Il ne s'agit pas de critiquer le maillage actuel, monsieur le rapporteur, mais simplement de trouver une solution de complément susceptible d'améliorer le taux de dépistage actuel, qui n'est que de 40 %.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Il me semble que M. le rapporteur a argumenté davantage en termes de compétence que de maillage. Or, nous ne remettons pas en cause la compétence de qui que ce soit, mais souhaitons simplement offrir aux femmes de plus larges possibilités de se faire dépister afin d'améliorer la prévention.

Mme Albane Gaillot. La prévention des cancers des femmes est un sujet majeur en termes de santé publique mais, pour améliorer les choses dans ce domaine, il nous faut plutôt mettre en œuvre une stratégie ambitieuse et très bien ciblée en matière de prévention que de multiplier les possibilités de dépistage. Le groupe La République en Marche votera donc contre ces amendements.

M. Philippe Vigier. C'est très bien de vouloir se doter d'une politique de prévention efficace et ambitieuse, mais encore faut-il en avoir les moyens : en l'occurrence, chacun sait que nous manquons cruellement de gynécologues et de

médecins biologistes. Monsieur le rapporteur, pourquoi un biologiste médical pharmacien qui aurait la compétence pour effectuer des prélèvements en cas de maladie sexuellement transmissible ne l'aurait-il pas pour effectuer un frottis sur une femme présumée saine ?

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Il ne me paraît pas inutile de rappeler, comme nous le faisons régulièrement, certains éléments relatifs au partage des compétences. Le maillage des sages-femmes sur le territoire permet d'assurer à toutes les femmes de disposer de possibilités satisfaisantes en matière de dépistage.

Comme l'a dit Mme Gaillot, nous devons d'abord nous appuyer sur l'existant, et entreprendre une réflexion portant sur la politique à mener en matière de santé et de prévention, afin de déterminer quels sont les véritables freins empêchant certaines femmes de consulter. Pour ma part, je ne pense pas que cela soit lié à une offre insuffisante, c'est pourquoi les amendements proposés ne me paraissent pas constituer une réponse adéquate.

M. Brahim Hammouche. À l'heure actuelle, un grand nombre de femmes reçoivent à leur domicile le résultat de leur frottis, souvent bien avant le rendez-vous de contrôle prévu avec leur gynécologue. Le cancer du col de l'utérus constitue une vraie priorité en termes de prévention et de diagnostic, et tout ce qui est susceptible de faciliter le dépistage et d'accélérer la prise en charge ne peut être qu'une bonne chose. Pour ma part, je soutiendrai donc les amendements proposés.

Mme Émilie Bonnard. Effectivement, nous ne pouvons pas nous permettre de rater l'opportunité que nous fournit ce projet de loi d'augmenter le potentiel et la capacité de dépistage du cancer du col de l'utérus. Dans le territoire très rural où j'ai été élue, nous n'avons plus de gynécologue depuis très longtemps, et nous devons impérativement trouver un moyen de faciliter pour les femmes l'accès aux examens de dépistage du cancer – une maladie qui, comme chacun le sait, ne fait que progresser. De ce point de vue, l'enjeu du dépistage est majeur, c'est pourquoi le groupe Les Républicains soutiendra les amendements proposés.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Qu'on ne me fasse pas dire ce que je n'ai pas dit : si j'ai reconnu que le taux de dépistage actuel était probablement trop bas, j'ai également insisté sur la nécessité de ne pas s'appuyer seulement sur les gynécologues pour améliorer les choses. J'ai souligné qu'il fallait recourir aussi – je dirai même avant tout, dans les zones où la situation le justifie – aux médecins généralistes et aux sages-femmes, qui ont toute compétence pour faire réaliser les examens de dépistage du cancer du col de l'utérus et le font d'ailleurs déjà au quotidien, dans le cadre d'un suivi régulier des femmes : c'est sur le rôle de ces professionnels que nous devons mettre l'accent.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Le dépistage et la prévention du cancer du col de l'utérus ont constitué la première mesure du Plan cancer que j'ai rédigé lorsque j'assumais la présidence de l'Institut national du cancer ; j'ai ensuite travaillé durant cinq ans à la mise en œuvre du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Ce dépistage – le troisième dépistage organisé déployé sur notre territoire – repose sur des invitations adressées par l'assurance maladie dès que celle-ci constate ne pas avoir remboursé de frottis depuis deux ans à une femme : les femmes concernées sont alors invitées à aller réaliser un frottis chez un médecin généraliste, une sage-femme ou un gynécologue.

Je ne pense pas du tout qu'il soit légitime d'élargir les lieux de prise en charge, car le contact avec les trois professionnels que j'ai cités est l'occasion pour les femmes de recevoir du conseil en matière de prévention du cancer, mais aussi de procéder à une palpation des seins – car une femme qui n'a pas fait de frottis depuis deux ans n'a généralement pas fait non plus de mammographie ou de palpation durant ce délai. Aujourd'hui, la prévention du col de l'utérus repose sur une première consultation, que j'ai mise en place l'année dernière dans le cadre du plan Priorité prévention : il s'agit de la consultation à vingt-cinq ans, prise en charge à 100 % par l'assurance maladie, et qui permet aux médecins traitants d'identifier les niveaux de risque des différents types de cancers féminins, à savoir le cancer du col de l'utérus et le cancer du sein.

À partir de vingt-cinq ans, chaque femme doit faire un frottis ainsi qu'une palpation des seins tous les trois ans, en s'adressant soit à un généraliste, soit à un gynécologue, soit à une sage-femme. Je ne pense pas que les pharmaciens biologistes aient vocation à identifier les niveaux de risque des différents types de cancer ou à effectuer des palpations mammaires, et j'estime que votre proposition constitue un très mauvais signal en matière de dépistage, celui-ci devant s'effectuer dans le cadre d'un parcours de soins organisé tout au long de la vie des femmes. Je suis donc fondamentalement opposée à ces amendements.

La commission rejette ces amendements.

Elle est saisie des amendements identiques AS89 de Mme Josiane Corneloup, AS266 de M. Martial Saddier, AS292 de Mme Émilie Bonnivard, AS721 de M. Philippe Vigier, AS865 de M. Jean-Pierre Door, AS919 de Mme Isabelle Valentin et AS1228 de Mme Danielle Brulebois.

Mme Josiane Corneloup. L'article L. 4301-1 du code de la santé publique, qui définit l'exercice en pratique avancée des auxiliaires médicaux, s'est vu compléter en 2016, lors des débats parlementaires ayant conduit à son introduction, d'une notion de « *coordination des soins par un médecin* » alors qu'en réalité, le professionnel de santé en pratique avancée n'intervient pas sous la coordination d'un médecin – il peut d'ailleurs être lui-même chargé de cette coordination.

La mention relative à la coordination place les professionnels de santé dans une situation délicate puisqu'en l'absence de coordination par le médecin, ils ne devraient pas légalement pouvoir exercer. Par l'amendement AS89, nous proposons donc de la supprimer.

M. Thibault Bazin. L'amendement AS266 de notre collègue Martial Saddier vise à permettre le déploiement des infirmiers et infirmières en pratique avancée dans les territoires carencés en médecins.

Mme Émilie Bonnivard. Dans un souci de sécurité juridique de l'exercice en pratique avancée, l'amendement AS292 vise à supprimer de l'article L. 4301-1 du code de la santé publique la mention relative à la coordination des soins par un médecin traitant.

Mme Jeanine Dubié. Dans un souci de sécurité juridique de l'exercice en pratique avancée, l'amendement AS721 vise à supprimer de l'article L. 4301-1 du code de la santé publique la mention relative à la coordination des soins par un médecin traitant.

M. Jean-Pierre Door. Je veux d'abord rappeler à Mme la ministre qu'elle n'a pas répondu à ma question portant sur le médecin traitant – j'espère qu'elle le fera.

Pour ce qui est de notre amendement AS865, il a pour objet de faire reconnaître que, si les soins de premier recours doivent effectivement rester de la compétence du médecin – c'est ce que nous souhaitons tous –, les infirmiers et infirmières de pratique avancée possèdent les compétences leur permettant d'intervenir en dehors d'un parcours coordonné par un médecin – je rappelle que ces professionnels sont titulaires d'un master – et pourraient rendre, dans les territoires isolés et fragilisés, un service précieux dont nous ne devons pas nous priver.

Mme Isabelle Valentin. L'amendement AS919 est un amendement de régularisation, puisqu'en réalité, le professionnel de santé en pratique avancée n'intervient pas sous la coordination d'un médecin. Dans un souci de sécurité juridique, il est donc proposé de supprimer de l'article L. 4301-1 du code de la santé publique la mention relative à la coordination des soins par un médecin traitant, afin de permettre aux professionnels en pratique avancée d'exercer légalement.

Mme Danielle Brulebois. Pour encourager la pratique avancée, il convient d'éviter de lui mettre des freins, c'est pourquoi nous proposons, avec l'amendement AS1228, de supprimer de l'article L. 4301-1 du code de la santé publique la mention relative à la coordination des soins par un médecin traitant.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. La coordination des soins par le médecin traitant est une notion fondamentale dans notre système de santé, qu'il convient de préserver et de promouvoir. Je suis donc défavorable aux

amendements visant à supprimer la condition de coordination par le médecin traitant pour l'exercice en pratique avancée.

La commission rejette ces amendements.

Elle examine l'amendement AS1355 de Mme Caroline Janvier.

M. Sébastien Cazenove. L'amendement AS1355 vise à reconnaître la compétence des infirmiers et infirmières en termes de pharmacovigilance dans la loi, notamment afin de lutter contre le mauvais suivi du traitement par le patient, qui constitue la première cause de réhospitalisation pour les personnes de plus de 65 ans et représente près de 22 % des hospitalisations pour ce type de population.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Merci, cher collègue. Je vous souhaite la bienvenue au sein de notre commission.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cet amendement est satisfait : l'infirmier pouvant déjà participer à des actions de pharmacovigilance, il est inutile de le préciser à nouveau dans la loi. Je vous invite donc à le retirer, et émettrai à défaut un avis défavorable.

M. Sébastien Cazenove. Je retire cet amendement.

L'amendement est retiré.

La commission est saisie, en discussion commune, des amendements identiques AS748 de M. Philippe Vigier, AS1353 de Mme Caroline Janvier et AS1414 de Mme Annie Chapelier, ainsi que de l'amendement AS863 de M. Jean-Pierre Door.

Mme Jeanine Dubié. Depuis 2008, les infirmiers vaccinent sans prescription médicale préalable les personnes fragiles contre la grippe. Cette mesure de santé publique a ainsi permis la vaccination de près d'un million de personnes lors de la dernière campagne. Aujourd'hui, il nous paraît donc légitime d'élargir la possibilité légale de vaccination par les infirmiers.

M. Sébastien Cazenove. L'amendement AS1353 est défendu.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Il est effectivement souhaitable d'élargir la possibilité légale de vaccination par les infirmiers. D'une part, cela permet de reconnaître leur compétence à effectuer l'acte d'injection, qui constitue leur quotidien ; d'autre part, cela permet de réaliser des économies en matière de dépenses de santé en évitant une, voire plusieurs consultations auprès du médecin traitant – certains vaccins, notamment celui contre le papillomavirus, nécessitent en effet plusieurs injections successives. Notre système de santé ne peut donc que tirer bénéfice de la mesure que nous proposons par le biais de l'amendement AS1414.

M. Gilles Lurton. L'amendement AS863 est défendu.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Si l'intention de ces amendements est louable, la mesure proposée relève du niveau réglementaire. Mme la ministre a saisi la Haute autorité de santé afin que soit engagée une réflexion sur ce qu'il serait possible de faire pour étendre les pratiques vaccinales en recourant notamment aux infirmiers diplômés d'État. Je vous propose d'attendre les conclusions des travaux engagés par la HAS, car j'imagine que Mme la ministre a l'intention de s'en saisir pour faire évoluer le règlement. En l'état actuel des choses, j'émet un avis défavorable à ces amendements.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. J'ajouterai à ce que vient de dire M. le rapporteur que nous avons autorisé cette année les infirmiers et infirmières à procéder à la primo-vaccination pour la grippe, et que les amendements proposés auraient pour conséquence de réduire leur capacité à primo-vacciner contre la grippe.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Compte tenu de ce qui vient d'être dit, nous retirons l'amendement AS1414.

Mme Jeanine Dubié. Je maintiens l'amendement AS748.

M. Sébastien Cazenove. Je retire l'amendement AS1353.

Les amendements AS1353 et AS1414 sont retirés.

La commission rejette successivement les amendements AS748 et AS863.

Elle examine les amendements identiques AS1486 du rapporteur et AS1381 de Mme Albane Gaillot.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. L'amendement AS1486, rédigé à l'issue d'une réflexion menée avec les membres du groupe d'études sur les professions paramédicales, vise à permettre aux infirmiers d'adapter la posologie de certains traitements en fonction des résultats d'analyses de biologie médicale des patients.

Mme Annie Chapelier. L'amendement AS1381 vise à permettre aux infirmiers d'adapter la posologie de certains traitements, en particuliers les anticoagulants ou l'insuline, en fonction des résultats d'analyses de biologie médicale des patients et selon des protocoles préétablis. Cette possibilité devra s'inscrire dans le cadre d'une équipe de soins primaires ou d'une communauté territoriale de santé.

Dans les faits, cette pratique est déjà mise en œuvre, dans le cadre d'un binôme associant un médecin et un infirmier libéral.

La commission adopte ces amendements.

Elle est saisie de l'amendement AS1417 de Mme Annie Chapelier.

Mme Emmanuelle Fontaine-Domeizel. Si un arrêté du 13 avril 2007 a fixé un droit de prescription de certains dispositifs médicaux, notamment les pansements, par les infirmiers, ceux-ci ne peuvent en revanche prescrire les solutions et produits antiseptiques indispensables au nettoyage des plaies et à la désinfection des tissus. L'amendement AS1417, simple et de bon sens, vise à corriger cette anomalie afin que les infirmiers puissent prescrire les antiseptiques, essentiels aux bonnes pratiques. Il permettra une simplification du parcours de soins, la réalisation d'économies par l'assurance maladie, mais aussi un gain de temps pour les médecins.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. La mesure proposée étant de niveau réglementaire, j'émet un avis défavorable.

La commission adopte l'amendement.

Elle examine l'amendement AS741 de Mme Sereine Mauborgne.

Mme Sereine Mauborgne. L'amendement AS741 propose d'ouvrir aux infirmières et infirmiers la possibilité de programmer, jusqu'à guérison, les soins liés au traitement local des plaies chroniques.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. À mon sens, la mesure proposée relève plutôt de la compétence des infirmiers et infirmières de pratique avancée dans le cadre d'un exercice coordonné. Je suis donc défavorable à cet amendement.

La commission rejette l'amendement.

Elle est saisie des amendements identiques AS49 de Mme Marine Brenier et AS1006 de Mme Isabelle Valentin.

Mme Marine Brenier. L'amendement AS49 a été rédigé à la suite de travaux que j'ai menés en concertation avec des spécialistes de la prise en charge de la douleur, dans le cadre d'une proposition de loi que j'ai déposée l'année dernière. Il vise à donner la possibilité aux infirmiers de renouveler des prescriptions datant de moins d'un an pour des antalgiques de niveau 1, ce qui présenterait plusieurs avantages, notamment une plus grande efficacité et des économies potentielles pour l'assurance maladie.

Mme Isabelle Valentin. L'amendement AS1006, qui permet d'élargir le droit de prescription d'antalgiques par les infirmiers afin de faciliter le maintien à domicile, constitue également une solution de nature à pallier les conséquences de la désertification médicale et à permettre une plus grande réactivité des professionnels de santé, au bénéfice des patients et de leur famille. Enfin, il serait source d'économies pour l'assurance maladie.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Si l'objectif des amendements est louable, il est de nature réglementaire : la liste à laquelle il est fait référence n'a pas vocation à figurer dans la loi. J'y suis donc défavorable.

La commission rejette ces amendements.

Elle examine l'amendement AS864 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Cet amendement est défendu.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle est saisie des amendements identiques AS90 de Mme Josiane Corneloup, AS264 de M. Martial Saddier, AS275 de M. Alain Ramadier, AS282 de M. Vincent Rolland, AS294 de Mme Émilie Bonnivard, AS720 de M. Philippe Vigier, AS986 de Mme Isabelle Valentin, AS1039 de M. Francis Vercamer, AS1231 de Mme Danielle Brulebois et AS1332 de Mme Fadila Khattabi.

Mme Josiane Corneloup. L'amendement AS90 vise à renforcer le rôle des infirmières, qui constitue un pilier de l'exercice coordonné de proximité autour du patient. On sait que certains actes, conditionnés dans les textes à l'existence d'une prescription médicale, sont en réalité effectués sans prescription par l'infirmier, qui en informe le médecin après coup. Ainsi, les examens de contrôle du patient diabétique dont il assure le suivi ou la prescription d'antalgiques de niveau 1 seraient possibles.

M. Thibault Bazin. L'amendement AS264 est défendu.

M. Jean-Pierre Door. L'amendement AS275 est défendu.

M. Bernard Perrut. L'amendement AS282 est défendu.

Mme Émilie Bonnivard. L'amendement AS294 vise à assouplir le cadre légal d'exercice de l'infirmier, qui pourra prescrire les examens de contrôle du patient diabétique dont il assure le suivi, ainsi que d'autres prescriptions, dans l'objectif d'une plus grande efficacité.

Mme Jeanine Dubié. L'amendement AS720 vise à assouplir le cadre légal d'exercice de l'infirmier en modifiant le dernier alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique, ce qui montre bien que la mesure proposée est de nature législative – je le dis pour prévenir un argument que risque de nous opposer M. le rapporteur.

Mme Isabelle Valentin. L'amendement AS986, qui constitue une mesure de simplification tant pour les professionnels de santé que pour les patients, vise à permettre aux infirmiers d'exercer leur métier de façon plus réactive en allégeant un cadre légal beaucoup trop rigide.

M. Paul Christophe. L'amendement AS1039 est défendu.

Mme Danielle Brulebois. Les infirmiers étant vraiment les piliers de la santé de proximité, l'amendement AS1231 vise – conformément à une recommandation de la Cour des comptes – à légaliser des actes qu'ils effectuent déjà tous les jours, notamment la prescription d'antalgiques ou de solutions antiseptiques.

Mme Fadila Khattabi. L'amendement AS1332 est défendu.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je suis défavorable à ces amendements.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. En créant le statut des infirmiers de pratique avancée – une idée depuis longtemps dans les tuyaux –, nous ambitionnions d'étendre les compétences des infirmiers à la biologie et à des actes qu'ils ne sont pas en mesure de pratiquer aujourd'hui. Les premiers infirmiers de pratique avancée seront diplômés en 2020 et se déploieront alors sur le territoire. Prévoir dans le projet de loi la délégation d'actes que les infirmiers de pratique avancée ne seront même pas autorisés à pratiquer ôte tout intérêt à cette formation de master – 1 000 personnes concernées cette année, et davantage les années suivantes – et à cette profession tout juste créée. Il y a un problème de cohérence générale.

Mme Fadila Khattabi. Au regard de ces explications, je retire l'amendement AS1332.

L'amendement AS1332 est retiré.

La commission rejette les amendements identiques.

L'amendement AS728 de Mme Sereine Mauborgne est retiré.

La commission en vient à l'amendement AS760 de Mme Sereine Mauborgne.

Mme Sereine Mauborgne. Cet amendement tend à reconnaître les infirmiers titulaires d'un diplôme universitaire « plaies et cicatrisations » en les autorisant à assurer des consultations, au sein des hôpitaux de proximité par exemple. Deux millions de Français, porteurs de plaies chroniques, bénéficieraient de cette mesure.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cela relève encore du registre des infirmiers de pratique avancée. Avis défavorable.

Mme Sereine Mauborgne. Il s'agit simplement d'ouvrir à davantage de patients une pratique qui existe déjà dans les hôpitaux.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS752 de Mme Sereine Mauborgne.

Mme Sereine Mauborgne. Cet amendement vise à permettre aux infirmiers libéraux d'assurer des consultations de premier recours, au domicile du patient. Lorsqu'une situation s'aggrave à domicile, la famille ou le médecin traitant demandent à l'infirmier d'intervenir pour mieux orienter le patient et limiter le délai dans lequel le médecin pourra se rendre auprès du patient. Il s'agit de reconnaître une pratique déjà existante, et le rôle des infirmiers libéraux dans l'orientation des soins d'urgence.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Il doit exister une lisibilité entre les différentes professions, or ces compétences sont celles de l'infirmier de pratique avancée. Avis défavorable.

Mme Sereine Mauborgne. Nous nous plaçons dans le cadre des soins de base, effectués tous les jours par des infirmiers libéraux auprès de leurs patients chroniques. Or ceux-ci sont parfois amenés à résoudre une situation médicale en entrant en contact téléphonique avec le médecin traitant ou la coordination médicale du SMUR. Il s'agit de le reconnaître.

Mme Audrey Dufeu Schubert. La création de la profession d'infirmier de pratique avancée constitue une grande avancée, mais les IPA ne seront sans doute pas suffisamment nombreux ces prochaines années pour couvrir les besoins à domicile. Reconnaître ce qui est une pratique du quotidien pour les infirmiers libéraux serait une réelle avancée pour cette profession.

La commission rejette l'amendement.

Elle est saisie de l'amendement AS1356 de Mme Caroline Janvier.

M. Sébastien Cazenove. Cet amendement a pour objet de renforcer l'accès aux soins de premiers recours par la création d'un statut d'infirmier référent aux côtés du médecin traitant et du pharmacien, un triptyque qu'il convient d'identifier. L'infirmier référent permettrait d'assurer une réelle coordination du parcours de soins, entre le médico-social et le sanitaire, la ville et l'hôpital ainsi qu'un suivi renforcé pour les patients dépendants et pour les malades chroniques. Cette mesure a été recommandée par le programme Santé 21 de l'OMS.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. C'est le médecin traitant qui coordonne le parcours de soins ; il en est le pilier. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette l'amendement AS759 de Mme Sereine Mauborgne.

Elle est saisie de l'amendement AS1561 du rapporteur.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cet amendement de simplification vise à supprimer une référence obsolète concernant l'exercice des pédicures-podologues.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Nous proposerons de revenir sur la rédaction lors de l'examen en séance.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS1352 de Mme Caroline Janvier.

M. Sébastien Cazenove. Il s'agit d'étendre aux orthoptistes la possibilité, accordée aux opticiens lunetiers, de renouveler ou adapter les corrections optiques.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Avis favorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Nous soutenons l'esprit de la mesure, mais cet amendement ne prévoit pas d'encadrement réglementaire, alors que cela relève d'un décret d'actes.

M. Sébastien Cazenove. Je retire l'amendement afin d'en modifier la rédaction.

L'amendement est retiré.

La commission est saisie des amendements identiques AS304 de Mme Monique Limon et AS1327 de Mme Fadila Khattabi.

Mme Fadila Khattabi. Cet amendement, qui fait suite aux échanges que j'ai eus avec le rassemblement des opticiens de France, vise à permettre aux opticiens d'adapter la primo-ordonnance délivrée par l'ophtalmologiste, après la réalisation d'un examen de vue. Compte tenu des délais de rendez-vous, notamment dans les territoires sous-denses, cet amendement contribue à faciliter l'accès aux soins visuels. De plus, il est en cohérence avec le remboursement intégral des équipements optiques, votés dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. J'ai émis un avis favorable à l'amendement précédent qui concernait les orthoptistes. Ceux-ci travaillent déjà avec les ophtalmologistes, dans le cadre de protocoles de coopération – nous en reparlerons lorsqu'il s'agira des télésoins. Il me semble peu opportun de supprimer la première consultation. Avis défavorable.

L'amendement AS1327 est retiré.

La commission rejette l'amendement AS304.

Puis elle examine l'amendement AS409 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Le 13 juin, au congrès de la Mutualité française, le Président de la République déclarait : « *Le remboursement intégral des lunettes, essentiel, ne sert à rien si l'on met douze mois à avoir un rendez-vous avec un ophtalmologiste.* » Cet amendement vise à permettre aux opticiens-lunetiers d'adapter la correction visuelle dans le cadre d'un renouvellement d'ordonnance.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Mêmes arguments que précédemment. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS305 de Mme Monique Limon.

Mme Monique Limon. Un peu moins de 10 % des personnes ayant besoin d'une correction visuelle portent des lentilles de contact, alors que celles-ci peuvent constituer une solution lorsque les verres correcteurs ne sont pas adaptés. Ce faible recours aux lentilles s'explique en grande partie par le fait que seul l'ophtalmologiste a le droit d'adapter les lentilles de contact, en dehors du cas de renouvellement de la prescription.

Dans le prolongement du rapport Voynet et de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, il est proposé que l'opticien puisse procéder à l'adaptation des lentilles de contact lors d'une primo-prescription, sous réserve de la non contre-indication par l'ophtalmologiste.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Mêmes arguments, avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite successivement les amendements AS414, AS415 et AS412 de Mme Agnès Firmin Le Bodo

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Le premier amendement vise à permettre aux opticiens-lunetiers, dans le cadre de suivi du glaucome chez les patients diabétiques, d'effectuer une prise de tension annuelle, dont les résultats seront envoyés au médecin prescripteur.

Le deuxième amendement vise à étendre aux opticiens-lunetiers la possibilité de réaliser les tests de dépistage de la rétinopathie diabétique.

Enfin, l'amendement AS412 fait suite au rapport de la HAS de 2006 qui préconise de mener des actions de prévention sur des populations cibles, concernant le glaucome. Il vise à permettre aux opticiens-lunetiers, dans le cadre d'une expérimentation, d'effectuer des actions de prévention et de suivi du glaucome.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. J'insiste sur la filière et les protocoles de coopération entre les orthoptistes et les ophtalmologistes. Avis défavorable.

M. Philippe Vigier. Le rapporteur peut-il nous expliquer quel sens revêt pour lui la délégation de tâches et la mise en réseau des professionnels de santé ? Ces amendements sont parfaitement justes, et sans apporter la meilleure des réponses, ils permettent de gérer une situation en fonction des personnels et des qualifications disponibles. Ne s'agit-il pas là d'une délégation de tâches, sous l'autorité du médecin, visant à apporter le meilleur des services aux patients ?

Mme Caroline Fiat. Je fais sans doute partie des premiers à combattre le glissement de tâches entre les diverses professions médicales. Mais nous faisons face à une situation de pénurie – qui justifie la fin du *numerus clausus* –, où les personnes ne peuvent pas consulter en urgence un ophtalmologiste et où les délais de rendez-vous sont très importants. À situation d'urgence, amendements d'urgence : je voterai ces amendements.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Nous sommes tous convaincus qu'il faut rendre la vie plus facile à nos concitoyens et que l'accès à certains professionnels de santé est très compliqué.

Vous n'êtes pas sans savoir, madame Firmin Le Bodo, que mes services ont commencé à travailler sur la filière optique. Le déploiement du 100 % santé modifie en effet l'équilibre des filières et la place des professionnels dans les prises en charge. Dans ce cadre, nous travaillons sur la formation des opticiens et des orthoptistes et sur d'éventuelles délégations de tâches.

Je trouve gênant d'inscrire dans la loi des délégations de tâches obligatoires, sans qu'il y ait eu concertation ou travail sur les parcours de soins. En outre, la HAS aurait probablement son mot à dire sur les risques encourus. Je suis très favorable au dépistage du glaucome par d'autres professionnels que les ophtalmologistes, mais ne doit-on pas craindre un défaut de diagnostic, lorsque l'on sait qu'une partie des personnes souffrant de glaucome ne présentent pas de tension oculaire élevée ? Une concertation entre les professionnels est nécessaire.

Je suis favorable à l'évolution des pratiques et des filières de prise en charge, mais je trouve quelque peu prématuré de prévoir dans la loi la délégation d'actes médicaux à des professionnels dont la formation, et notre capacité à les former, reste incertaine. Aussi bonne qu'en soit la raison, nous prendrions des risques à adopter de telles mesures. Je vous demande de faire confiance au ministère, qui s'engage à travailler sur ces sujets, plutôt que de voter ces mesures sans en avoir travaillé tous les contours.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Bien évidemment, il faut penser au parcours et à la filière de soins. La question est de savoir à quel niveau les décisions peuvent se prendre : entre professionnels de santé, au niveau national. Les CPTS peuvent-

elles prendre l'initiative d'autoriser des pratiques, quitte à ce que le ministère prenne ensuite la main pour autoriser ces partages de compétences ?

M. Philippe Vigier. J'ai bien senti dans vos propos, madame la ministre, que vous étiez ouverte à la réflexion. Dans le cas d'un glaucome, une prise en charge rapide, par un autre praticien qu'un ophtalmologiste, vaut mieux qu'un rendez-vous quatorze ou dix-huit mois plus tard ! Cette prise en charge se fait au sein d'une CPTS où, par définition, les professionnels de santé se mettent d'accord sur les actions de prévention, de coordination de soins et de protocole. Et cela vaut toujours mieux que de s'en remettre aux praticiens étrangers installés comme ophtalmologistes, qui pratiquent des dépassements d'honoraires rédhibitoires – j'ai des exemples à vous donner – et effectuent des prises en charge souvent catastrophiques.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Vous m'accorderez que j'ai été cohérente dans la présentation, puisque j'ai d'abord évoqué la nécessité de former les opticiens. Nous sommes dans une situation d'urgence : pour un diabétique, un contrôle annuel de sa tension visuelle par un opticien formé est préférable à aucun contrôle, faute de rendez-vous chez l'ophtalmologiste. Et pourtant, comme Mme Fiat, je ne suis pas très favorable aux glissements de tâches !

Mme Albane Gaillot. Nous savons les difficultés qu'éprouvent nos concitoyens à obtenir un rendez-vous chez l'ophtalmologiste et à se faire soigner dans de bonnes conditions. Cependant, ce n'est pas parce qu'il y a urgence qu'il faut proposer des réponses précipitées et inadaptées. Préférons plutôt une solution réfléchie avec l'ensemble des acteurs, qui permette de répondre, de la manière la plus pragmatique, à l'urgence de la situation. Le groupe de La République en Marche votera contre ces amendements.

Mme Caroline Fiat. Contrairement à ce que j'ai pu entendre à plusieurs reprises cet après-midi, les amendements que nous défendons sont mûrement réfléchis ! Effectivement, il ne convient pas de prendre précipitamment des mesures pour répondre à une situation d'urgence. Mais imaginons que ces amendements contribuent à sauver l'acuité visuelle d'une seule personne : celle-ci ne mérite-t-elle pas que nous les adoptions ?

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Bien sûr, j'ai confiance dans le travail mené par le ministère, dans le cadre du 100 % santé ! Mais des mesures d'urgence peuvent être prises parallèlement à ce travail de fond. Il ne s'agit pas que l'opticien prenne la place de l'ophtalmologiste ; il s'agit de permettre au patient, en l'absence de rendez-vous chez le spécialiste, de pouvoir faire contrôler sa tension visuelle. Ce n'est pas tout à fait la même chose !

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Comme beaucoup d'entre vous, j'ai reçu ces propositions d'amendements. Mais dans le cadre d'autres travaux parlementaires, j'ai auditionné l'ensemble des acteurs de la filière visuelle

et je sais que cette mesure n'est demandée ni par les ophtalmologistes ni par les orthoptistes, qui développent des protocoles de coopération sur le sujet.

Plutôt que d'inscrire ce genre de compétences nouvelles, et médicales, dans la loi, je préfère vous renvoyer à l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, que nous avons étendu aux modifications de compétences dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019. À ce titre, ces amendements, qui nécessiteraient une expérimentation plutôt qu'une inscription dans le dur et sans concertation, pourraient être considérés comme satisfaisants. Avis défavorable.

M. Olivier Véran. Les actes réalisés par les opticiens seraient-ils payants, gratuits, remboursés ? Rien n'est spécifié.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. J'attendais que M. Véran se réveille pour me poser la question ! J'imagine bien que les opticiens ne travailleront pas gratuitement.

La commission rejette successivement les amendements.

Puis elle est saisie de l'amendement AS1328 de Mme Fadila Khattabi.

Mme Fadila Khattabi. Ayant entendu les explications de la ministre et du rapporteur, je retire l'amendement.

L'amendement est retiré.

La commission en vient à l'amendement AS1237 de Mme Delphine Bagarry.

Mme Delphine Bagarry. Il est proposé de créer le statut d'aide-soignant en exercice libéral, qui fait figure aujourd'hui de chaînon manquant. Cet auxiliaire de soins effectue des toilettes au domicile, notamment dans le cadre des SIAD – soins infirmiers à domicile –, en coordination avec le médecin traitant. Dans le cadre d'un exercice coordonné, cela facilite le maintien à domicile.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. L'objectif de votre amendement est tout à fait louable. Toutefois, dans le cadre du futur projet de loi sur la dépendance, des groupes de travail réfléchissent au statut de l'aide-soignant dans un cadre plus global. Il me semble donc prématuré d'inscrire cette mesure dans la loi.

Mme Delphine Bagarry. Je retire l'amendement, mais je suivrai avec grand intérêt le dossier.

L'amendement est retiré.

La commission est saisie de l'amendement AS829 de M. Philippe Vigier.

M. Philippe Vigier. Il est proposé, dans certaines conditions et de façon parfaitement encadrée, d'autoriser les pharmacies d'officine à dispenser certains médicaments en cas d'urgence. Prenons l'exemple d'une personne présentant une infection urinaire chronique un samedi à dix-huit heures, anallergique et qui a signalé ne plus avoir de médicaments : elle pourra en obtenir à la pharmacie. Cette pratique existe, de façon implicite, mais il faut l'encadrer légalement et s'appuyer, pour cette délégation de tâches, sur ce tripode essentiel, autour du médecin.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. J'ai déposé un amendement dans le même esprit, mais dont la rédaction est plus précise et complète, puisqu'elle concerne les pharmaciens, et non les pharmacies, et qu'elle prévoit que le pharmacien et le médecin traitant doivent être adhérents ou signataires du projet de santé d'une CPTS, d'une maison de santé pluri-professionnelle ou d'une équipe de soins primaires. Je vous demande de bien vouloir retirer votre amendement au profit du mien.

M. Philippe Vigier. Je vous propose, comme on nous a habitués à le faire, d'inverser la hiérarchie des normes et de vous associer à notre amendement, que nous modifierons au besoin. L'élégance n'est pas à l'opposé du bien.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS1487 du rapporteur, qui fait l'objet d'un sous-amendement AS1643 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cet amendement vise à permettre aux pharmaciens, dans le cadre d'un exercice coordonné – qu'il s'agisse d'équipes de soins primaires, de maisons de santé pluri-professionnelles, de centres de santé ou de CPTS – de délivrer, selon un protocole mis en place par la HAS, des médicaments dont la liste serait fixée par arrêté, dans le cadre de pathologies bénignes du quotidien – comme la cystite –, sous réserve d'une formation *ad hoc* du pharmacien sur ces protocoles et de l'information du médecin traitant.

M. Cyrille Isaac Sibille. J'entends, avec ce sous-amendement, accorder l'avis du rapporteur et de M. Vigier. L'objectif est de susciter la création de CPTS, d'inciter les médecins à adhérer et de mettre en place un parcours de soins. Mais il est important de respecter l'ensemble de la filière de soins et chacun de ses acteurs, le malade, le médecin traitant et le pharmacien. Je propose donc de préciser que l'accord entre le médecin traitant et le pharmacien est obligatoire. Si nous ne respectons pas chaque acteur de la filière de soins, nous allons à l'échec. Si le médecin traitant n'est pas joignable, s'il n'existe pas de CPTS ou si le médecin traitant n'est pas adhérent, le pharmacien peut délivrer certains médicaments selon le protocole HAS afin d'assurer la permanence des soins.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. C'est l'esprit de ce texte que de s'inscrire dans des exercices coordonnés des professionnels de santé et de prévoir toutes les garanties en termes de soins. En outre, votre amendement repousserait d'un an la mise en œuvre de cette mesure, qui me semble pourtant essentielle pour améliorer l'accès aux soins. Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Je réitère mes réserves sur la méthode. Encore une fois, c'est une réalité vécue par nombre de nos concitoyens : alors qu'ils ont un besoin urgent de médicaments et souffrent, ils sont obligés d'attendre un rendez-vous chez un médecin. Il me semble très important de réussir à avancer sur ce sujet, soit par le biais d'une expérimentation, par exemple dans le cadre du dispositif prévu à l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, soit dans une forme d'accord avec les professions médicales. Aujourd'hui, les médecins sont opposés à cette mesure. Ne prenons pas le risque de faire échouer les négociations conventionnelles en cours. Je souhaite plutôt que nous mettions à profit la semaine qui vient pour continuer à travailler avec les syndicats de médecins et trouver une voie de sortie par le haut sur cette question de la dispensation anticipée en officine. Je pense que c'est une mesure nécessaire dans beaucoup de territoires, mais tous les professionnels n'adhèrent pas à l'idée.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Je soutiens l'amendement de mes collègues. Professionnels de santé, nous sommes tous confrontés à cette problématique. Nous l'avons déjà évoquée dans le cadre de l'examen du PLFSS, à propos des urgences. La situation du samedi après-midi nous en offre, à mon avis, le meilleur exemple. Madame la ministre, vous répondez en proposant d'expérimenter. Pourquoi pas ? Cependant, le chantage au risque de faire échouer les négociations si jamais les pharmaciens... Nous devons tous, professionnels de santé, évoluer. Sortons de ce corporatisme. Non, le pharmacien n'est pas un médecin de remplacement. Chaque professionnel de santé est capable d'assumer les responsabilités qui sont les siennes. Si les pharmaciens peuvent et veulent délivrer un médicament normalement soumis à prescription, ils prennent une responsabilité. Expérimentons s'il le faut, éventuellement en ne le faisant d'abord que pour une ou deux pathologies, mais il est grand temps d'enclencher la machine.

M. Jean-Pierre Door. C'est la deuxième ou troisième tentative depuis un an et demi. Je m'y opposerai donc une nouvelle fois. Je soutiendrai en revanche le sous-amendement de M. Isaac-Sibille, qui me paraît beaucoup plus sage. Que le pharmacien délivre un traitement pour un renouvellement, cela ne me pose pas de problème, et même si la durée de validité de l'ordonnance est dépassée, le pharmacien peut, je pense, être en droit de la renouveler. C'est normal. En revanche, pourquoi cibler une seule pathologie, comme la cystite ? Il y a la cystite aiguë, des cystalgies, des problèmes qui peuvent révéler autre chose. Le pharmacien fera-t-il le diagnostic ? Cela ne me paraît pas opportun.

Le sous-amendement de M. Isaac-Sibille invite à cette réflexion et à un accord entre médecin et pharmacien dans les parcours de soins coordonnés.

M. Philippe Vigier. Je soutiendrai le sous-amendement de M. Isaac-Sibille, frappé au coin du bon sens. Avoir un médecin dans chaque village, pouvoir trouver un médecin à tout moment, c'est fini, mais nous pouvons organiser une délégation de tâches bien structurée. La CPTS paraît le format approprié pour cela, et elle permet, par définition, de s'inscrire dans un protocole, avec un accord sur les objectifs et les modalités. Il ne s'agit pas de faire n'importe quoi : une liste des cas dans lesquels tel ou tel médicament peut être délivré est établie. Et puis faisons confiance à l'expérimentation au lieu de tout garder figé, comme toujours dans notre pays ! Faisons confiance aux acteurs ! Nous ne pouvons, d'un côté, crier au feu et appeler à l'action et, de l'autre, tout empêcher.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je remercie mes collègues Door et Vigier pour leurs propos.

Monsieur le rapporteur, ce qu'il faut, c'est l'accord du médecin traitant, pivot de la médecine. Le texte de votre amendement ne le précise pas, alors que c'est fondamental.

Il ne s'agit par ailleurs pas de retarder les choses. Simplement, je souhaite que les médecins adhèrent aux CPTS. Le délai d'un an vise donc à permettre aux CPTS de se mettre en place et à une coordination entre professionnels de santé de s'installer. Il vise simplement à donner le temps d'adhérer à la CPTS et à susciter l'intérêt pour celle-ci.

Mme Delphine Bagarry. Ce projet de loi est consacré à la santé. Il concerne non pas seulement les praticiens et professionnels de santé mais, surtout, la population et les patients. De quoi parlons-nous ? Que voulons-nous faciliter ? Dans un premier temps, il s'agit de faciliter un accès sécurisé aux soins. Effectivement, nous en parlons pour la troisième fois en quatre mois. De façon générale, la population est extrêmement favorable à un tel dispositif. En Suisse, c'est déjà possible pour vingt-quatre pathologies, et les pharmaciens de premier recours sont l'objet d'une thèse de pharmacie qui sera bientôt soutenue. Cet amendement nous offre la possibilité d'avancer dans la coordination, la protocolisation et l'organisation des soins, et cela va tout à fait dans le sens des CPTS et de l'esprit de ce projet de loi.

M. Olivier Véran. Il arrive, dans sa pratique courante, qu'un médecin soit conduit à rédiger une ordonnance *a posteriori*, parce que des patients n'ont pu voir le médecin avant d'aller à la pharmacie, où le pharmacien a bien voulu délivrer le médicament nécessaire. Le médecin établit ensuite l'ordonnance, avec une date qui permette le remboursement, éventuellement après avoir été contacté par le pharmacien par téléphone. Je décris là la pratique. Il serait envisageable de le faire dans le cadre d'un protocole.

Cela présente également un intérêt pour le développement des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD). Combien de patients prennent encore des antibiotiques parce qu'ils ont mal à la gorge alors que, dans 90 % des cas, nous le savons, c'est viral ! Un bâtonnet qu'on peut trouver en pharmacie et dont on devrait pouvoir disposer librement permet de déterminer si l'origine est virale ou bactérienne et donc si le traitement antibiotique présente un intérêt. La disposition proposée par le rapporteur ouvre une porte qui nous permettra d'envisager cela. Il s'agit non pas de substituer le pharmacien au médecin mais de simplifier le quotidien d'un certain nombre de Français et de normaliser certaines pratiques.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé.
Mme Bagarry a raison : nous travaillons aujourd'hui pour les Français, pour les usagers du système de santé, pour les patients. Ils sont notre priorité, nous devons en permanence garder cela à l'esprit.

Je suis fondamentalement convaincue, madame Firmin Le Bodo, de l'urgente nécessité de faire évoluer les pratiques et les compétences. D'ailleurs, j'ai mis mon énergie à faire avancer le décret sur les infirmiers de pratique avancée, encalminé dans mon ministère depuis dix ans, et quand j'ai décidé d'une date d'ouverture de la formation – le mois de septembre 2018 – elle a été tenue. Quand j'ai décidé d'élargir les possibilités de vaccination chez les pharmaciens, j'ai commencé par une expérimentation dans trois régions, puis dans deux régions supplémentaires, puis, maintenant, dans la France entière ; j'ai avancé. Je suis train de travailler sur l'évolution du métier d'aide-soignant dans le cadre du projet de loi sur la dépendance. Je suis convaincue qu'il faut faire bouger les lignes. Ne me faites donc pas le procès de ne pas vouloir le faire. Simplement, jusqu'à présent, ma méthode fut la concertation. Vous n'aurez ainsi entendu personne protester à propos des infirmiers de pratique avancée, et l'expérimentation que je viens d'évoquer n'aura pas non plus entraîné une levée de boucliers chez les pharmaciens ou les médecins. Nous pouvons trouver des voies de passage, et le passage en force peut nous mettre en difficulté. Je souhaite encore mettre à profit la semaine qui vient pour trouver une voie de passage avec les syndicats de médecins.

La commission rejette le sous-amendement AS1643.

Puis elle adopte l'amendement AS1487.

La commission suspend ses travaux de dix-huit heures vingt à dix-huit heures quarante.

La commission examine l'amendement AS1623 du rapporteur.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cet amendement vise à introduire « dans le dur » une notion née il y a déjà plus de dix ans avec la loi hôpital, patients, santé, territoires (HPST), une notion qui n'a jamais réellement été mise en œuvre mais dont nous avons lancé une expérimentation dans le cadre de la dernière loi de financement de sécurité sociale : le pharmacien

correspondant. Il s'agirait de permettre au pharmacien d'officine de renouveler périodiquement des traitements chroniques et d'en adapter les posologies, en lien étroit avec le médecin traitant. C'est une évolution incontournable de la profession qui pourra améliorer l'accès des Français aux soins.

La commission adopte l'amendement.

L'amendement AS1380 de Mme Albane Gaillot est retiré.

La commission se saisit des amendements identiques AS248 de M. Paul Christophe, AS503 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS527 de M. Yves Daniel, AS859 de M. Jean-Pierre Door et AS1236 de Mme Delphine Bagarry.

M. Paul Christophe. Madame la ministre, vous avez pu mesurer notre attachement à la vaccination lors des dernières questions au Gouvernement.

L'amendement AS248 vise précisément à permettre aux pharmaciens d'officine la délivrance de vaccins à prescription médicale obligatoire dont la liste serait fixée par arrêté. Il leur permettrait ainsi de participer à la politique de renforcement de la couverture vaccinale et de faciliter le parcours des patients *via* un partage de tâches.

Les pharmaciens d'officine ont démontré qu'ils constituaient de solides acteurs de proximité, notamment dans le cadre de la campagne de vaccination antigrippale – et la vaccination antigrippale par les pharmaciens sera généralisée à l'ensemble du territoire pour la campagne 2019-2020. Cet amendement s'inscrit dans la suite logique de cette mesure.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Madame la ministre, il serait dommage, vous en conviendrez, que le pharmacien ne puisse pas délivrer le vaccin contre la grippe sans ordonnance, alors qu'il est censé pouvoir participer et doit participer au développement de la vaccination, et qu'il doit lui-même vacciner. Tout à l'heure, nous avons adopté un amendement pour permettre à un pharmacien de délivrer sans ordonnance certains médicaments. M. Door reconnaîtra qu'il serait dommage de ne pas faire de même pour certains vaccins.

L'amendement AS503 est en somme un amendement d'anticipation qui nous évitera de devoir de nouveau, plus tard, légiférer pour permettre aux pharmaciens de délivrer sans ordonnance le vaccin contre la grippe – comme cela se fait en Irlande.

M. Jean-Pierre Door. L'expérimentation de la vaccination antigrippale par les pharmaciens, chère collègue Firmin Le Bodo, a eu d'excellents résultats. L'essentiel, c'est d'augmenter le taux de vaccination. Il nous faut absolument une meilleure politique vaccinale et nous proposons effectivement, par l'amendement AS859, que les pharmaciens puissent dispenser certains vaccins, même s'ils sont à prescription médicale obligatoire, dès lors qu'ils ont déjà été prescrits – pas en primo-vaccination, donc.

Mme Delphine Bagarry. La disposition que nous proposons par l'amendement AS1236 va de pair avec la vaccination qui pourra être proposée et faite par les infirmiers. Je reprendrai l'expression de Mme Firmin Le Bodo en parlant d'amendement d'anticipation.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je vois bien quel objectif poursuivent ces amendements, mais, en l'état, ils me paraissent satisfaits – ou alors je n'en comprends pas tout à fait la rédaction. Peut-être pouvons-nous y retravailler d'ici à la séance si leurs auteurs les retirent.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Il s'agit d'un problème de réglementation européenne : les vaccins vont devenir à prescription médicale obligatoire. Mme Michu peut actuellement venir acheter son vaccin en officine et se faire vacciner, le tout en vingt minutes. Une fois que la réglementation européenne aura rendu obligatoire la prescription médicale, il lui faudra passer par le cabinet de son médecin ; cela ne va pas du tout dans le sens de ce que nous souhaitons faire. Je propose donc d'anticiper cette évolution de la réglementation européenne.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Merci, madame la députée Firmin Le Bodo, pour cette précision extrêmement pertinente. Nous n'avions pas compris cela. Peut-être la question mérite-t-elle que nous y retravaillions d'ici à la séance.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Nous pouvons effectivement retravailler sur la rédaction de l'amendement, pour le rendre plus compréhensible de tous.

M. Jean-Pierre Door. Pour ma part, je maintiens l'amendement AS859. Il faut que la liste des vaccins susceptibles d'être délivrés par le pharmacien soit établie par arrêté. C'est un amendement d'appel, comme Mme la ministre l'a parfaitement compris.

M. Paul Christophe. Je maintiens l'amendement AS248 pour les mêmes raisons.

M. Yves Daniel. Je retire l'amendement AS527, pour que nous puissions y retravailler.

Les amendements AS503, AS527 et AS1236 sont retirés.

La commission rejette les amendements AS248 et AS859.

Elle examine ensuite, en discussion commune, les amendements AS1631 du rapporteur, AS428 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS301 de M. Paul Christophe.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Depuis quelques années, dans un nombre croissant de pays, dont la France, le circuit de distribution des médicaments connaît régulièrement des dysfonctionnements qui entraînent des ruptures d'approvisionnement. L'enjeu et les risques pour la santé publique de nos

concitoyens sont majeurs, *a fortiori* quand il s'agit de médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM). Ce sont des médicaments considérés comme indispensables dans l'arsenal thérapeutique des patients et dont l'indisponibilité est susceptible d'entraîner un problème de santé publique.

La mesure proposée, qui complète les dispositifs existants, permettra aux pharmaciens d'officine d'assurer la continuité du traitement des patients en procédant, sans l'accord exprès et préalable du prescripteur, mais conformément à la recommandation établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament, à un changement de médicament lorsque celui qui a été prescrit connaît une rupture d'approvisionnement susceptible de mettre en jeu le pronostic vital du patient ou d'entraîner une perte de chance importante pour ce dernier.

M. Paul Christophe. De plus en plus fréquentes, les ruptures de stock et d'approvisionnement de médicaments deviennent une réelle préoccupation de santé publique pour certains patients. Avec 530 signalements, soit dix fois plus qu'en 2008, l'année 2017 a constitué une année record en la matière. Une enquête réalisée par BVA en 2018 a démontré que l'expérience de pénurie de médicaments est relativement courante : un Français sur quatre a déjà manqué d'un médicament ou d'un vaccin pour cause de pénurie. Cette expérience est plutôt vécue en pharmacie d'officine, avec 22 % des Français qui en ont été victimes, plutôt qu'à l'hôpital, où la proportion de Français concernés est de 3 %.

Cela justifie l'intérêt de l'amendement AS301.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je propose à Mme Firmin Le Bodo et à M. Paul Christophe de retirer leurs amendements au profit de celui dont je suis l'auteur, qui vise le même objectif.

La commission adopte l'amendement AS1631.

En conséquence, les amendements AS428 et AS301 tombent.

La commission en vient aux amendements identiques AS121 de M. Vincent Descoeur, AS404 de Mme Émilie Bonnivard, AS787 de M. Philippe Vigier et AS857 de M. Jean-Pierre Door.

M. Thibault Bazin. L'amendement AS121 vise à permettre les actes de vaccination antigrippale dans les laboratoires de biologie médicale. Cette mesure est cohérente avec le plan priorité prévention.

Mme Émilie Bonnivard. Élargir la couverture vaccinale est indispensable pour permettre à la fois la prévention et la diminution du nombre de cas de grippe. Les laboratoires de biologie médicale représentent un point d'accès supplémentaire à la vaccination antigrippale pour les Français et pourraient contribuer à une hausse significative de la couverture vaccinale. Cela permettrait en outre des économies de santé à court, moyen et long termes *via* l'amélioration

du dispositif de prévention et la diminution, dès 2019, du nombre de cas de grippe lors de l'épidémie hivernale. C'est ce que je propose par l'amendement AS404.

Mme Jeanine Dubié. L'amendement AS787 offre aux médecins et pharmaciens biologistes la possibilité de pratiquer des vaccinations antigrippales afin d'augmenter la couverture vaccinale contre la grippe.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Des travaux ont été lancés par la HAS à la demande de Mme la ministre. Il me paraît approprié d'attendre leurs conclusions, d'autant que la question pourrait être réglée par voie réglementaire. Je suis donc défavorable à ces amendements.

La commission rejette ces amendements.

Elle se saisit ensuite de l'amendement AS1200 de M. Jean-Louis Touraine.

M. Jean-Louis Touraine. Je propose d'associer les biologistes médicaux aux actions de prévention et de promotion de la santé en leur permettant de réaliser des entretiens avec les patients, qui pourraient par exemple concerner la prévention de maladies chroniques – maladies cardiovasculaires, diabète, insuffisance rénale chronique – ou encore de mieux sensibiliser les patients aux enjeux de santé publique, avec la vaccination, le dépistage, la prévention, etc.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. J'ai déjà pu le dire à l'occasion de l'examen d'un précédent amendement. Les biologistes sont des professionnels de santé tout à fait qualifiés qui peuvent déjà mener ce genre d'entretien, c'est déjà prévu par la loi. Je suis donc défavorable à cet amendement.

M. Jean-Louis Touraine. Ce n'est pas déjà prévu par la loi, monsieur le rapporteur. Les biologistes s'en alarment et insistent, année après année, pour être enfin autorisés à conduire ces entretiens.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Je vous invite, monsieur le député, à retirer cet amendement ; à défaut, j'y serai défavorable. Étant médecins ou pharmaciens, les biologistes peuvent délivrer des messages de prévention au cours des entretiens qu'ils ont avec les patients, rien ne les en empêche. Inscire cela dans la loi comme un acte impliquerait de rémunérer un acte de consultation. Or je me suis refusée à ce qu'il y ait des consultations de prévention. Ce n'est pas du tout la logique du plan que je propose ; je souhaite que la prévention soit partie intégrante du parcours de soins du patient et des consultations en général, sans que cela donne lieu à une rémunération d'acte de consultation. Nous ne saurions comment placer cela dans la vie des personnes : faudrait-il des consultations de prévention tous les ans, tous les deux ans ? Il faudrait un cadrage. Aujourd'hui, la prévention ne s'inscrit pas dans une logique d'acte. En revanche, des professionnels de santé, médecins ou pharmaciens, où qu'ils soient, peuvent délivrer des messages de prévention – ils sont diplômés pour le faire. Je ne souhaite pas que cela devienne un acte.

La commission rejette l'amendement.

Puis, suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette l'amendement AS494 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Elle examine ensuite l'amendement AS542 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je propose de renommer « *communautés professionnelles locales de santé* » les communautés professionnelles territoriales de santé. Le qualificatif « *territoriales* » évoquerait plutôt l'échelle du département, alors que, pour moi, la CPTS est plutôt la plus petite cellule.

M. Thomas Mesnier. Je cherche toujours un nom plus digeste pour les CPTS. Je crains que la substitution proposée par M. Isaac-Sibille n'améliore pas la lisibilité et ne soit même une source de complexité plus que de simplification. Je vous propose, chers collègues, de continuer de chercher avec moi.

M. Jean-Carles Grelier. Dans le cadre d'une récente proposition de loi, j'avais proposé de les appeler villages de la santé pour donner ce sentiment de proximité qu'attendent nos concitoyens.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Il y a la question du sigle, certes, monsieur le rapporteur, mais il y a aussi le caractère très flou, en France, de la notion de territoire. L'adjectif « *locale* » évoquerait bien cette plus petite cellule de fonctionnement de l'exercice coordonné.

La commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS1152 de M. Guillaume Garot.

Mme Ericka Bareigts. Pour organiser plus efficacement l'offre de soins et à titre expérimental, cet amendement vise à permettre à des pharmaciens d'officine de dispenser certains médicaments à prescription médicale obligatoire dont la liste serait définie par arrêté des ministres, dans le cadre d'un protocole inscrit dans les projets des communautés professionnelles territoriales de santé. Cette expérimentation devrait bien sûr faire l'objet d'un rapport d'évaluation transmis au Parlement par le Gouvernement.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cet amendement est satisfait par l'amendement AS1487, que nous avons adopté – et qui ne présente pas de caractère expérimental.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle se saisit de l'amendement AS288 de M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. Dans le contexte actuel de temps médical raréfié, de désorganisation liée aux soins non programmés et d'encombrement des services d'urgence, les patients rencontrent de sérieuses difficultés pour obtenir une

prescription médicale dans un délai compatible avec une situation d'urgence. Les médecins, pharmaciens et autres professionnels de santé établis sur un même territoire doivent pouvoir coopérer facilement, sans passer par des voies dérogatoires afin de faciliter l'accès aux soins des patients.

Aussi, le présent amendement vise à expérimenter dans deux régions la dispensation par le pharmacien d'officine de certains médicaments à prescription médicale obligatoire lorsqu'ils font l'objet d'un protocole ou d'une ordonnance collective.

Ces ordonnances collectives sont fréquemment utilisées par les autorités québécoises ou écossaises pour certaines pathologies, comme la maladie de Lyme, la cystite ou encore la conjonctivite.

Cette expérimentation vise à un partage des tâches entre professionnels de santé afin de libérer du temps médical pour des pathologies plus graves.

M. Thomas Mesnier. Je vous invite, cher collègue, à retirer cet amendement, satisfait par les amendements adoptés précédemment.

La commission rejette l'amendement.

La commission examine ensuite, en présentation commune, les amendements AS518, AS520, AS522, AS523 et AS524 de M. Yves Daniel.

M. Yves Daniel. Voici une série d'amendements d'expérimentation. L'amendement AS518 concerne l'accès à la vaccination contre la grippe saisonnière : il propose de mettre à disposition des lots de vaccins antigrippaux chez les médecins généralistes et infirmiers diplômés d'État. L'amendement AS520 a pour objet d'impliquer les pharmaciens dans le dépistage précoce du diabète. L'amendement AS522 porte sur la prévention visant à éviter les maladies cardio-vasculaires. L'amendement AS523 propose de mettre en place un défibrillateur dans l'ensemble des pharmacies françaises. Le dernier, l'amendement AS524, tend à impliquer le pharmacien dans la réalisation des tests rapides d'orientation de diagnostic pour l'angine et la grippe, afin de lutter contre l'antibiorésistance.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cela fait beaucoup d'expérimentations... Il est préférable de choisir entre les expérimentations ou, mieux encore, de prévoir dans la loi certaines nouvelles pratiques.

Au demeurant, votre amendement sur le test de dépistage rapide (TROD) pourrait par exemple se voir pleinement satisfait dans le cadre du plan concernant les pathologies du quotidien dont je parlais tout à l'heure : typiquement, dans le cas d'une angine, ce petit test sera réalisé dans ce contexte. Pour le reste, je propose d'avancer en coordination sur de nouvelles pratiques, mais sans rouvrir de nouvelles expérimentations qui risquent de se chevaucher un peu les unes les

autres, d'autant que certaines, comme celle qui concerne la glycémie, peuvent être déjà satisfaites. Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. Madame la ministre, je profite de votre présence pour vous soumettre une idée qui me revient en lisant ces amendements. Comme vous le savez, dans les protocoles de chute en vigueur dans les établissements de santé, il est prévu de prendre le taux de glycémie. Or les aides-soignantes ne peuvent pas le faire, ce qui pose des soucis. Pensez-vous possible de prévoir, pour la séance publique, un amendement qui les y autoriserait ? Je suis prête à l'écrire avec vous !

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Ce sujet relève de l'évolution des compétences car, comme vous le savez, les aides-soignantes n'ont pas le droit, théoriquement, de franchir la barrière cutanée. Cela fait partie des dossiers sur lesquels le ministère travaille aujourd'hui : comment faire évoluer les métiers et les carrières ? Il est difficile d'inscrire dans la loi une telle mesure, sans être certain qu'un médecin pourra interpréter les résultats. Ce n'est pas tant l'acte que son interprétation qui pose problème.

Je suis défavorable à l'inscription dans la loi de nouvelles compétences pour des professionnels. Nous travaillons sur les décrets de compétences, mais avec tous les professionnels concernés, dans le cadre des concertations à l'intérieur du ministère.

M. Olivier Véran. Le premier amendement de M. Daniel renvoie à une question plus générale pour les vaccins. En effet, pourquoi ne pas réduire encore le nombre d'étapes, en permettant la dispensation directe du vaccin lors d'une consultation de médecine générale : le médecin aurait en stock quelques vaccins à proposer. Pour ce faire, il pourrait y avoir des protocoles de coopération entre une pharmacie d'officine et les médecins d'un territoire pour permettre aux médecins d'avoir chez eux un réfrigérateur sécurisé pour stocker des vaccins. Madame la ministre, qu'en pensez-vous ?

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Cette idée sera incluse dans le plan Priorité Prévention qui sera discuté le 25 mars prochain. Nous allons encore faciliter le parcours vaccinal, en mettant, dans le cadre d'un protocole 51 et d'une expérimentation, des vaccins à disposition chez différents professionnels de santé – les sages-femmes, par exemple, ont également le droit de vacciner. L'opération nécessite une expérimentation car elle implique de la traçabilité. Il ne s'agit pas simplement de laisser des vaccins en stock : il faut vérifier qu'ils ne seront pas à température ambiante, *etc.*

Tous vos amendements procèdent de très bonnes intentions, mais j'en souhaite le retrait, sinon le rejet, car ces expérimentations ont déjà commencé.

M. Yves Daniel. Je retire mes amendements. Je profite de cette occasion pour rappeler que le salut de notre système de santé et de notre système social passe d'abord par la prévention.

Les amendements sont retirés.

La commission examine ensuite l'amendement AS819 de Mme Justine Benin.

Mme Justine Benin. Le présent amendement propose de mettre en place une expérimentation de la vaccination dans les laboratoires de biologie médicale. Cette expérimentation peut être une mesure de bon sens. En effet, les biologistes sont tout à fait capables de procéder à la vaccination ; les centres de biologie médicale disposent des capacités logistiques pour assurer la traçabilité des vaccins et gérer l'élimination des déchets produits par le vaccin. Dans le contexte vaccinal que nous connaissons, marqué par une défiance particulière et une hausse de certaines maladies qu'on avait pourtant réussi à éradiquer, telle que la rougeole, proposer une telle expérimentation peut être pertinent.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Nous avons déjà discuté de la même idée, mais sans expérimentation. Mon avis est toujours défavorable.

La commission rejette l'amendement.

CHAPITRE II

Développer une offre hospitalière de proximité, ouverte sur la ville et le secteur médico-social, et renforcer la gradation des soins

Avant l'article 8

La commission examine l'amendement AS966 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Cet amendement vise à modifier le titre de ce chapitre, afin de lui en donner un autre plus conforme à la réalité de la politique menée par ce gouvernement en matière de service public de santé.

Nous considérons qu'avec le recours à deux ordonnances, le Gouvernement cherche à refuser le débat sur la carte hospitalière française et sur les critères requis pour le label « hôpital de proximité ». Les services d'urgence, les plateaux techniques et les maternités sont fortement remis en question par ces ordonnances. Faut-il anticiper un déclassement des hôpitaux publics ? Tout semble l'indiquer.

Les hôpitaux de proximité, tels que prévus par ce gouvernement, s'apparentent à des dispensaires doublés d'EHPAD. En outre, il convient de rétablir la vérité sur les chiffres annoncés : les 500 à 600 hôpitaux de proximité ne seront évidemment pas de nouveaux hôpitaux, mais des centres hospitaliers existants en voie de déclassement.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je citerai le philosophe Alain : « *Le pessimisme est d'humeur ; l'optimisme est de volonté.* » Vous voyez

décidément le mal partout ! Nous ne voulons pas dégrader l'hôpital de proximité : nous voulons le renforcer. Nous voulons le définir par ses missions, et non par des critères *ad hoc* pas toujours adaptés aux territoires concernés. Nous voulons en faire un acteur pivot des territoires, où l'hôpital, les médecins libéraux et le secteur médico-social travaillent main dans la main. Il s'agit d'offrir à tous des soins de qualité et une prise en charge adaptée au plus près du terrain. Avis défavorable.

M. Joël Aviragnet. Votre idéalisme me va droit au cœur.

M. Paul Molac. Le propos de M. Aviragnet est tout de même largement partagé par un certain nombre de nos collègues. Je ne suis ni optimiste, ni pessimiste, mais j'aime les faits. Or les faits, c'est qu'un certain nombre de maternités ferment en France pour des raisons que l'on connaît, et notamment parce que, parfois, l'absence de praticiens peut rendre l'établissement dangereux.

Dans certains hôpitaux, il ne reste plus aujourd'hui qu'un plateau technique pour faire de la chirurgie et, ensuite, de l'obstétrique. Si l'on ferme ces maternités où il y a 500, 600 ou 700 accouchements, leur activité va bien sûr se reporter sur les autres et cela va nous poser un problème. C'est pourquoi j'attends quelques assurances et quelques explications.

M. Olivier Véran. La naissance des hôpitaux de proximité comme structures dotées d'un financement *ad hoc* a été adoptée pendant le mandat précédent.

L'appellation vient de Marisol Touraine, qui a stabilisé le financement des 200 à 300 établissements concernés. Il avait été dit à l'époque que cette formule irait crescendo : d'abord stabilisation du financement, puis renforcement des prérogatives de ces établissements. Cela n'a pas été fait : le financement a simplement été stabilisé. Alors que la volonté de développer et de recréer de l'activité technique et de l'activité médicale dans ces établissements est aujourd'hui clairement montrée, j'ai vraiment du mal à comprendre vos propos !

La commission rejette l'amendement.

Article 8

Cadre de définition des « hôpitaux de proximité » en associant les professionnels de ville à leur gouvernance

La commission examine les amendements identiques AS144 de Mme Annie Genevard, AS347 de M. Jean-Carles Grelier, AS934 de M. Joël Aviragnet, AS1116 de M. Philippe Vigier, AS1175 de M. Pierre Dharréville et AS1449 de M. Bernard Perrut.

M. Jean-Pierre Door. L'article 8 est très important, puisqu'il porte sur le maillage territorial des établissements de santé et, en particulier, de ce qu'on appelait les centres hospitaliers locaux.

Vous demandez une habilitation à procéder par ordonnance pour prendre cette mesure de transformation des hôpitaux de proximité. Ce qui nous trouble, c'est que les élus locaux ont donné l'alerte. Nous avons aussi entendu sur les ronds-points des « gilets jaunes » contester les mesures qui étaient prises dans leur territoire.

Ce qui manque à cette proposition, c'est la concertation. Or elle est nécessaire dès l'instant où il faut une réflexion globale par bassin d'emploi ou par bassin de vie, de façon à obtenir un maillage territorial efficace. Tel est le sens de cet amendement de suppression de l'article.

M. Jean-Carles Grelier. Le moment est effectivement venu de dire des choses un peu moins agréables...

En séance publique, j'ai entendu à l'instant le ministre de l'économie nous expliquer doctement que le recours aux ordonnances dans la loi PACTE se justifiait par l'urgence qu'il y a à intervenir. Il semble que Bercy et Ségur ne soient pas dans le même fuseau horaire : le ministère de la santé utilise en effet les ordonnances pour prendre du temps, quand, au ministère de l'économie et des finances, on les prend pour ne pas en perdre... Les choses commencent à ne plus être très claires.

Je voudrais aussi dénoncer quelques mauvaises pratiques. La semaine dernière, j'ai réuni quelques professionnels de santé pour préparer les débats de notre commission. Or ils avaient tous entre les mains un projet d'amendement du Gouvernement, visant à définir ce que seraient les missions des hôpitaux de proximité, alors même que la représentation nationale n'avait pas connaissance de ce texte ! Nous n'étions informés de rien...

Dernière mauvaise pratique : notre rapporteur – même si je ne lui en veux pas – n'a prononcé que trois avis favorables en faveur d'amendements de l'opposition depuis le début de nos débats. C'est un peu exagéré.

M. Joël Aviragnet. Légiférer par ordonnances sur un sujet aussi important et structurant pour les territoires, comme l'est la carte hospitalière, pose réellement question.

Nous demandons au Gouvernement de nous présenter la carte hospitalière prévisionnelle des hôpitaux de proximité. Par ailleurs, nous ne pouvons ignorer la tendance comptable et technocratique qui tend à réduire l'activité des hôpitaux faute de moyens, puis, à terme, à organiser la fermeture de ces hôpitaux... par manque d'activité.

Actuellement, le Parlement ne connaît toujours pas les critères retenus pour le label « hôpital de proximité », ainsi que la future carte hospitalière de France qui se dessine. À ce titre, nous demandons donc la suppression de cet article.

Mme Jeanine Dubié. Nous demandons nous aussi la suppression de cet article.

D'abord sur la forme. Car légiférer par ordonnances, c'est empêcher les débats parlementaires : sur un sujet aussi important, nous ne pouvons pas y adhérer. Ensuite, sur le fond, nous entendons bien les revendications de nos concitoyens ; nous voyons aussi, dans nos permanences, que le sujet de l'accès aux soins est une véritable préoccupation, ainsi que le maintien des activités de chirurgie et de médecine d'obstétrique dans des hôpitaux proches des lieux de résidence des gens.

Pour ces raisons, nous n'acceptons pas le manque de clarté qui entoure ce projet d'ordonnance sur les missions et sur la forme de ces hôpitaux.

M. Alain Bruneel. On discute, depuis tout à l'heure, de la santé des patients et des personnels. Mais on va établir la carte des hôpitaux en labellisant 500 ou 600 établissements de proximité, où il n'y aura plus de plateau de chirurgie ni de maternité : seulement de la médecine générale, de la gériatrie et du suivi des soins. Il y a actuellement 995 établissements, dont 240 établissements de proximité. Et on va encore enlever des services dans certains hôpitaux, toujours sans concertation avec les élus ! Si ceux-ci, tout comme les patients, les personnels concernés, ainsi que les syndicats, n'ont pas de vision globale de ce qui va exister sur le territoire, cela pose un gros problème. C'est pourquoi nous demandons la suppression de cet article.

M. Bernard Perrut. Vous voulez mettre en place un modèle spécifique d'organisation de l'hôpital dont les hôpitaux de proximité constitueraient le premier niveau, trait d'union entre la médecine de ville et le milieu hospitalier. Pourquoi pas ? On peut en parler sur le fond. Ils devront se concentrer, bien sûr, sur des activités de proximité en fonction des territoires. Mais on peut s'interroger, parce que la méthode et la forme ne sont pas bonnes. On peut s'interroger aujourd'hui, dans cette assemblée, sur le nombre d'hôpitaux de proximité qui seront déterminés. On peut s'interroger sur les activités qui seront maintenues ou non. On peut s'interroger sur la prise en compte des territoires dans leur réalité. On peut s'interroger sur la place des urgences – seront-elles maintenues ? On peut s'interroger sur le rôle des GHT. Les élus déplorent une concertation insuffisante en amont, alors que nous aurions pu être associés à ce sujet, qui tient à la santé, première préoccupation des Français.

Madame la ministre, vous pouvez comprendre pourquoi nous y sommes autant attachés, en tant que représentants de nos territoires.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Sur la méthode et la nécessité d'une habilitation, je laisserai Mme la ministre répondre. Je sais que les travaux sont en cours s'agissant de la concertation, qui associe l'ensemble des parties prenantes. Je sais que les grandes associations d'élus locaux ont été et seront

entendues dans ce cadre. J'ai eu l'occasion d'en discuter avec eux au cours des auditions.

Cette réforme ne pouvait se faire dans la précipitation, au vu des enjeux qui y sont attachés. Je conçois donc tout à fait qu'on prenne le temps de la concertation. Nous serons extrêmement attentifs, au moment de la ratification de cette ordonnance ; toutes les sensibilités parlementaires pourront s'exprimer alors et modifier ce qui ne leur conviendrait pas dans le texte.

Pour ce qui est du fond, je voudrais d'abord remercier Mme la ministre d'avoir entendu l'appel des parlementaires et de nous présenter cet amendement gouvernemental concernant les missions socles des hôpitaux. Cela va nous permettre d'en débattre ici, et davantage encore en séance publique. Sur le champ de l'ordonnance, quand bien même a-t-on retiré la partie relative aux missions socles, quelque chose me faisait dire que l'ordonnance était un peu trop large. C'est pourquoi j'ai déposé un amendement tendant à restreindre son périmètre, concernant le financement, pour mieux le renvoyer au PLFSS.

En tout cas, ces hôpitaux de proximité répondent à un vrai besoin. Ils s'inscrivent dans le territoire et nous devons réinvestir en eux pour apporter, au plus près des territoires, les réponses les plus adaptées à nos concitoyens. Donc avis défavorable sur ces amendements de suppression.

M. Bernard Perrut. M. le rapporteur nous rappelait cette belle citation du philosophe Alain : « *Le pessimisme est d'humeur ; l'optimisme est de volonté.* » Mais le même disait aussi : « *Tout pouvoir sans contrôle rend fou* »...

M. Thibault Bazin. Nous sommes dans un contexte bien particulier, à la suite du Grand débat et au mouvement des « gilets jaunes ». Les fractures territoriales ont nourri un sentiment d'abandon et désespérance et, en parallèle, nous assistons à une crise de confiance envers l'organisation de l'État. Or la santé est une des préoccupations majeures.

Dans de telles conditions, il est vraiment inopportun de prévoir une ordonnance sur ce sujet. La représentation nationale doit pouvoir discuter de l'amplitude totale des modalités de gouvernance et des missions, même de celles qui n'appartiennent pas au socle. Les hôpitaux de proximité connaissent en effet des difficultés. Nous devons être responsables et trouver des solutions aux problèmes financier, de recrutement et d'accès aux soins.

Mme Caroline Fiat. J'entends, monsieur le rapporteur, qu'une carte sera publiée et que les parlementaires pourront donner leur avis. Ma question va être simple et rapide : M. Macron a fait des annonces en septembre dans le cadre du plan « Ma santé 2022 ». Nous sommes au mois de mars. Pourquoi ne disposons-nous pas de cette carte pour l'examen de ce projet de loi ?

Mme Jeanine Dubié. Moi aussi, je suis surprise d'entendre le rapporteur dire qu'une carte sera élaborée. Lorsque j'avais posé la question à Mme la

ministre, la semaine dernière, quand nous l'avons auditionnée, elle m'avait répondu qu'il n'en était pas question.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Peut-être que je me suis mal exprimé. Je n'ai absolument pas parlé d'élaboration de cartes. J'ai seulement dit que nous pourrions tous travailler le texte de l'ordonnance qu'on nous proposera de ratifier.

M. Brahim Hammouche. L'article 8 est fondamental. Demander sa suppression n'est ni cohérent, ni adapté. Par ailleurs, les hôpitaux de proximité sont, me semble-t-il, un élément fondamental, et même un chaînon manquant, dans notre organisation sanitaire et dans la graduation de notre accès aux soins. Il me semble également, à la lecture de l'amendement du Gouvernement AS1551, que toutes les inquiétudes pourraient être levées.

M. Jean-Carles Grelier. Madame la ministre, vous nous avez indiqués hier vouloir faire preuve d'ouverture en associant la représentation nationale à la préparation de ces ordonnances. Je n'ai évidemment aucune raison de mettre en cause ni votre parole ni votre volonté d'aller jusqu'au bout. Mais permettez-moi d'être un peu impertinent. Que se passerait-il si, d'aventure, alors que la campagne des élections européennes approche, il vous venait non pas la tentation de Venise, mais celle de Strasbourg ? Quelles garanties nous apportez-vous que ces engagements seraient tenus par un éventuel successeur, que, bien évidemment, nous ne souhaitons pas ?

Mme Albane Gaillot. Supprimer cet article serait une erreur. Comme l'a dit notre collègue Hammouche, le soin de proximité est la pierre angulaire de notre système de santé. C'est à ce niveau que se jouent les principaux défis qui se posent à nous : garantir l'égal accès de tous à des soins de qualité sur tout le territoire et réussir à construire ou reconstruire des prises en charges fluides et efficaces pour tous les patients. Je pense donc qu'il est très important de maintenir cet article.

M. Alain Bruneel. La question de la suppression a trait à la démocratie et à l'état des lieux des territoires. Tout le monde est d'accord pour ouvrir un établissement de proximité. On peut aussi ouvrir des centres de soins de proximité.

On a l'ambition d'avoir entre 300 et 500 établissements de proximité. Mais, je le répète, on n'a que 995 établissements en France. Si on doit en ponctionner 300, il faudra tout restructurer, fermer des maternités, des services d'urgences... Il ne restera que la médecine générale. Cela nous pose un problème. Si tel n'est pas le cas, dites-le nous !

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Beaucoup de choses ont été dites. Je ne pourrai probablement pas répondre à chacun d'entre vous, mais nous aurons l'occasion d'y revenir en séance publique.

La philosophie de ce texte repose sur le décroisement entre la médecine de ville et l'entrée dans la filière hospitalière. Nous devons faire face à un double défi. Le premier est celui de la démographie médicale, qui fait que beaucoup de nos établissements sont aujourd'hui peu attractifs, parce qu'ils ne font que très peu d'actes et peinent à recruter des professionnels. Le second est celui d'une médecine qui s'hyper-spécialise et qui nécessite des compétences toujours maintenues, grâce à une activité soutenue et des plateaux techniques de plus en plus complexes à mettre en place dans ces hôpitaux. C'est pourquoi beaucoup d'entre eux perdent en attractivité : ils ne sont plus capables d'assurer en continu les soins de qualité que nos concitoyens sont en droit d'attendre. On doit donc régler ce problème.

Dans beaucoup de ces hôpitaux, on laisse penser aux Français qu'ils sont bien soignés, alors que, nous le savons tous, le fait que les patients ne soient pas envoyés dans les centres plus expérimentés, peut parfois entraîner des pertes de chance au détriment de certains de nos concitoyens. C'est contre cela que j'entends réagir. Je souhaite assurer, par cette loi et par cette restructuration des filières de prise en charge hospitalière, une même qualité des soins partout dans notre pays. Le point d'entrée sera l'hôpital de proximité, qui assurera au patient l'accès à des spécialistes, à de la chirurgie, à des plateaux techniques. Les praticiens qui y exerceront auront des compétences soutenues par une activité plus élevée. Telle est la philosophie.

Par ailleurs, cela permettra de rapprocher l'hôpital de la médecine de ville et de faire en sorte que ces hôpitaux soient attractifs parce que des médecins de ville pourront y exercer. J'ai donné l'exemple la semaine dernière de l'hôpital de proximité de Pont-Audemer, qui est pour moi de très bonne qualité. Des professionnels libéraux interviennent sur le plateau technique de radiologie. Cela permet d'y maintenir un scanner ou une IRM. Ils interviennent aussi dans le service de médecine, où ils peuvent continuer à suivre leurs patients.

Ce type d'établissement existe dans beaucoup de pays. Nous sommes l'un des rares pays à avoir autant cloisonné la médecine hospitalière et la médecine de ville. Dans ce contexte, l'hôpital de proximité permettra de recréer du lien. Je suis fondamentalement convaincue que c'est un service que nous allons rendre à nos concitoyens.

Monsieur Bruneel, vous avez parlé des maternités. Je rappelle qu'il n'y a plus que 530 maternités en France. Elles sont déjà, pour la majorité d'entre elles, réservées à des hôpitaux qui ont une forte activité. Le risque d'en fermer des dizaines est donc très peu élevé. En tout état de cause, ce n'est pas l'objectif. Soyons clairs : notre objectif est plutôt de recentrer ces hôpitaux sur leur forte valeur ajoutée, dans un bassin de vie donné, à savoir l'accès à un plateau technique et à des consultations avancées de spécialistes au sein de ces hôpitaux, telles que j'en ai observées à Pont-Audemer. Telle est la philosophie.

En termes de méthode, puisque beaucoup d'entre vous critiquent le recours aux ordonnances, j'ai souhaité avancer sur ce dossier pour que les missions des établissements puissent être discutées au Parlement. Ainsi, j'ai eu plusieurs réunions de concertation, depuis novembre, avec les fédérations hospitalières, les acteurs de ville et quinze hôpitaux de proximité qui souhaitent s'engager dans cette démarche et constituent un panel représentatif d'établissements qui pourraient évoluer. Nous avons travaillé ensemble sur la question de leurs missions.

Le document dont vous parlez, Monsieur Grelier, est en fait un document du groupe de travail concerné. Il ne s'agit pas de l'amendement, que j'ai déposé devant la commission.

Ainsi, j'ai tout mis en œuvre pour vous donner très rapidement de quoi travailler dans l'hémicycle sur ce sujet majeur, qui est un point angulaire de la réforme que je propose. C'est pourquoi je vous propose de retirer vos amendements. Nous avons besoin de ces hôpitaux de proximité. Grâce à eux, nous allons améliorer la qualité des soins, j'en suis absolument convaincue.

Je suis en train de mettre en place un groupe de contact avec tous les élus locaux, des représentants de l'AMF, de l'ADF et de l'ARF ainsi que des parlementaires. Je souhaiterais qu'il puisse, en permanence, discuter de l'évolution de la réforme. La place des élus locaux sera évidemment préservée dans la gouvernance.

Avant de déposer l'ordonnance, je reviendrai devant vous pour que nous ayons l'occasion d'en discuter. C'est un engagement que j'ai pris, car je souhaite réellement que ce débat sur les missions des établissements puisse avoir lieu dans l'hémicycle. C'est pourquoi je vous demande de ne pas supprimer l'article 8.

M. Paul Molac. Avec l'amendement du Gouvernement qui va nous être présenté, il n'y aura plus de chirurgie, ni d'obstétrique, dans les hôpitaux de proximité, du fait de la gradation des soins. Pour un certain nombre de nos hôpitaux, le classement en hôpital de proximité pourrait donc être synonyme de déclassement. Si c'est ce qui arrive à l'hôpital qui se trouve à côté de chez moi, et qui me tient à cœur, cela signifie qu'il faudra faire 70 ou 80 kilomètres pour se rendre à la maternité, ce qui n'est pas simple. Cela pose des questions d'aménagement du territoire.

M. Philippe Vigier. Vous nous dites, madame la ministre, que si nous supprimons cet article, nous nous priverons de la capacité de définir les missions des hôpitaux de proximité. Ce que je veux souligner, c'est que cette situation ne date pas d'hier. Vous n'êtes en fonction que depuis deux ans mais, au cours des derniers mois, nous avons plutôt assisté à des fermetures de services dans nos hôpitaux. À présent, vous dites vouloir leur confier de nouvelles missions, mais la défiance s'est installée, notamment avec les ARS, et les liens avec les professionnels de santé et les élus se sont distendus. Comment réinventer le

système ? Une fois de plus, en faisant confiance aux territoires. Il faut commencer par se demander ce que l'on peut faire à l'échelle des départements et des CPTS : c'est la seule manière de restaurer un lien de confiance. Il faut aussi des plans d'investissement, car si vous confiez des missions aux hôpitaux de proximité sans leur donner de moyens financiers, ils resteront des coquilles vides.

M. Jean-Pierre Door. Nous avons entendu vos explications, madame la ministre, et nous sommes impatients de débattre de votre amendement, puisque vous semblez prête à introduire un peu de souplesse. Ce qui me semble néanmoins problématique, quand je vous écoute, c'est que vous semblez vouloir définir les missions des hôpitaux de proximité avant de savoir ce dont les territoires ont réellement besoin. Or tous les territoires sont différents. Un collègue a posé la question de la carte hospitalière et je pense effectivement que c'est une question majeure. Votre amendement introduit-il une disposition dans ce sens ? En attendant, je maintiens mon amendement.

M. Bernard Perrut. Madame la ministre, vos propos sont rassurants et répondent en partie à nos inquiétudes mais, pour autant, vous ne nous apportez pas de certitudes sur la méthode. Sur le fond, on peut partager votre analyse de la situation et convenir que des évolutions sont nécessaires. Pour avoir créé il y a trois ans, dans le Rhône, un groupement hospitalier de territoire (GHT), qui est la préfiguration de ce que vous voulez faire, je mesure l'importance du travail à accomplir et je sais comment nous pouvons réussir. La solution, c'est de maintenir des établissements sur le territoire : dans mon GHT, par exemple, l'hôpital de Tarare a conservé ses activités d'urgence, mais ce sont les chirurgiens de l'hôpital de Villefranche qui y font des consultations. Des exemples existent dont on peut s'inspirer : il faut en parler en amont, sans attendre la publication d'une liste.

Mme Caroline Fiat. Je vous ai sans doute mal comprise, madame la ministre. En effet, je n'arrive pas à imaginer que vous puissiez penser que le niveau des soignants dépend de la taille de l'hôpital dans lequel ils travaillent. On ne peut pas discriminer les soignants, selon qu'ils exercent dans un petit hôpital de proximité ou dans un grand CHU. J'ose vraiment espérer que j'ai mal compris votre propos ! Un jour, on m'a dit qu'un gynécologue qui ne faisait qu'un ou deux accouchements par jour devenait un moins bon obstétricien. Il se trouve que j'ai rencontré un gynécologue qui exerçait dans une petite maternité, qui faisait peu d'accouchements, mais qui publiait de nombreux articles et qui faisait beaucoup de recherche.

M. Joël Aviragnet. J'ai bien entendu, madame la ministre, votre souci de garantir la qualité des soins. Mais une autre question essentielle est celle de l'accès aux soins sur le territoire, et donc du déplacement. Lorsqu'on est très loin d'un grand hôpital, comment s'y rendre ? Qui va organiser les transports ? Sont-ce les collectivités territoriales ? Imaginez-vous ce que cela va signifier concrètement pour des gens qui vivent très loin d'un hôpital, parfois à 150 kilomètres ? Je songe notamment aux habitants des territoires de montagne, où la neige complique les

déplacements pendant une partie de l'année. Comptez-vous créer des hélicoptères partout ?

M. Alain Bruneel. Je maintiens mon amendement de suppression, car je pense qu'il faut, avant tout chose, faire un état des lieux des territoires, qui sont en souffrance. Fermeture des urgences de nuit à Wattrelos, fermeture de la maternité de Creil, où 1 500 accouchements ont lieu chaque année, disparition du service de cardiologie dans un hôpital du Pas-de-Calais : la liste pourrait être longue ! Cette situation nous inquiète beaucoup, et c'est pourquoi nous voulons participer à l'élaboration de la carte hospitalière.

M. Jean-Carles Grelier. Il y a un temps pour contester la forme et un temps pour parler du fond. Le fond des choses, c'est que les hôpitaux de proximité seront un échelon important dans notre nouveau système de santé. Je ne crois pas qu'il faille envoyer aux professionnels de santé concernés un signal de défiance. C'est pourquoi je veux faire confiance à Mme la ministre : je retire donc mon amendement.

L'amendement AS347 est retiré de même que l'amendement AS1449.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Je suis heureuse de pouvoir discuter de ces questions importantes avec vous avant que vous ne procédiez au vote. J'entends une immense inquiétude venant des territoires : peur du déclassement, d'une carte cachée, d'un système qui ne garantirait pas des soins de proximité à tous nos concitoyens. Or c'est exactement l'inverse que je veux faire.

D'abord, certaines missions sont en option, justement pour permettre à chaque hôpital de maintenir une activité qu'il jugerait indispensable, compte tenu de la distance qui le sépare de l'hôpital le plus proche : nous ne sommes pas totalement dogmatiques. Ensuite, il est évident que si un hôpital est particulièrement isolé, il ne deviendra pas un hôpital de proximité. Nous n'avons pas une carte hospitalière cachée de transformation des hôpitaux : il est évident que, si les distances l'imposent, certains hôpitaux pourront continuer à avoir une activité chirurgicale ou de maternité, même s'ils ont des difficultés de fonctionnement et peu d'activité. Nous sommes prêts à prendre en compte des critères aussi différents que l'attractivité auprès des professionnels, la capacité à maintenir une activité sécurisée sur des activités très techniques – je pense notamment à la chirurgie –, le degré d'isolement ou la taille du bassin de population. La discussion se fera au cas par cas, en fonction des besoins des territoires. Je répète que certaines missions pourront être optionnelles, comme je l'exposerai en présentant mon amendement AS1551.

Je voudrais également sécuriser, lorsque des services ferment, l'accessibilité à des soins de qualité. S'agissant des maternités, je veux prendre un engagement vis-à-vis des femmes qui voient disparaître la maternité la plus proche de chez elles, et je suis en train d'y travailler. Je veux garantir à chacune d'entre

elles un transport sécurisé et une possibilité d'hébergement en hôtel hospitalier : les femmes ont besoin d'un tel engagement. Je rappelle que le maillage territorial de nos hôpitaux et de nos maternités est l'un des meilleurs du monde. Des pays comme l'Australie et la Suède, qui doivent aussi gérer des problèmes de distance, ont imaginé des dispositifs pour sécuriser le transport des femmes. Vous imaginez combien il peut être difficile de maintenir une maternité à 30 minutes de toutes les femmes enceintes dans des pays comme ceux-là... Ils ont dû organiser les choses différemment.

Le Gouvernement n'a pas la volonté cachée de fermer des services. Lorsque j'ai pris mes fonctions, j'ai promis aux Français que nous ne fermerions aucun hôpital de proximité : ce sont précisément les mesures que je prends aujourd'hui pour transformer l'offre de soins qui me permettront de ne pas fermer les hôpitaux qui sont aujourd'hui en grande difficulté. Le problème majeur, c'est que certains d'entre eux ne sont pas attractifs pour des professionnels. Je ne mets évidemment pas en cause la qualité intrinsèque de tel ou tel professionnel, madame Fiat, mais lorsqu'une maternité fonctionne essentiellement avec des intérimaires, ou avec un obstétricien qui fait dix-sept gardes par mois, lorsqu'elle n'a pas d'anesthésiste sur place et un pédiatre un jour sur deux, l'équipe, dans son ensemble, n'assure pas la qualité des soins. Je répète que je ne mets pas en cause la qualité intrinsèque des professionnels, mais il est clair que la qualité des soins nécessite un plateau technique, un savoir-faire et une équipe qui ne sont plus toujours garantis dans certains hôpitaux.

L'amendement du Gouvernement proposera un cadre permettant de définir les missions des hôpitaux de proximité. Je répète qu'il n'y a aucune carte cachée, ni même de carte pensée. Nous allons faire un travail au cas par cas, en tenant compte des spécificités territoriales. Je suis au moins aussi engagée que vous vis-à-vis des Français : maintenir une offre de soins de qualité sur tout le territoire, c'est l'engagement que j'ai pris devant eux dès mon arrivée au ministère.

La commission rejette les amendements identiques AS144, AS934, AS1116 et AS1175.

La commission est saisie d'un amendement AS1551 du Gouvernement, qui fait l'objet des sous-amendements AS1651 et AS1652 de M. Paul-André Colombani, AS1653 de M. Joël Aviragnet, AS1646 de M. Jean-Carles Grelier et AS1641 de M. Jean-Pierre Door.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Cet amendement vise à vous présenter les missions et les activités qu'exerceront les hôpitaux de proximité. Vous avez été nombreux à me demander que le débat parlementaire ait lieu : j'ai entendu votre demande et j'ai fait le maximum pour présenter cet amendement en commission. Nous avons travaillé et mené une concertation dans un délai assez court pour présenter une définition en dur des missions des hôpitaux de proximité, qui vont être la pierre angulaire de notre modèle, en ce qu'elles décrivent le service apporté aux patients et aux acteurs de la

ville. Ce sont ces missions qui feront véritablement de ces établissements des hôpitaux de proximité, avec un vrai service rendu aux malades. L'ordonnance qui va suivre pourra donc se limiter aux questions – certes très importantes, mais qui découlent directement des missions que nous proposons ici – de gouvernance et d'organisation, sachant que le modèle de financement sera discuté dans le cadre du PLFSS pour l'année 2020.

Ces hôpitaux de proximité seront le premier niveau de la gradation des soins : ils vont donc concentrer leur offre de soins sur des activités hospitalières de premier rang, sans intervenir sur le niveau de recours, ni *a fortiori* sur le niveau de référence, vers lesquels ils devront toutefois organiser un accès lisible et efficace pour les patients et pour leur médecin traitant. Au sein d'une organisation territoriale graduée, ils apporteront aux patients le bon soin au bon moment, selon un principe de pertinence. Dans cette mission, les hôpitaux noueront une relation réinventée avec les médecins libéraux, lesquels pourront y faire admettre leurs patients très facilement, en y poursuivant, le cas échéant, eux-mêmes la prise en charge grâce à l'exercice partagé.

Au-delà de ces missions, les hôpitaux de proximité iront plus loin, en partageant une véritable responsabilité territoriale, en complémentarité avec les acteurs de leur territoire, qu'il s'agisse des acteurs de la ville ou du secteur médico-social, sur le champ de la prévention et de la prise en charge des populations vulnérables. Il s'agit ici de responsabiliser l'ensemble de ces hôpitaux et des CPTS du territoire pour garantir à la population une palette de soins suffisante pour éviter l'éloignement, hormis pour les épisodes les plus aigus, qui doivent néanmoins s'organiser dans un parcours.

J'en viens aux activités autorisées des hôpitaux de proximité. Ils disposeront d'une autorisation de médecine, qui offre un cadre sécurisé pour toutes les hospitalisations de médecine générale et d'activité de gériatrie, notamment. Je tiens également à ce qu'ils offrent des consultations dans de nombreuses spécialités : c'est ce que j'appelle les « consultations avancées ». J'y tiens énormément, car c'est la garantie que ces patients pourront voir des spécialistes quand ils en auront besoin. Il faut que tous les patients puissent par exemple accéder à la consultation d'un cardiologue, d'un ophtalmologue ou d'un gynécologue. Parce que chaque territoire est différent et que chaque population peut avoir des besoins spécifiques, les activités des hôpitaux de proximité doivent être adaptables. Ces établissements pourront ainsi, en fonction des besoins de leur territoire, être le siège d'un service d'urgence, exercer une activité de soins de suite ou comporter un centre périnatal de proximité. Cette liste n'est pas limitative et dépendra de chaque situation.

En revanche, il me paraît essentiel que les hôpitaux de proximité se concentrent sur les missions que je viens d'énumérer, qui supposent une organisation adaptée. Il faut donc assumer que la couverture des épisodes les plus aigus soient assurés par d'autres établissements : ce sera notamment le cas avec les interventions chirurgicales, qui pourront être préparées avec les acteurs de la

proximité dans le cadre de consultations de chirurgie avancées, mais qui seront réalisées par des établissements disposant de plateaux techniques plus importants. Il en ira de même pour les accouchements, mais le suivi de grossesse pourra, quant à lui, être réalisé en proximité.

Vous le comprenez, je suis vraiment attachée au déploiement de ce modèle, qui rend un service de proximité de très grande qualité, tout en assurant l'accès à des spécialités et à du recours, et qui constitue un trait d'union entre la ville et l'hôpital, en garantissant une prise en charge centrée sur les besoins de la population.

Je tiens enfin à préciser, parce que je sais que cela tient à cœur à beaucoup d'entre vous, que les hôpitaux de proximité sont bien des établissements publics, ou privés dans certains cas, puisque certains établissements privés peuvent exercer ces missions dans certains territoires. Mon ambition est de faire bénéficier un maximum de territoires des missions que remplissent ces établissements, indépendamment de leur statut juridique.

Mme Jeanine Dubié. Le sous-amendement AS1651 vise à rédiger ainsi le sixième alinéa de l'amendement du Gouvernement : « 2° *Coopèrent avec les acteurs précités pour favoriser la prise en charge des patient et leur maintien dans leur milieu de vie* ; ». Les acteurs libéraux du secteur de l'ambulatoire et du médico-social sont probablement les mieux placés pour connaître le domicile des patients : s'il importe en effet qu'une coopération s'instaure entre les différents acteurs, il faut néanmoins éviter que l'hôpital de proximité ne se substitue aux praticiens libéraux.

Le sous-amendement AS1652 vise à faire en sorte qu'une offre locale de soins déjà existante ne soit ni ignorée, ni remplacée. Il ne faudrait pas, en effet, que les hôpitaux de proximité constituent un doublon et se superposent à une offre de qualité déjà existante. Ce qu'il faut promouvoir, c'est une concertation avec les acteurs locaux déjà présents.

M. Joël Aviragnet. Le sous-amendement AS1653 du groupe Socialistes et apparentés propose de ne pas restreindre à l'excès les missions des hôpitaux de proximité et de leur laisser une plus grande marge de manœuvre, en fonction du contexte local. J'entends vos arguments sur la qualité des soins, mais il ne faut pas négliger la question de l'éloignement : plus on éloigne une personne de l'hôpital, plus il faut engager de moyens pour permettre des déplacements. Or je peux vous assurer que les lignes de transport ne sont pas toujours financées – je songe par exemple à la structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) –, alors qu'elles sont nécessaires dans les territoires ruraux.

M. Jean-Carles Grelier. Vous avez présenté, madame la ministre, une liste qui n'est pas limitative, mais qui, malgré tout, grave dans le marbre quelques activités. Il me semblerait utile et nécessaire, en fonction des situations locales et des besoins de la population, d'y inclure de la chirurgie ambulatoire – il est

évident que la chirurgie conventionnelle nécessite des besoins techniques plus importants. Tel est l'objet de mon sous-amendement AS1646. Je vous ai dit, madame la ministre, que je voulais vous faire confiance, mais on a parfois besoin de preuves de confiance.

M. Jean-Pierre Door. Madame la ministre, je reconnais votre sens de l'écoute et je pense que nous avons fait, ensemble, un progrès dans la définition de ces hôpitaux de proximité. J'apprécie le lien que vous faites avec les CPTS – un élément essentiel, car c'est vraiment l'hôpital dans la ville – ainsi que l'association entre le public et le privé. Je n'ai pas très bien compris, en revanche, ce qui justifie le report de la date : est-ce pour poursuivre la concertation ? Enfin, je suis d'accord avec ce que vient de dire mon collègue Jean-Carles Grelier : il faut que le directeur de l'ARS, et lui seul, puisse accorder une dérogation pour certains actes de chirurgie ambulatoire – je songe par exemple à des opérations de la cataracte au laser.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je suis favorable à l'amendement du Gouvernement, parce qu'il répond au souhait du Parlement de débattre de ce sujet de fond et qu'il est l'aboutissement d'une série de concertations avec les acteurs concernés. Il va tout à fait dans le sens des annonces que le Président de la Républiques a faites en septembre dernier sur ce que doit être un hôpital de proximité.

S'agissant des sous-amendements, je manque de recul, car certains d'entre eux ont été déposés tardivement et je viens juste de les découvrir. Les sous-amendements de Mme Dubié me semblent satisfaits. Celui de M. Aviragnet, en revanche, me paraît contraire à l'esprit même de ce que doit être, pour nous, un hôpital de proximité : j'y suis donc défavorable. S'agissant, enfin, des sous-amendements de MM. Grelier et Door, je comprends leur objectif, s'agissant de la chirurgie ambulatoire et de gestes qui relèvent presque de la consultation – je pense à des actes comme l'endoscopie. Je les invite néanmoins à les retirer afin que nous puissions retravailler cette question d'ici à l'examen du texte en séance.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Deux remarques, sur le fond et sur la forme.

Sur le fond, je souhaite répondre aux interrogations de MM. Door et Grelier : nous nous sommes posé la même question que vous, mais il se trouve que des actes très lourds se font aujourd'hui en chirurgie ambulatoire, qui nécessitent exactement les mêmes moyens que la chirurgie conventionnelle. Une colectomie, par exemple, pour un cancer du côlon, peut se faire en chirurgie ambulatoire. En réalité, si un accident a lieu au cours de l'opération ou s'il y a des complications, vous avez besoin du même plateau technique qu'en chirurgie conventionnelle. Il n'est donc pas judicieux de retenir cette distinction. Il faut que nous trouvions une dénomination qui englobe de petits actes chirurgicaux. Étant donné que l'endoscopie relève de la médecine, les actes tels que la fibroscopie et la gastroscopie pourraient être faits dans ces hôpitaux. Nous pouvons essayer de

définir quelques actes qui pourraient être préservés, afin de rassurer les hôpitaux qui craignent de perdre une activité qu'ils sont capables d'assurer aujourd'hui : j'entends ces inquiétudes. Néanmoins, l'expression « chirurgie ambulatoire » englobe aujourd'hui de la chirurgie très lourde : en Suède, par exemple, 80 % des actes chirurgicaux sont faits en ambulatoire, alors même qu'ils peuvent entraîner des hospitalisations prolongées en réanimation. Mais je m'engage à essayer de travailler sur cette question.

Plus généralement, sur la forme, je vais avoir beaucoup de difficultés à donner un avis sur les sous-amendements, parce qu'ils ont été déposés tardivement et que nous n'avons pas eu le temps de les examiner. Je préférerais m'exprimer lors de l'examen du texte en séance.

M. Jean-Pierre Door. Puisque le rapporteur semble s'ouvrir à l'idée d'un élargissement de la liste des actes pratiqués dans les hôpitaux de proximité, je précise à nouveau que seul le directeur général de l'ARS pourrait accorder une dérogation, et en aucun cas les élus, pour certains actes de « petite chirurgie » – si nous ne voulons pas parler de chirurgie ambulatoire. Certains actes de spécialistes pourraient être faits sur place, ce qui éviterait des déplacements de 50 ou 60 kilomètres.

M. Paul Christophe. Madame la ministre, si nous n'aimons pas les ordonnances, nous n'aimons pas non plus, en général, les amendements du Gouvernement lorsqu'ils sont déposés de cette façon. Mais celui-ci a au moins le mérite d'expliciter votre pensée, puisqu'il apporte des précisions utiles. Il fera d'ailleurs tomber un certain nombre d'amendements qui visaient à introduire ces mêmes précisions. On voit bien que la vraie difficulté consistera en réalité, au-delà de l'hôpital de proximité, à déterminer ce qu'est l'activité de proximité. Nous serons très heureux de travailler avec vous, lors de l'examen du texte en séance, pour préciser encore les choses.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Pour ma part, je me félicite que l'amendement du Gouvernement puisse être examiné en commission et qu'il ne soit pas déposé au dernier moment en séance.

M. Bernard Perrut. Madame la ministre, votre amendement est en effet de nature à nous rassurer sur un certain nombre de points. Je m'interroge néanmoins sur le cadre territorial dans lequel vous comptez travailler, sachant qu'il existe déjà des hôpitaux sur tout notre territoire, et même des hôpitaux de proximité, même s'ils n'en portent pas le nom. Je crois beaucoup aux GHT, je l'ai dit, et je me demande s'ils ne constitueraient pas un bon cadre de travail. C'est en tout cas l'une des mesures que je proposerai en séance. Je sais qu'ils ne fonctionnent pas aussi bien partout mais, là où ils fonctionnent, ils préfigurent ce que vous voulez faire.

M. Pierre Dharréville. On a le sentiment, madame la ministre, que les hôpitaux de proximité, tels que vous les envisagez, ressembleront davantage à des

gares de triage des patients qu'à des établissements offrant toute la palette de soins nécessaires dans les territoires. Comme plusieurs de mes collègues, je suis inquiet de voir disparaître la chirurgie et l'obstétrique. Par ailleurs, si votre projet est d'avoir 500 hôpitaux de proximité, cela signifie que 200 à 300 hôpitaux généraux actuels pourraient entrer dans cette catégorie, ce qui pourrait impliquer, pour eux, la fermeture de certains services et une forme de déclassement, indépendamment des besoins des territoires.

Mme Monique Iborra. Madame la ministre, je ne vais pas vous parler des personnes âgées, même si elles doivent avoir leur place dans les hôpitaux de proximité, mais de la périnatalité. S'il est vrai que nos maternités sont bien distribuées sur le territoire, en revanche, nous sommes loin d'être les meilleurs, s'agissant du taux de mortalité périnatale. Or les futurs hôpitaux de proximité pourraient accueillir des centres de prévention périnatale, qui seraient très utiles aux femmes isolées dans le monde rural. Voilà une mesure qui serait à la fois utile et novatrice.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Madame la ministre, nous voulions vous remercier d'avoir présenté cet amendement en commission, car nous souhaitions effectivement être informés en amont. Votre vision de l'hôpital de proximité nous convient plutôt bien, puisque nous l'envisageons, nous aussi, comme un lieu de rencontre, comme un trait d'union entre l'hôpital, la médecine de ville et les professionnels de santé. Je vous remercie encore pour ces précisions, qui vont dans le bon sens.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Ce débat me paraissant particulièrement intéressant, il me semble dommage de maintenir des sous-amendements qui, à ce stade de la réflexion, feront l'objet d'une proposition de rejet. Leurs auteurs n'auraient-ils pas intérêt à les retirer, en attendant les nouveaux éléments que Mme la ministre pourra leur présenter en séance ? Mais n'y voyez aucune pression de ma part...

M. Jean-Pierre Door. Vous nous forcez un peu la main, madame la présidente, mais nous sommes effectivement disposés à retirer ces amendements, parce que nous faisons confiance à la ministre. Nous voulions faire passer un message et nous y reviendrons en séance, car nous tenons à ce que des dérogations puissent être accordées localement par l'ARS pour des actes de petite chirurgie.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Il va de soi que vous pourrez redéposer ces amendements en séance.

M. Jean-Carles Grelier. En ce qui me concerne, je suis prêt à retirer mon sous-amendement, mais je le redéposerai dans les mêmes termes, en attendant de voir les modifications sémantiques qui auront été proposées par le rapporteur ou par Mme la ministre.

M. Pierre Dharréville. Pour ma part, je suis prêt à déposer des sous-amendements en séance, puisque je n'en ai pas déposé en commission. (*Sourires.*) En tout état de cause, ce sujet est majeur et mérite un débat approfondi.

Les sous-amendements AS1646 et AS1641 sont retirés.

La commission rejette successivement les sous-amendements AS1651, AS1652 et AS1653.

Puis elle adopte l'amendement AS1551, ce qui a pour effet de faire tomber les amendements AS228 de Mme Yolaine de Courson, AS838 de M. Brahim Hammouche, AS490 de Mme Élisabeth Toutut-Picard, AS840 et AS839 de M. Brahim Hammouche et AS1089 de Mme Audrey Dufeu Schubert.

5. Réunion du mercredi 13 mars 2019 à 21 heures 30 (article 8 suite à après l'article 11)

http://videos.assemblee-nationale.fr/video.7383160_5c896582a4fcf.commission-des-affaires-sociales--transformation-du-systeme-de-sante-suite-13-mars-2019

Article 8 (suite)

Cadre de définition des « hôpitaux de proximité » en associant les professionnels de ville à leur gouvernance

La commission est saisie de l'amendement AS878 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Je retire cet amendement car nous avons eu tout à l'heure la confirmation que les établissements privés étaient inclus dans les établissements de proximité.

L'amendement est retiré.

La commission examine l'amendement AS350 de Jean-Carles Grelier.

M. Jean-Carles Grelier. Le terme de « gradation des soins » me gêne. Je sais qu'il existe des termes consacrés dans certains domaines, comme celui de « sincérité » en comptabilité. Néanmoins, « gradation » évoque une hiérarchie dans la qualité des soins avec des hôpitaux qui seraient au sommet et d'autres à la base. La sémantique a son importance. Peut-être pourrions-nous trouver une autre formulation ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. La notion de gradation des soins n'implique pas, selon moi, de hiérarchie dans leur qualité. Il s'agit au contraire de garantir à tous un accès à des soins de qualité et de penser la pertinence de notre organisation territoriale des soins.

Je suis d'accord avec vous : la sémantique a son importance. C'est la raison pour laquelle je tiens à maintenir cette précision. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Les amendements AS228 de Mme Yolaine de Courson, AS838 de M. Brahim Hammouche, AS490 de Mme Elisabeth Toutut-Picart, AS840 et AS839 de M. Brahim Hammouche et AS1089 de Mme Audrey Dufeu Schubert sont tombés du fait de l'adoption, en fin d'après-midi, de l'amendement AS1551 du Gouvernement.

La commission examine l'amendement AS1178 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Par cet amendement, nous proposons que les associations d'élus locaux et les organisations syndicales participent à l'élaboration de la liste des établissements de santé de proximité.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Des garanties ont déjà été apportées par Mme la ministre au sujet des concertations, qui sont en cours – l'amendement du Gouvernement que nous avons examiné tout à l'heure est d'ailleurs issu de cette première phase de concertations. Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. J'ai indiqué tout à l'heure mon souhait que les élus fassent partie de la gouvernance de ces hôpitaux. Cela relève des ordonnances mais l'idée est qu'ils soient intégrés dans les instances internes. Ils participeront donc à toutes les discussions.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite, en discussion commune, l'amendement AS1135 de Mme Laurence Vanceunebrock-Mialon et l'amendement AS907 de M. Julien Dive.

Mme Laurence Vanceunebrock-Mialon. L'objet de l'amendement AS1135 est d'inscrire dans la loi une plus grande coordination entre acteurs territoriaux et usagers afin d'améliorer les soins de proximité. Le Gouvernement aura la charge de déterminer les modalités selon lesquelles la liste des établissements de santé de proximité est établie par l'autorité compétente.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Pour les mêmes raisons que précédemment, avis défavorable.

La commission rejette successivement les amendements.

Puis elle est saisie de l'amendement AS1563 du rapporteur.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. À la suite de nos auditions, je vous propose de supprimer du champ de l'habilitation la question du financement des hôpitaux de proximité afin que cette question soit discutée dans le cadre du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS).

La commission adopte l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS706 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Brahim Hammouche. Nous aimerions avoir des précisions sur l'articulation des futurs établissements de santé de proximité avec les groupements hospitaliers de territoire (GHT).

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cette articulation devra être précisée dans l'ordonnance. Je vous propose donc de bien vouloir retirer votre amendement, monsieur Hammouche.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'amendement rédactionnel AS1390 du rapporteur.

Elle en vient à l'amendement AS229 de Mme Yolaine de Courson.

Mme Laurence Vanceunebrock-Mialon. Cet amendement a pour but d'intégrer la médecine de ville à la gouvernance des établissements de santé de proximité.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cette intégration est déjà sous-entendue par la formulation actuelle de l'article 8. L'enjeu est d'encourager les médecins libéraux à pratiquer un exercice mixte et donc à participer à la gouvernance de ces hôpitaux. Je vous propose de retirer votre amendement.

L'amendement est retiré.

La commission est saisie de l'amendement AS685 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Brahim Hammouche. Cet amendement précise que la gouvernance des établissements de santé de proximité devra être ouverte aux représentants des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Nous pourrions ainsi nous assurer de la bonne intégration de la médecine de ville.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Pour les mêmes raisons que l'amendement précédent, je vous invite à retirer votre amendement. À défaut, mon avis sera défavorable.

L'amendement est retiré.

La commission examine l'amendement AS686 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Brahim Hammouche. Cet amendement prévoit d'intégrer les élus locaux du territoire concerné à la gouvernance des établissements de proximité.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. La question des élus a été soulevée tout à l'heure. Je vous demande donc, de la même manière, de bien vouloir retirer votre amendement.

L'amendement est retiré.

La commission examine les amendements identiques AS352 de M. Jean-Carles Grelier, AS725 de M. Philippe Vigier et AS879 de M. Jean-Pierre Door.

M. Philippe Vigier. L’alinéa 5 de l’article 8 prévoit de « *déterminer dans quelles conditions ces dispositions peuvent être applicables à une structure dépourvue de la personnalité morale et partie d’une entité juridique* ». Cette disposition conduit à revoir la définition même de l’établissement de santé posée par le code de la santé publique qui suppose que tout établissement est doté d’une personnalité morale.

Nous aimerions comprendre pourquoi cet alinéa a été inscrit alors qu’il n’a fait l’objet d’aucune évaluation. Quelles en seront les conséquences ?

M. Jean-Pierre Door. Cet alinéa 5 est particulièrement obscur, voire inintelligible.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Vous appelez notre attention sur un point que je trouve très intéressant. Dans le cadre d’un établissement multi-sites, type que l’on retrouve en nombre de plus en plus important aujourd’hui, il n’est pas possible de labelliser un seul site. Le statut d’hôpital de proximité ne peut être accordé qu’à un établissement soit public soit privé. L’ambition du Gouvernement est précisément de pouvoir labelliser « *établissement de proximité* » une antenne d’une nouvelle entité fusionnée.

Je vous propose donc de bien vouloir retirer vos amendements.

M. Philippe Vigier. L’établissement auquel est rattachée cette antenne est bien doté d’une personne morale, et je ne vois d’ailleurs pas comment celle-ci pourrait en être dépourvue, puisqu’il y a une intégration administrative obligatoire.

M. Jean-Carles Grelier. Ne recréons pas la même ambiguïté qu’avec les groupements hospitaliers de territoire pour lesquels on n’a pas su aller jusqu’au terme de la démarche de regroupement. On s’est arrêté au milieu du gué : les hôpitaux supports sont dotés de la compétence d’achats alors que les hôpitaux parties en sont dépourvus. Évitions un tel monstre juridique. On ne saurait pas très bien ensuite quelles pourraient être les interprétations tant de la juridiction administrative que du juge des comptes.

La commission rejette les amendements.

Elle adopte ensuite l’amendement rédactionnel AS1391 du rapporteur.

Puis elle est saisie des amendements identiques AS763 de M. Cyrille Isaac-Sibille et AS971 de M. Joël Aviragnet.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Mon amendement a pour but de raccourcir le délai d’habilitation à six mois mais, compte tenu des explications de Mme la ministre sur ses projets concernant les hôpitaux de proximité, je le retire.

M. Joël Aviragnet. Un délai de six mois au lieu de dix-huit mois nous semble suffisant. Il laisserait à la représentation nationale le temps de suivre convenablement l'évolution des travaux.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Le délai que vous proposez est beaucoup trop court pour mener à bien les concertations et respecter toutes les formalités nécessaires avant le dépôt du projet de loi de ratification.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Nous avons bien écouté le Parlement. Comme le rapporteur l'a dit, nous avons sorti du champ de l'habilitation la question du financement dont vous pourrez débattre dans le cadre du PLFSS. Le Parlement pourra ainsi examiner non seulement les missions mais aussi le financement des établissements de proximité.

Nous souhaitons que les premiers hôpitaux soient labellisés en 2020. Évidemment, nous ne comptons pas traîner mais nous devons garder des délais suffisants pour permettre aux acteurs hospitaliers et aux acteurs libéraux de se mettre d'accord dans une atmosphère sereine.

L'amendement AS763 est retiré.

La commission rejette l'amendement AS971.

Puis elle adopte l'article 8 modifié.

Après l'article 8

La commission examine l'amendement AS899 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Avec cet amendement, je sors du cadre strict du projet de loi pour appeler l'attention du Gouvernement sur le cas de l'hôpital d'Orléans. Il s'agit avec Metz du seul centre hospitalier régional (CHR) en France à n'être pas rattaché à une université. Orléans est pourtant une capitale régionale et une métropole. C'est un débat que nous avons depuis longtemps : son hôpital mériterait le titre de centre hospitalier régional universitaire (CHRU) ou de centre hospitalier universitaire (CHU) pour plusieurs raisons. Il y a, tout d'abord, un important bassin de population qui en dépend. Ensuite, les étudiants, qui se tournent actuellement vers le CHU de Tours, situé aux confins de la région Centre, pourraient être fidélisés et sortir jeunes médecins pour s'établir sur le territoire alors qu'il n'y a aujourd'hui que quelques internes chefs de clinique.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Nous avons déjà longuement débattu de la question de l'attractivité médicale des territoires. Je ne pense pas que décider arbitrairement que chaque chef-lieu de région doive être le site d'un CHU réponde à la question. Je pourrais ensuite vous renvoyer aux problèmes posés dans les nouvelles grandes régions et vous citer le cas du CHU Poitiers et de celui de Limoges dans ma région. Il n'appartient pas à la loi de régler ce genre de question. Avis défavorable.

Mme Stéphanie Rist, rapporteure. Je partage le diagnostic posé par Jean-Pierre Door. Le fait qu'Orléans soit une capitale régionale sans centre hospitalier universitaire a contribué depuis une vingtaine d'années à rendre la démographie médicale catastrophique dans notre métropole.

Il me semble toutefois que le projet de loi, notamment dans sa partie consacrée à la réforme des études de santé, permet des améliorations. Dorénavant, l'université d'Orléans pourra proposer une première année comportant une mineure en santé aux étudiants orléanais qui iront faire leur deuxième année de médecine à Tours ensuite.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS215 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS1056 de Mme Jeanine Dubié, AS1249 de M. Jean-Louis Touraine et AS1435 de M. Bernard Perrut.

Mme Jeanine Dubié. L'amendement AS1056 vise à préciser le contenu de l'habilitation relative aux établissements de santé de proximité. Ils ont vocation à assurer le maillage territorial en services de santé et à améliorer l'accès aux soins grâce à leur inclusion dans les filières territoriales. Du fait de leur mission, il est fondamental qu'ils assurent la continuité des soins pour les activités de médecine, de soins de suite ou de réadaptation qu'ils doivent mettre en œuvre afin d'être de véritables plateformes de services.

Cette logique doit leur permettre d'assurer les activités de chirurgie et d'obstétrique dès lors que les conditions sont réunies pour garantir la sécurité et la qualité des soins dans le cadre de filières et d'équipes territoriales.

M. Jean-Louis Touraine. Nous proposons que les hôpitaux de proximité puissent se livrer à des activités de chirurgie ou d'obstétrique dès lors que les conditions sont réunies pour assurer la sécurité et la qualité des soins dans un cadre de coopération avec d'autres établissements de santé.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission rejette les amendements.

Article 9 : Réforme du régime des autorisations des activités de soins, dans une logique de gradation de soins

La commission est saisie des amendements identiques AS355 de M. Jean-Carles Grelier, AS969 de M. Joël Aviragnet, AS1121 de M. Philippe Vigier et AS1179 de M. Pierre Dharréville.

M. Jean-Carles Grelier. L'amendement AS355 tend à supprimer cet article.

M. Joël Aviragnet. Vous avez pris soin d'exposer les nombreuses raisons qui poussent le Gouvernement à définir par ordonnance les critères constitutifs des

hôpitaux de proximité. Le débat sur ce sujet ne saurait être amputé et se limiter à une concertation entre les ministères et les professionnels de santé en dehors du Parlement. Rappelons que la santé arrive en tête des préoccupations que les Français expriment dans le cadre du grand débat national.

M. Paul Molac. Un hôpital revêt une double importance pour une ville : pour les services de santé qu'il offre à la population ; pour les emplois qu'il procure. Nous ne voulons pas que le Parlement soit dépossédé de sa capacité à débattre de ces importantes questions.

M. Alain Bruneel. Les débats sur la carte hospitalière et sur la réforme du régime des autorisations de soins doivent avoir lieu au Parlement. Nous proposons donc de supprimer cet article 9. Nous nous opposons à la dépossession qu'impliquent les ordonnances.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Il s'agit d'un sujet extrêmement technique. La plupart des modifications nécessiteront des changements réglementaires. Un balayage législatif aura lieu par la suite. La loi de modernisation de notre système de santé défendue par Marisol Touraine avait déjà prévu une habilitation similaire, monsieur Aviragnet, et une première vague de toilettage a eu lieu. Je vous propose d'être attentifs au moment de la ratification devant le Parlement.

Avis défavorable.

M. Joël Aviragnet. Ce qui a eu lieu sous l'ancien gouvernement appartient au passé. Je n'entends qu'une chose : les préoccupations qu'expriment nos concitoyens. C'est ma seule boussole.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Je ne reviens pas sur la méthode, sur laquelle je me suis exprimée tout à l'heure. Le groupe de contact avec les élus permet de travailler en miroir et je vous présenterai l'ordonnance avant le dépôt de la loi d'habilitation.

Le travail sur les autorisations a été engagé de longue date. Je dirai qu'il s'effectue de manière continue au sein du ministère puisque les critères évoluent en fonction des nouvelles connaissances scientifiques. Ce travail est mené avec les agences sanitaires : l'Agence de la biomédecine pour les greffes, l'Institut national du cancer (INCa) pour la cancérologie, la Haute Autorité de santé (HAS) pour toutes les activités médicales. Il a un caractère essentiellement scientifique et s'appuie sur les sociétés savantes. Il permet d'identifier l'impact des seuils d'activité sur la qualité des soins et nous effectuons en parallèle des études d'impact sur l'incidence en termes d'organisation des soins sur le territoire. Dix-huit groupes de travail se penchent sur la totalité des autorisations existantes depuis plus d'un an et vont poursuivre leurs analyses dans l'année. Ce sont autant de raisons pour lesquelles nous vous demandons une habilitation à légiférer par ordonnance.

La commission rejette les amendements.

Elle examine ensuite l'amendement AS230 de Mme Yolaine de Courson.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je souhaite le retrait de cet amendement, à défaut de quoi mon avis sera défavorable.

L'amendement est retiré.

La commission en vient aux amendements identiques AS729 de M. Philippe Vigier et AS880 de M. Jean-Pierre Door.

M. Philippe Vigier. Il est important pour nous que les acteurs de terrain soient partie prenante de la réforme du régime des autorisations. Des travaux associent depuis de longs mois l'ensemble des acteurs de soins, les représentants des patients, les sociétés savantes. Comment s'articuleront-ils avec les dispositifs définis par ordonnance ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je n'ose imaginer que le travail puisse être fait de manière incohérente et non concertée... Avis défavorable.

La commission rejette les amendements.

L'amendement AS1136 de Mme Laurence Vanceunebrock-Mialon est retiré.

La commission est saisie de l'amendement AS732 de M. Philippe Vigier.

M. Philippe Vigier. Nous tenons à rappeler que la simplification des modalités d'autorisation sanitaire ne peut se faire que dans le cadre prévu par l'article L. 6122-3 du code de la santé publique. Selon ses termes, l'autorisation ne peut être accordée qu'à un ou plusieurs médecins, un établissement de santé, une personne morale dont l'objet porte, notamment, sur l'exploitation d'un établissement de santé. Il me paraît essentiel de respecter les dispositifs existants.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cet amendement est satisfait ; demande de retrait, donc, ou avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle adopte ensuite l'amendement rédactionnel AS1392 du rapporteur.

Puis elle adopte l'article 9 modifié.

Après l'article 9

La commission est saisie de l'amendement AS821 de Mme Justine Benin.

Mme Justine Benin. Le présent amendement propose qu'une évaluation des établissements de santé, publics ou privés, ait lieu chaque année dans chaque équipe de soins.

Ces évaluations devront rendre compte à la fois de la sécurité et de la qualité des soins, de l'efficacité organisationnelle, de l'expérience des patients mais aussi de la qualité de vie des personnels soignants qu'on sait aujourd'hui en souffrance.

Elles seront rendues publiques, notamment auprès des commissions médicales d'établissement et des comités des usagers.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je ne sais pas comment une telle évaluation pourrait s'articuler avec les procédures de certification des établissements de santé et d'accréditation des équipes déjà mises en place par la Haute Autorité de santé. Les procédures en vigueur pourraient sans doute être améliorées mais, à mes yeux, il n'y a pas lieu d'ajouter une procédure nouvelle qui ne ferait que créer de la confusion et qui serait chronophage pour les équipes. Avis défavorable.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Des indicateurs de qualité et de performance sont déjà en place dans les établissements pour assurer un meilleur pilotage entre les certifications qui ont lieu tous les quatre ans. L'évaluation que vous proposez me paraît irréalisable, madame Benin, mais il est certain qu'il faut renforcer les évaluations.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie des amendements identiques AS217 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS891 M. Jean-Pierre Door et AS1058 de Mme Jeanine Dubié.

M. Paul Christophe. Dans la perspective des ordonnances devant être prises sous dix-huit mois au titre de l'article 9, l'Assistance publique Hôpitaux de Paris (AP-HP) souhaite, dans un objectif d'adaptation du régime des autorisations sanitaires et afin de mieux prendre en compte la territorialité des implantations des activités de soins et des équipements en matériels lourds, que les autorisations puissent être délivrées spécifiquement en son sein aux groupes hospitaliers qui y sont constitués afin de permettre une plus grande autonomie de gestion en ce domaine pour les groupes hospitaliers.

M. Jean-Pierre Door. Notre amendement AS891 vise surtout à faire évoluer les régimes d'autorisation. C'est une demande importante qu'a formulée la Fédération hospitalière de France.

Mme Jeanine Dubié. Il est proposé de préciser à l'article L. 6122-3 du code de la santé publique qu'au sein des établissements de santé les plus importants par leur taille et pour lesquels des dispositions particulières ont été prévues par loi, l'autorisation peut être délivrée, s'ils en font la demande, à des structures administratives internes afin d'encourager un fonctionnement déconcentré et une plus grande autonomie de gestion.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cette piste pourrait être suivie dans l'ordonnance de l'article 9, mais j'invite à la prudence car cela priverait l'ARS de la maîtrise de la répartition géographique des autorisations délivrées à une structure. En tout état de cause, le sujet est à étudier dans un cadre plus global. Avis défavorable.

La commission rejette les amendements.

CHAPITRE III

Renforcer la stratégie et la gouvernance médicales au niveau du groupement hospitalier de territoire, et accompagner les établissements volontaires pour davantage d'intégration

Article 10

Renforcement de l'intégration au sein des groupements hospitaliers de territoire

La commission examine les amendements identiques AS356 de M. Jean-Carles Grelier, AS545 de M. Pascal Brindeau, AS1182 de M. Pierre Dharréville et AS1206 de M. Adrien Quatennens.

M. Jean-Carles Grelier. C'est une question de principe contre ce recours aux ordonnances que nous avons déjà moult fois critiqué. Je voudrais aussi appeler l'attention du rapporteur sur une articulation juridique que j'ai du mal à éclaircir. Comment peut-on doter les groupements hospitaliers de territoire (GHT), qui sont dépourvus de la personnalité morale, d'une commission médicale de groupement (CMG) dont on ne sait ni si elle aura un pouvoir hiérarchique ni comment elle s'articulera avec les commissions médicales d'établissement (CME)? Quels seront le rôle et la fonction de cette CMG, nécessairement consultatifs dans le cadre du recrutement de personnel médical ainsi qu'il est mentionné à l'article? Une fois encore, j'y insiste, nous allons renforcer le flou juridique qui entoure les GHT, alors que nous aurions dû saisir l'occasion pour avoir enfin quelque chose de clair et de transparent.

M. Pierre Dharréville. Mon amendement est rédactionnel : il vise à supprimer l'article 10 (*Sourires*), qui tend à renforcer l'intégration des hôpitaux dans des GHT sans qu'ait été fait le bilan de ces derniers en matière d'offre publique de soins.

Depuis la loi de 2016, leur mise en place a conduit à concentrer l'activité hospitalière dans les grosses structures et à fermer des hôpitaux de proximité, comme le constate la commission d'enquête de 2018 sur l'égal accès aux soins. Entre 2013 et 2017, le nombre d'hôpitaux locaux est passé de 307 à 227. Dans son rapport de 2018, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) signale qu'aucune évaluation n'a été faite depuis, en dépit de dysfonctionnements importants.

En outre, cet article habilite le Gouvernement à légiférer par ordonnances, une méthode qui conduit, une fois de plus, à sortir du débat parlementaire des points essentiels d'une réforme.

M. Jean-Hugues Ratenon. Alors que le Gouvernement est guidé par le laisser-faire et la confiance dans des domaines où nous aurions pourtant cruellement besoin d'une régulation forte, il sait se rendre autoritaire et arbitraire s'agissant du service public hospitalier. En forçant les hôpitaux à abandonner une part toujours croissante de leurs prérogatives aux GHT, il renforce la concentration des pouvoirs. Tous les acteurs de terrain rencontrés sont révoltés par cet article. Ils y voient une volonté de sous-traiter les petits hôpitaux qui seraient alors aux ordres de l'établissement support. Si quelques rares GHT ont su mettre en place une gestion cohérente, c'est loin d'être le cas dans la plupart des territoires car l'hyper administration n'a jamais été efficace. Il convient à tout prix de laisser aux structures hospitalières le choix de mutualiser ou non certaines de leurs fonctions au sein des GHT et de ne pas imposer des regroupements ou des mutualisations totalement déconnectés des réalités. Par conséquent, nous ne pouvons qu'être opposés à cet article dont nous demandons la suppression.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. L'article 10 est un article très important du projet de loi. Il permet enfin de rééquilibrer la gouvernance des GHT en renforçant la participation des médecins au pilotage stratégique de ces structures. Il renforce leur gouvernance médicale en généralisant les CMG et en transférant la compétence de gestion des ressources humaines médicales à leur niveau.

Vous vous interrogez sur le recours aux ordonnances. Mme la ministre pourra peut-être nous en dire plus sur les raisons de ce choix, sur le contenu de ces ordonnances et notamment sur les orientations qui seront prises concernant la composition de la future CMG.

Si j'ai déjà accepté de nombreux amendements rédactionnels, je vais émettre un avis défavorable à celui-ci... (*Sourires.*)

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Monsieur Grelier, vous avez dit que nous étions restés au milieu du gué en ce qui concerne les GHT. Certains fonctionnent très bien : ceux dont les établissements ont envie de travailler ensemble, en mutualisant les moyens et les personnels, en s'entraïdant et en offrant des couvertures territoriales de qualité en termes d'accès

aux soins. Dans d'autres, où chacun reste sur son quant-à-soi, voire dans des logiques de compétition, la lenteur d'intégration nuit à de bonnes prises en charge médicales par filière.

Cet article tend à permettre d'aller plus loin dans un projet médical partagé. Il nous semble logique que les CME soient rassemblées ou, en tout cas, qu'il existe une instance de GHT qui permette d'avoir une vision, qui chapeaute l'ensemble des filières de prise en charge et les projets médicaux concernant les différentes pathologies.

Des groupes de travail ont été mis en place. Ils s'attachent à définir ce que seront cette gouvernance médicale et cette commission. Nous ne privilégions aucune piste. Ce sont les acteurs eux-mêmes qui nous proposeront des solutions. L'idée est de trouver un équilibre entre les sites et d'éviter une aspiration des forces, des ressources humaines ou financières de certains hôpitaux vers le GHT tête de pont. Nous souhaitons, au contraire, rééquilibrer et vérifier que l'ensemble possède une cohérence, ce qui permettra une meilleure prise en charge des citoyens sur le territoire.

Nous ne pouvons pas aller plus loin dans la définition de ce que sera la commission du GHT. Je ne souhaite pas m'avancer tant que les groupes de travail n'ont pas eux-mêmes fait des propositions et suggéré des pistes. J'en suis désolée mais je tiens à ce que cette concertation ait lieu dans la sérénité.

Mme Albane Gaillot. Cet article peut paraître technique, mais il est très important car il donne corps à trois ambitions du projet de transformation de notre système de santé. Première ambition : décroïsonner l'offre de soins par la volonté de favoriser le projet médical partagé. Vous l'avez dit, madame la ministre, il s'agit de mettre le patient au cœur de son parcours de soins, ce qui passe par le partage du dossier médical et le développement d'équipes médicales de territoire. Deuxième ambition : renforcer la dynamique de coopération et rendre obligatoire la constitution de CMG. Troisième ambition : rationaliser les dépenses en donnant au GHT le droit d'opter pour la mutualisation d'une trésorerie.

Les membres du groupe La République en Marche ne voteront donc pas les amendements de suppression.

M. Pierre Dharréville. J'aimerais faire quelques remarques. Tout d'abord, dans les discussions que nous pouvons avoir avec eux, les personnels en souffrance identifient souvent les GHT comme l'une des causes des problèmes qu'ils rencontrent au quotidien dans l'organisation de leur travail.

Ensuite, c'est bien beau d'avoir des GHT, mais la question immédiate que l'on se pose, c'est celle de leur pouvoir d'achat, des moyens dont ils disposent.

Enfin, vous avez bien décrit, madame la ministre, les phénomènes de centralisation et d'aspiration qui sont à l'œuvre au détriment de certains établissements, parfois sur le mode de l'organisation institutionnelle de nos

métropoles. Cela pose des questions de fonctionnement concrètes. On m'a raconté des choses qui mériteraient d'être rapportées ici mais je n'ai pas le temps de le faire.

M. Jean-Carles Grelier. J'ai bien entendu monsieur le rapporteur nous parler du renforcement de la gouvernance des GHT. Dont acte. Mais, monsieur le rapporteur, si l'on avait voulu renforcer la gouvernance des GHT, on se serait penché sur la composition des comités stratégiques qui comprennent déjà des représentants du monde médical. Pour revenir à l'esprit de nos conversations de cet après-midi, je dirais que l'on se serait peut-être penché aussi sur le rôle et la place du comité des élus. Ce comité un peu fantoche est tout juste bon à inaugurer les chrysanthèmes ; il est dépourvu de tout pouvoir, même de pouvoir consultatif. Pour renforcer la gouvernance, il faut sans doute redonner un peu plus de pouvoir aux élus des territoires.

La commission rejette les amendements.

Puis elle examine les amendements AS546, AS547 et AS548 de M. Pascal Brindeau.

M. Paul Christophe. Dans le prolongement de notre précédente discussion, ces amendements déposés par mon collègue Brindeau visent à sécuriser les commissions médicales des différents établissements.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Pour moi, au contraire, les CMG sont indispensables pour renforcer la gouvernance médicale des GHT. Ce rééquilibrage entre médecins et direction apparaît nécessaire. Avis défavorable.

La commission rejette successivement les amendements.

Elle en vient à l'amendement AS771 de M. Pierre Dharréville.

M. Alain Bruneel. Nous proposons de préciser dans la loi que la CMG a un rôle décisionnaire dans l'organisation médicale du GHT. La CMG ne doit pas être une simple instance consultative. Les membres de cette commission sont ancrés dans les réalités territoriales, ils connaissent les difficultés auxquelles sont confrontés les usagers pour accéder aux soins. Ils pourront donc proposer des axes d'amélioration d'accès aux soins pour tous les usagers. Il s'agit d'un enjeu de démocratie sanitaire.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. La CMG sera un acteur majeur de l'élaboration de la politique de qualité et de sécurité des soins de l'établissement. En l'état, votre amendement manque de précision sur la manière dont elle serait décisionnaire. Le présent article prévoit déjà qu'elle contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie territoriale du groupement. Je vous propose de retirer votre amendement. À défaut, j'émettrais un avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS549 de M. Pascal Brindeau.

M. Paul Christophe. Il s'agit de s'assurer que la position des CME est bien prise en compte dans les orientations retenues par la CMG.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. La composition exacte des CMG sera déterminée par voie réglementaire. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS1466 du rapporteur.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

Mme Jeanine Dubié. En quoi cet amendement est-il rédactionnel ? Il propose de remplacer « *maïeutiques et pharmaceutiques* » par « *pharmaceutiques et maïeutiques* ». Y aurait-il une hiérarchisation ? Je ne vois pas ce que cela change.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Il n'y a ni sous-entendu ni arrière-pensée. Il s'agit seulement d'adopter une rédaction identique à celle en usage dans le code de la santé publique.

La commission adopte l'amendement.

Elle aborde ensuite l'amendement AS1060 de Mme Jeanine Dubié.

Mme Jeanine Dubié. Cet amendement vise à s'assurer de la représentation dans la CMG, des membres des commissions médicales des établissements du groupement. Il s'agit de renforcer la cohérence de la gouvernance des GHT.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Votre amendement emporte deux effets. Il apporte des précisions sur la composition de la CMG en indiquant que ses membres sont aussi ceux des CME. La composition devant être fixée par décret, il ne me semble pas envisageable d'apporter cette précision. Surtout, votre amendement supprime la phrase : « *Il élit son président.* » Nous aurions donc une instance sans présidence, sans direction. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine les amendements identiques AS220 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS495 de Mme Élisabeth Toutut-Picard.

M. Paul Christophe. Il s'agit d'inscrire la révision des compétences de la CME en miroir de la CMG, en précisant qu'elle « *contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie d'établissement et du projet médical, en cohérence*

avec le projet médical partagé», et ce afin de renforcer la cohérence de l'ensemble du groupement.

Mme Élisabeth Toutut-Picard. Afin de renforcer la cohérence de la gouvernance et de la stratégie élaborée au sein du GHT, mon amendement propose d'assurer la représentation des membres des CME au sein de la CMG et de faire en sorte que la présidence du comité stratégique soit assurée par le directeur de l'établissement support et sa vice-présidence par le président de la CMG.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. La future CMG sera déterminée par décret. Avis défavorable.

La commission rejette les amendements.

Puis elle examine les amendements identiques AS843 de M. Jean-Pierre Door et AS1438 de M. Bernard Perrut.

M. Jean-Pierre Door. Si nous voulons que les GHT fonctionnent de façon sereine et sans fracturation, il est indispensable d'avoir une juste représentation de tous les établissements satellites au sein de la CMG.

M. Bernard Perrut. Pour poursuivre la réflexion de mon collègue Door, je dirai qu'il faut trouver des conditions de respect des professionnels de santé de chaque établissement. Toutefois, en relisant l'amendement, je pense qu'il faudrait revoir sa rédaction car la formulation « *à égalité de chaque établissement* » n'est peut-être pas la plus appropriée. Il faudrait peut-être parler plutôt de « juste représentation », comme vient de le faire Jean-Pierre Door. Comme les établissements diffèrent par leur nature et par leur taille, il faut trouver une juste représentation et pas forcément une égalité. Il faudrait retravailler cet amendement pour qu'il corresponde aux réalités du territoire. Il faut certes de la cohésion, mais des différences peuvent exister d'un établissement à l'autre. Je vais retirer mon amendement car je pense qu'il ne correspond pas à la réalité.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. En reprenant l'argumentation de M. Perrut, j'émets un avis défavorable sur l'amendement de M. Door...

L'amendement AS1438 est retiré.

La commission rejette l'amendement AS843.

Elle se saisit ensuite de l'amendement AS1336 de Mme Fadila Khattabi.

Mme Fadila Khattabi. Le présent amendement propose d'inscrire dans les prérogatives de la CMG la consultation des associations des représentants des usagers du système de santé. En effet, la CMG contribue notamment à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins mais aussi des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Aussi, il semble opportun d'associer autant que possible les associations des

représentants des usagers permettant à la commission de définir une politique au plus près des besoins de la population.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Il me semble que cela ressortit plutôt aux compétences de la commission des usagers du groupement, qui existe déjà. Je vous propose de retirer votre amendement, pour ne pas avoir à émettre un avis défavorable.

L'amendement est retiré.

La commission examine l'amendement AS1131 Mme Jennifer de Temmerman.

Mme Laurence Vanceunebrock-Mialon. Cet amendement vise à établir une coprésidence à la tête de la CMG.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. La composition de la future CMG sera déterminée par décret. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle en vient à l'amendement AS842 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Nous voulons préciser que le président et le vice-président ou les vice-présidents seront élus parmi les membres de la CMG à la majorité des suffrages sans condition d'exercice d'une profession médicale. Cet amendement vise à refléter la composition professionnelle de la CMG dont les compétences sont exercées non seulement dans le domaine médical mais aussi dans les domaines maïeutique, odontologique et pharmaceutique.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Rappelons que la maïeutique fait partie des professions médicales...

Vous souhaitez préciser que le président et le vice-président ou les vice-présidents de la CMG seront élus parmi les membres de cette même commission à la majorité des suffrages sans condition d'exercice d'une profession médicale. Alors qu'il faut laisser de la souplesse aux CMG pour élire les candidats, votre amendement restreint le vivier puisque vous excluez les professions médicales sans distinction. Sa rédaction pourrait aussi aboutir à élire un président qui ne serait issu ni des professions médicales ni des autres professions. Je vous propose de le retirer, sinon j'émettrais un avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS124 de M. Fabrice Brun.

M. Thibault Bazin. Cet amendement « spécial Ardèche » (*Sourires*) de notre collègue Brun vise à s'assurer que chaque département comprendra un GHT, étant donné que le code de la santé publique prévoit que « *chaque établissement*

public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale, est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire ».

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Vous souhaitez que soit imposée une règle : un GHT par département. Il est vrai que les périmètres de certains GHT soulèvent des questions. Je pense notamment à celui du Limousin, près de chez moi, qui comprend dix-huit établissements correspondant à l'ancienne région. Les GHT sont très différents en termes de nombre d'établissements regroupés, de la taille du territoire couvert ou de la population concernée. Mais je ne pense pas qu'il soit nécessaire et opportun de définir une taille standard. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle étudie l'amendement AS357 de M. Jean-Carles Grelier.

M. Jean-Carles Grelier. Il s'agit d'une question de sémantique. Appelons un chat un chat : les GHT sont exclusivement des groupements d'hôpitaux publics. En dehors de conventions de partenariat qu'ils peuvent conclure avec l'hospitalisation privée, qu'elle soit lucrative ou non, ils restent des établissements purement publics. Nous proposons donc de les appeler par leur nom, groupements hospitaliers publics, et non pas GHT.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je comprends votre amendement, que je prends comme un amendement d'appel. Certains GHT ont d'ores et déjà formalisé des conventions de partenariat avec des établissements privés. C'est probablement le sens de l'histoire qui va vers une plus grande coopération entre les établissements. Je vous propose de retirer votre amendement, sinon j'émettrais un avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS1 de M. Fabrice Brun.

M. Jean-Pierre Door. Les GHT ont trois ans. Il y a des discussions autour des périmètres, de difficultés rencontrées dans la création de pôles. Il serait indispensable que les ARS nous fassent un rapport d'évaluation sur le bien-fondé de ces structures ou sur les problèmes qu'elles ont créés ici ou là, étant donné que les départements et les territoires sont différents. Trois ans après leur création, il faudrait faire le bilan de ces GHT.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Nous sommes tous des députés de terrain, impliqués dans leur circonscription. Nous connaissons les difficultés et les succès de ces établissements. Si nous demandions aux ARS d'établir un rapport sur les GHT, nous alourdirions leur mission alors que je ne suis pas convaincu que nous apprendrions quoi que ce soit. Avis défavorable.

M. Thibault Bazin. Madame la ministre, Monsieur le rapporteur, il faut entendre cet appel de l’Ardèche – je sais que la connexion ne fonctionne toujours pas avec ce département (*Sourires*) – : il faut associer les parlementaires aux évolutions des GHT, notamment de leur périmètre qui va sans doute être modifié à l’occasion de la création des hôpitaux de proximité. Nous tenons tous à être associés à ces changements.

M. Alain Bruneel. Je soutiens cet amendement. Alors que nous n’avons pas eu d’état des lieux des GHT et que nous ne savons pas où nous allons, il est question de leur donner de nouvelles missions et de nouveaux objectifs. Il serait intéressant de dresser un bilan des trois années d’existence des GHT car nous ne sommes pas au diapason. Les perspectives tracées dans l’article 10 incitent à faire cet état des lieux.

La commission rejette l’amendement.

Puis elle examine, en discussion commune, l’amendement AS1562 du rapporteur, les amendements identiques AS1061 de Mme Jeanine Dubié, AS1528 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS1559 de Mme Élisabeth Toutut-Picard, et les amendements identiques AS1044 de Mme Jeanine Dubié et AS1529 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je propose de préciser que le président de la CMG sera vice-président du comité stratégique du GHT, par parallélisme avec la gouvernance hospitalière.

Mme Jeanine Dubié. Mon amendement vise à écrire dans la loi que : « *Le directeur de l’établissement support est le président du comité stratégique du groupement hospitalier de territoire. Le président de la commission médicale de groupement en est le vice-président.* »

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Nous voulons aussi inscrire dans la loi que les membres de la CMG doivent être issus des CME des établissements membres.

Mme Élisabeth Toutut-Picard. Afin de renforcer la cohérence de la gouvernance et de la stratégie élaborée au sein du GHT, mon amendement propose que la présidence du comité stratégique soit assurée par le directeur de l’établissement support et sa vice-présidence par le président de la CMG.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Vos amendements vont dans le même sens que le mien, mais leur rédaction me semble meilleure. Je vais donc retirer mon amendement à leur profit.

Les amendements AS1562, AS1044 et AS1529 sont retirés.

La commission adopte les amendements identiques AS1061, AS1528 et AS1559.

Puis elle examine l'amendement AS532 de M. Xavier Roseren.

M. Xavier Roseren. L'article 10 vise à renforcer la coopération au sein des GHT. Dans cette optique, il rend obligatoire le transfert des compétences en matière de gestion des ressources humaines à l'établissement support du groupement. Bien que ce transfert aille, en théorie, dans le sens de l'objectif visé, il risque de poser des problèmes sur le plan pratique : donner une telle compétence à l'établissement support peut créer des tensions avec les autres établissements. Ces derniers souhaitent procéder eux-mêmes aux recrutements, car ils connaissent mieux leurs équipes et les besoins. L'amendement AS532 consiste donc à rendre facultatif le transfert de compétences. Cette proposition s'inscrit dans la lignée qui est celle du Gouvernement : il souhaite, en effet, laisser plus de marge de manœuvre aux territoires afin qu'ils s'organisent librement.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Vous souhaitez rendre facultative la compétence que les GHT pourraient exercer en ce qui concerne la gestion des ressources humaines médicales. Je ne partage pas votre avis : la mutualisation de la gestion dans ce domaine permettra d'éviter la concurrence entre les établissements parties à un même groupement en matière de recrutement, d'attractivité ou de rémunération. J'émet donc un avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS550 de M. Pascal Brindeau.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Nous souhaitons nous assurer que la délégation à l'établissement support de la gestion des ressources humaines, médicales, odontologiques et pharmaceutiques ne s'opère pas sans l'accord des établissements membres du GHT.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. L'harmonisation de la gestion des ressources humaines médicales permettra d'éviter, je l'ai dit, les concurrences entre établissements. Elle a vocation à développer une vision prospective des postes à l'échelle du territoire du groupement, ce qui permettra d'optimiser la gestion des parcours professionnels pour les personnels concernés. Par conséquent, avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle aborde l'amendement AS995 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Les décisions prises en matière de gestion des ressources médicales doivent être conformes à la stratégie médicale du groupement et non pas cohérentes avec elle. Cette terminologie me paraît plus positive

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Nous en revenons donc à la sémantique. Par souci de parallélisme avec la gouvernance des établissements, je préfère garder le terme de « *cohérence* ». Je donne donc un avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS553 de M. Xavier Roseren.

M. Xavier Roseren. Cet amendement rejoint l'un de ceux que nous venons d'examiner. L'article 10 prévoit, je l'ai dit, le transfert des compétences en matière de gestion des ressources humaines à l'établissement support du GHT. Il est donc logique de mutualiser certains aspects de cette compétence, comme la publication des offres d'emploi ou le recours à un chasseur de têtes. Cependant, il serait plus cohérent que le recrutement proprement dit reste dans le champ de compétence des établissements membres, car ces derniers connaissent les besoins de leurs équipes. Alors que cet article du projet de loi renvoie à une ordonnance le soin de définir les modalités du transfert de compétences, je propose d'inscrire directement dans la loi le principe selon lequel le recrutement reste dans le champ de compétence des établissements membres.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Avis défavorable. L'idée du projet de loi n'est pas de tout centraliser au niveau des GHT, mais d'harmoniser la gestion des ressources humaines médicales.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS1468 du rapporteur.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS551 de M. Pascal Brindeau.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Il s'agit de préciser que l'extension de l'intégration au sein du GHT ne s'opère pas sans l'accord formel des établissements qui en sont membres.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Pour les mêmes raisons que précédemment, j'émet un avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS1469 du rapporteur.

Elle examine ensuite l'amendement AS1100 de Mme Audrey Dufeu Schubert.

Mme Audrey Dufeu Schubert. L'amendement que je vous propose est une belle opportunité, du point de vue organisationnel, de transformer notre système de santé. Nous avons la possibilité d'offrir non seulement plus de démocratie sanitaire aux usagers mais aussi plus d'égalité dans l'accès à l'innovation médicale. C'est malheureusement une triste réalité à l'heure actuelle : l'accès aux innovations médicales n'est pas identique selon le territoire où les

patients résident. C'est nécessairement plus facile lorsqu'on se trouve dans une métropole ou quand il y a un grand CHU. L'actualité nous invite plus que jamais à gommer ces disparités territoriales.

L'amendement AS1100 tend ainsi à créer un guichet unique pour la recherche clinique au sein des GHT qui le souhaitent et à mettre en place des territoires de recherche afin de simplifier les démarches administratives. Cela aura pour effet d'augmenter le nombre de patients pouvant accéder aux innovations et ce sera un véritable levier en matière d'attractivité pour les jeunes médecins praticiens hospitaliers (PH) dans les centres hospitaliers non universitaires.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Vous proposez d'instaurer des territoires de recherche en dehors des CHU. Je rappelle que l'accès à l'innovation pour les patients pris en charge en dehors des CHU est déjà possible dans le cadre des GHT, grâce à l'obligation qui est faite à ces derniers de conclure des conventions d'association avec les CHU. La solution que vous proposez est intéressante, surtout sous l'angle du « guichet unique », mais je crois que les conventions uniques qui ont été généralisées récemment ont fait leurs preuves. Si nous changeons ce dispositif tout neuf et qui marche, les différents acteurs pourraient s'y perdre. Tel qu'il est rédigé, l'amendement serait en outre difficile à mettre en œuvre : il faudrait définir plus précisément la notion de « territoire ». La recherche clinique est un sujet majeur, mais cela ne doit pas jouer aux dépens de la qualité et de la sécurité des soins. Il faut faire attention aux conséquences qui pourraient se produire, notamment autour de la notion de territoire. Je vous propose de retirer cet amendement, à défaut de quoi j'émettrai un avis défavorable.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Je vais retirer l'amendement, mais nous pourrions éventuellement en rediscuter dans l'hémicycle. Les auditions que nous avons réalisées tendent à montrer que le système actuel n'est pas satisfaisant. Les industriels se concentrent sur les CHU, ce qui a un effet clivant dans les territoires et rend difficile l'accès à l'innovation.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Cet amendement part de la volonté de favoriser l'accès à des protocoles de recherche dans des établissements qui ne sont pas des CHU. C'est déjà possible : il peut y avoir des sites de recherche dans n'importe quel hôpital, y compris dans le secteur privé. Rien ne l'empêche.

Raisonner à l'échelon d'un territoire serait dangereux parce que chaque site doit avoir des compétences et une sécurité particulières, en fonction du type de recherche et de protocole auxquels les patients sont amenés à participer. Chaque site est évalué individuellement sous l'angle de sa capacité à faire ou non. Considérer que l'on devrait régionaliser ou territorialiser l'accessibilité à l'innovation avec un guichet unique conduirait à une forme de dégradation du niveau de qualité et de sécurité pour les patients qui participent à la recherche biomédicale. Je ne comprends donc pas bien cet amendement.

Rien n'empêche aujourd'hui un établissement hors CHU de participer à un protocole de recherche. Cela se fait beaucoup. Quand j'étais à l'Institut national du cancer (INCa), j'ai favorisé de nombreuses recherches sur le cancer dans des établissements privés qui participaient à de grands protocoles. Mais chaque établissement doit être évalué, chaque fois, en fonction de la recherche et de sa capacité à remplir certaines conditions. Par ailleurs, un guichet unique existe pour l'établissement support qui conventionne avec l'industriel. Je suis donc assez défavorable à cet amendement, que je propose de retirer.

L'amendement est retiré.

*Puis la commission **adopte** l'amendement rédactionnel AS1470 du rapporteur.*

Elle examine ensuite l'amendement AS552 de M. Pascal Brindeau.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Compte tenu de la pratique et du fonctionnement des GHT, il semblerait que le caractère volontaire de l'intégration de certains établissements puisse être remis en cause. Cet amendement vise à s'assurer que la position des établissements soit bien prise en compte. Il est nécessaire d'avoir des garde-fous. Tel est l'objet de notre amendement.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Selon moi, cet amendement est déjà satisfait. J'émet donc un avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS687 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Cet amendement fait le lien entre les articles 8 et 10. Comme la ministre l'a dit, les hôpitaux de proximité doivent être le lieu de rencontre, le trait d'union entre la médecine libérale et la médecine hospitalière. En ce qui concerne la gouvernance, nous proposons de faire en sorte que les hôpitaux de proximité gardent leur propre commission médicale d'établissement (CME). S'ils intègrent celles des GHT, leur fonctionnement serait hospitalo-centré alors que l'on cherche plutôt à donner une autonomie médicale aux hôpitaux de proximité. On pourrait imaginer une représentation paritaire, respectant à la fois la médecine libérale et la médecine hospitalière.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** successivement les amendements rédactionnels AS1473, AS1471 et AS1472 du rapporteur.*

Elle en vient à l'amendement AS1479 du Gouvernement.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Cet amendement a pour objet de prolonger le mandat des membres élus et des présidents des CME afin de tenir compte des modifications induites par la création des commissions médicales de groupement. Conformément à l'article 10, chaque GHT devra installer une telle commission médicale au plus tard au 1^{er} janvier 2012.

Comme les conditions de mise en œuvre sont renvoyées à une ordonnance et ensuite à un décret, notamment pour la définition des incidences sur les CME, nous savons que nous ne serons pas en mesure de raccourcir les délais, en raison du temps qu'il faut pour co-construire avec les représentants des professionnels et des établissements de santé concernés ce que seront les commissions médicales de groupement.

Afin de rendre la situation plus simple, de permettre à ceux qui souhaiteront prendre des responsabilités dans les nouvelles commissions médicales d'établissement de le faire en connaissance de cause, et de permettre aussi à tous les électeurs d'exprimer leur choix au regard des compétences qui seront réellement exercées à l'avenir par ces instances, nous proposons de coordonner les élections aux CME parties aux GHT avec la mise en place des commissions médicales de groupement. Il s'agit donc de proroger les mandats des CME, dont beaucoup arrivent à échéance à l'automne 2019, jusqu'à la mise en place des commissions médicales de groupement – cela représente un peu plus d'un an.

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

Puis elle examine les amendements identiques AS866 de M. Jean-Pierre Door et AS1446 de M. Bernard Perrut.

M. Gilles Lurton. Il nous semble important que le périmètre territorial des GHT puisse être analysé précisément et qu'il fasse l'objet d'un rapport que le Gouvernement devra remettre au Parlement au plus tard le 31 décembre prochain. Tel est l'objet de l'amendement AS866.

M. Bernard Perrut. L'évolution de notre système de santé passe par une organisation territoriale adaptée et pertinente, en lien avec les bassins de vie et le flux naturel des habitants. Or il existe des visions tout à fait différentes entre les GHT en ce qui concerne leur pertinence, leur organisation et leur périmètre. Parfois, des établissements veulent même rejoindre un GHT alors qu'ils appartiennent à un autre département. Avant de mettre en place une nouvelle organisation territoriale, ne serait-il pas opportun d'avoir une analyse globale, grâce à un rapport évaluant la pertinence des périmètres territoriaux ? Il y a des discussions sur le terrain, parfois d'un département à l'autre, selon les distances qui peuvent exister ou entre des établissements plus faibles et d'autres qui sont plus gros. Il serait bon de disposer d'une analyse très claire. Les ARS en disposent

déjà : il suffirait d'avoir un rapport offrant une analyse globale – et permettant aussi des discussions entre élus. C'est ce que propose mon amendement AS1446.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Nous avons débattu de ce sujet à propos d'un autre amendement qui demandait un rapport sur les GHT. Je vais plutôt donner un avis défavorable, quitte à ce que l'on retravaille ensemble dans le cadre de cette commission sur le suivi des GHT.

M. Jean-Pierre Door. Les GHT ont été construits brutalement, *ex nihilo*, il y a trois ans. On a eu du mal, mais on l'a fait. Cela fonctionne bien dans certains endroits, mais il y a des problèmes ailleurs. L'idée de réaliser une évaluation trois ans plus tard paraît tout à fait nécessaire et démocratique dans les territoires. Cela permettra de donner des justifications, ou des raisons, à celles et ceux qui peuvent critiquer les situations actuelles.

La commission rejette les amendements.

Puis elle adopte l'article 10 modifié.

La réunion, suspendue à vingt-trois heures cinq, est reprise à vingt-trois heures vingt.

Après l'article 10

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission rejette l'amendement AS1150 de M. Guillaume Garot.

Puis elle examine, en discussion commune, l'amendement AS688 de M. Cyrille Isaac-Sibille, l'amendement AS290 de M. Paul Christophe et les amendements identiques AS936 de M. Joël Aviragnet, AS1183 de M. Pierre Dharréville et AS1441 de M. Bernard Perrut.

M. Cyrille Isaac-Sibille. L'amendement AS688 vise à renforcer la place des élus locaux dans les comités stratégiques des GHT *via* l'intégration de représentants des comités territoriaux des élus locaux. Les outils permettant que cela fonctionne existent déjà : il suffit d'inscrire cette disposition dans la loi.

M. Paul Christophe. Notre amendement AS290 tend à renforcer le rôle des élus locaux au sein du comité stratégique du groupement hospitalier de territoire, qui constitue l'instance principale de décision. Les questions relatives à l'organisation de l'offre de soins dans les territoires doivent être traitées en concertation avec les élus locaux. Ils sont aujourd'hui associés aux décisions *via* leur participation au comité territorial des élus locaux, mais le rôle et l'influence de ce comité restent limités.

Toute décision concernant l'organisation hospitalière a un impact important et direct sur la médecine de ville. Elle peut également en avoir sur les bassins de vie en termes d'emplois et de transports. La qualité des soins proposés

à l'hôpital doit demeurer le premier critère de maintien, de déplacement ou de suppression d'un service. Cependant, il est également indispensable de prendre en compte l'ensemble des aspects que je viens d'évoquer. Ce sont les élus locaux, notamment les maires, qui sont les plus fins connaisseurs de la situation et des besoins d'un territoire. En conséquence, il nous semble indispensable de leur réserver une place au sein des comités stratégiques des GHT.

Mme Ericka Bareigts. Par l'amendement AS936, nous souhaitons renforcer le rôle des élus locaux au sein des conseils stratégiques des GHT. Les questions d'organisation de l'offre de soins dans les territoires ne peuvent pas être traitées sans les élus, qui se trouvent aujourd'hui cantonnés au sein du comité territorial des élus locaux, instance consultative dont le rôle et l'influence sont limités. Toute décision concernant l'organisation hospitalière a des impacts forts et directs sur le maintien et l'installation de médecins de ville, de ménages et d'entreprises. Il y a aussi des répercussions en matière d'emplois et de transports. Si la qualité des soins proposés à l'hôpital doit justifier, en premier lieu, le maintien ou le déplacement d'un service, il est indispensable de prendre en compte l'ensemble de ces aspects, que les maires, premiers acteurs de proximité, connaissent parfaitement. C'est pourquoi nous proposons qu'ils puissent siéger au sein des comités stratégiques des GHT.

M. Bernard Perrut. Dans le prolongement de ce qui vient d'être dit, je rappelle que le comité territorial de chaque GHT a simplement pour mission d'évaluer les actions mises en œuvre pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés dans le territoire concerné. Son rôle s'y limite, alors que le comité stratégique, présidé par le directeur de l'établissement principal et qui regroupe les autres directeurs et les présidents des CME, a pour vocation de mettre en œuvre le projet médical partagé. Or comment celui-ci peut-il être appliqué par les professionnels sans la vision qui est celle des élus territoriaux ? On touche en effet à l'aménagement du territoire et à tous les éléments qui ont déjà été cités. Mon amendement demande qu'il y ait deux représentants des élus dans cette instance stratégique où un pouvoir de décision existe.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Les collectivités territoriales sont déjà bien représentées au sein des GHT par le biais du comité territorial des élus locaux. J'émet donc un avis défavorable.

La commission rejette successivement les amendements AS688 et AS290 puis les amendements identiques AS936, AS1183 et AS1441.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette l'amendement AS1139 de Mme Jennifer de Temmerman.

Puis elle examine, en discussion commune, les amendements identiques AS659 de M. Brahim Hammouche, AS952 de M. Joël Aviragnet et AS1430 de M. Bernard Perrut, ainsi que les amendements identiques AS221 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS353 de M. Gilles Lurton, AS1075 de Mme Jeanine Dubié et AS1184 de M. Pierre Dharréville.

M. Cyrille Isaac-Sibille. L'amendement AS659 vise à réintroduire une commission des usagers (CDU) par site géographique et non par entité juridique, afin que les représentants des usagers aient une proximité géographique avec les patients accueillis. Nous nous inspirons du modèle choisi par les établissements de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), qui ont décidé de maintenir une CDU par site malgré la mise en place de groupements hospitaliers dotés d'une entité juridique unique.

M. Joël Aviragnet. L'amendement AS952 tend à maintenir une commission des usagers dans les établissements issus d'une fusion : une telle commission n'existera pas uniquement dans un des établissements, et non dans les autres. Cela permettra de favoriser la proximité et de renforcer le rôle des usagers.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Le rapporteur et la ministre nous ont dit que cette loi est faite pour les patients. Comme notre amendement AS221 est très clairement au profit des usagers et du maintien de la proximité, vous l'accepterez nécessairement. (*Sourires.*)

M. Gilles Lurton. L'amendement AS353, identique au précédent, est particulièrement important. S'il n'y a plus, demain, qu'une seule commission, avec des représentants des usagers d'un seul établissement, contrairement à ce qui existe jusqu'à présent, ce seront toujours les mêmes acteurs, ceux de l'établissement central, qui représenteront tout le monde. Les usagers des petits établissements annexes seront tout à fait exclus. Les dispositions que nous vous proposons méritent d'être adoptées.

Mme Jeanine Dubié. Nous souhaitons que chacun des établissements fusionnés conserve une commission des usagers, notamment pour nous assurer que la gestion de certaines problématiques soit aussi proche du terrain que possible. Le mouvement de recomposition hospitalière ne doit pas altérer la proximité sur un certain nombre de sujets.

M. Alain Bruneel. Le mouvement de recomposition hospitalière ne doit pas altérer la proximité sur un certain nombre de sujets, cela vient d'être dit. Dans un souci de démocratie sanitaire, l'amendement AS1184 propose que chacun des établissements fusionnés conserve une commission des usagers, notamment pour assurer une gestion au plus près du terrain de certaines problématiques. Certaines compétences de ces commissions, comme la facilitation des démarches des usagers ou la gestion des plaintes et des réclamations, sont assurées d'une manière plus efficace, plus réactive et plus pertinente par une instance locale.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Comme cela a été très bien dit, la philosophie du plan « Ma santé 2022 » est de faire en sorte que le système s'adapte au patient, et non le contraire. La démocratie sanitaire est essentielle. C'est un sujet que nous avons abordé à plusieurs occasions depuis hier. Je crois qu'il est important que chaque établissement puisse conserver sa commission des usagers. Je suis donc favorable aux amendements identiques AS221, AS353, AS1075 et AS1184, qui permettront que ce soit systématiquement le cas. Je ne suis pas favorable aux amendements précédents, qui en laissent seulement la possibilité – c'est moins efficace.

La commission rejette les amendements identiques AS659, AS952 et AS1430.

Puis elle adopte les amendements identiques AS221, AS353, AS1075 et AS1184.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS1428 de M. Rémi Delatte.

M. Thibault Bazin. Avec Gilles Lurton, je soutiens pleinement cet excellent amendement de notre collègue Rémi Delatte, qui prévoit que « *le député de la circonscription siège d'un établissement public de santé participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.* » Cela permettra aux parlementaires de mieux appréhender leur mission d'évaluation des politiques publiques et de développer leur expertise, en vue de mieux participer au débat sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS).

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Les élus sont déjà très bien représentés au sein des conseils de surveillance des établissements. Par ailleurs, je me permets de rappeler que chaque député, conformément à notre constitution, est le représentant de la Nation tout entière, bien qu'il soit élu dans un cadre géographique déterminé. Par principe, je ne peux que donner un avis défavorable à cet amendement.

M. Thibault Bazin. J'ai du mal à comprendre votre argument. On voit bien qu'il n'y a pas tant d'élus que cela dans les conseils de surveillance, si l'on regarde leur composition. Ce sont des instances assez rétrécies et l'on constate qu'il y a aujourd'hui une véritable déconnexion entre les élus nationaux et les territoires. C'est un des enseignements du grand débat qui mérite de ne pas être balayé comme vous le faites.

L'amendement ne revient pas à demander grand-chose. Il y a d'ailleurs peu d'établissements de santé dans nos circonscriptions – parfois, il n'en existe même pas. Permettre une participation aux séances avec voix consultative ne créerait pas de charges supplémentaires mais aiderait à mieux appréhender les problématiques de santé, qui sont une vraie thématique nationale.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je conçois tout à fait l'importance, pour un parlementaire, de pouvoir suivre ces enjeux au plus près. Je

le dis d'une manière tout à fait sérieuse. Nous avons adopté cet après-midi un amendement visant à intégrer les parlementaires dans les conseils territoriaux de santé. Votre amendement serait donc assez redondant. Je pense qu'il n'y a pas lieu d'installer des parlementaires dans chaque instance, et je maintiens donc mon avis défavorable.

M. Thibault Bazin. Les conseils de surveillance n'ont pas du tout les mêmes compétences que les conseils territoriaux de santé. C'est très différent, en particulier sur le plan de la gestion et de la coordination des politiques publiques de santé. Dans l'élan qui était celui de cet après-midi, nous pourrions aller encore plus loin ce soir. Je vous dirai juste : « *en marche !* » (*Sourires.*)

M. Gilles Lurton. J'aimerais ajouter un mot. Dans les établissements de santé de nos circonscriptions, notamment les plus importants d'entre eux, il se pose souvent des difficultés particulièrement importantes qui nécessitent que le parlementaire concerné puisse porter les dossiers au plus haut niveau de l'État. Cela m'est arrivé à l'hôpital de Saint-Malo, et la ministre connaît très bien le dossier. Le service des urgences a été en grève pendant quatre mois – c'est terminé depuis hier. Je m'en suis beaucoup occupé, évidemment, comme le maire de Saint-Malo : tous les élus se sont mobilisés. Quand il faut porter un dossier au plus haut niveau de l'État, afin de pouvoir expliquer pourquoi on se trouve dans une telle situation, il est particulièrement important d'être au conseil de surveillance, d'être au fait de ce qui se passe et d'avoir des contacts avec les syndicats et les représentants du personnel. Je vous assure qu'on serait bien plus à l'aise ainsi, au lieu de voir les choses épisodiquement, sans être tenu au courant.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Mon expérience récente avec l'hôpital de proximité de ma circonscription m'a démontré que le fait de ne pas pouvoir siéger au conseil de surveillance était très ennuyeux : puisque je n'ai pas pu prendre la mesure de ce qui s'y passait pour faire remonter les problèmes au niveau national. Je n'ai pas pu non plus y participer en tant que personnel qualifié, ce qui est regrettable.

Mme Annie Vidal. Je suis d'accord avec l'esprit de cet amendement. Toutefois, il conviendrait d'en déterminer précisément le périmètre, car lorsque les grands centres hospitaliers se trouvent sur plusieurs sites, plusieurs circonscriptions peuvent être concernées.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je relève le vif intérêt de l'ensemble de la commission pour cette question. Avant la loi sur le non-cumul des mandats, les députés, qui étaient souvent aussi maires, pouvaient siéger au conseil de surveillance, voire le présider.

Je note aussi que vous avez « oublié » nos collègues sénateurs, et vous invite par ailleurs à réfléchir plus avant à la question du périmètre : la ville de Bordeaux, par exemple, compte plusieurs députés, ce qui ferait siéger beaucoup de

monde au conseil de surveillance. Je vous propose donc de retravailler cet amendement d'ici à la séance.

Mme Monique Iborra. On peut souscrire aux propos de M. le rapporteur, mais cela ne doit pas nous empêcher, en attendant, d'adopter l'amendement.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. J'ai entendu vos observations. Je souhaite qu'une solution soit trouvée, car vos « revendications catégorielles » (*Sourires*) sont légitimes.

M. Thibault Bazin. Je maintiens l'amendement et propose de travailler à une nouvelle rédaction d'ici à l'examen du texte en séance publique.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle examine les amendements identiques AS900 de M. Brahim Hammouche et AS1207 de M. Jean-Louis Touraine.

M. Philippe Berta. L'amendement AS900 propose d'associer les associations d'usagers du système de santé à la définition du projet médical et à la préparation du projet d'établissement, conformément aux préconisations issues du rapport « *Changer la vie à l'hôpital* » du Groupe des Vngt-Six.

M. Jean-Louis Touraine. Mon amendement vise à associer de manière plus systématique les associations d'usagers du système de santé à la définition du projet médical et à la préparation du projet d'établissement, missions dévolues au directoire de chaque établissement. Il rejoint la proposition faite dans le rapport Denormandie-Sécher qui concluait à la nécessité d'une plus forte intégration des associations représentant les usagers dans le management du système de santé.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Vos amendements sont déjà satisfaits. La loi prévoit en effet que la commission des usagers participe à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers. Elle est associée à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la conférence médicale d'établissement.

Je vous propose donc de retirer vos amendements. À défaut, j'y serais défavorable.

Les amendements sont retirés.

La commission est saisie de l'amendement AS1181 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Le rapport de 2018 que j'ai cité tout à l'heure signale qu'aucune évaluation n'a été faite en dépit des dysfonctionnements importants s'agissant des groupements hospitaliers de territoire.

Alors que le projet de loi entend renforcer les prérogatives des GHT, nous proposons que le Gouvernement remette un rapport sur l'évaluation de la mise en place des GHT depuis leur création en 2016, au regard de leurs conséquences sur l'offre publique de soins, les conditions de travail des personnels et la qualité des soins.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Tout à l'heure, j'ai évoqué la possibilité que notre commission puisse se saisir de cette question plutôt que de demander un rapport au Gouvernement. Je suis donc défavorable à cet amendement.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Vous proposez donc que notre commission programme une mission d'information sur les GHT.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. La question se pose en effet.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Nous examinerons ce point au sein du bureau de la commission.

M. Pierre Dharréville. Je maintiens mon amendement, ne sachant quelle suite sera donnée à la proposition de M. le rapporteur.

La commission rejette l'amendement.

TITRE III DÉVELOPPER L'AMBITION NUMÉRIQUE EN SANTÉ

CHAPITRE I^{ER} Innover en valorisant les données cliniques

Article 11

Élargissement du champ du système national des données de santé à l'ensemble des données cliniques obtenues dans le cadre de soins remboursés par l'assurance maladie pour favoriser la production et l'utilisation des données de santé et création de la plateforme des données de santé

La commission examine l'amendement AS1252 de Mme Caroline Fiat.

M. Jean-Hugues Ratenon. L'article 11 libéralise considérablement la gestion des données de santé de l'assurance maladie en transformant l'actuel Institut national des données de santé, dédié à la mise à disposition du public des données à des fins de recherche, en plateforme nationale des données de santé qui devient un véritable prestataire, pour le compte de tiers, d'exploitation de ces données, et non plus seulement à des fins de recherches. C'est pourquoi nous demandons la suppression de cet article.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Les évolutions portées par l'article 11 visent la mise en place du fameux *Health Data Hub*, l'un des pivots de la stratégie intelligence artificielle française. Avis défavorable.

Mme Albane Gaillot. C'est un article très important, que nous abordons malheureusement tard dans la soirée.

Transformer notre système santé, c'est aller vers une médecine plus préventive, plus prédictive, plus personnalisée, et se doter d'une plateforme de données de santé plus enrichie, partagée et sécurisée. Le *Health data hub* qu'apporte cet article est une réponse importante.

Enrichie, parce que nous avons voté, il y a quelques mois, le Règlement général européen sur la protection des données (RGPD) dans lequel s'inscrit le *Health Data Hub*.

Partagée, parce que cette plateforme sera partagée avec tous, à la fois les professionnels de santé, les chercheurs et nos start-up.

Enrichie, parce que le champ du système national des données de santé actuellement cantonné aux données médico-administratives sera enrichi aux données cliniques.

L'article 11 constitue donc une belle avancée. C'est pourquoi le groupe La République en Marche ne votera pas cet amendement de suppression.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle étudie l'amendement AS1193 de M. Patrick Hetzel.

M. Jean-Pierre Door. Le partage des données ne sera opérant que si les systèmes d'information sont interopérables et qu'ils s'intègrent dans la pratique quotidienne des professionnels de santé. Sans cette interopérabilité, rien ne fonctionnera.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Ce n'est pas la mission première de l'ARS. Il faut d'abord s'assurer que l'interopérabilité puisse se faire au sein des structures, par exemple dans les GHT avec les différents établissements. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS1195 de M. Patrick Hetzel.

M. Jean-Pierre Door. Toute personne hospitalisée a bien entendu droit au respect de sa vie privée et peut avoir demandé à ce que sa présence dans l'établissement de santé ou les informations relatives à son état de santé ne soient pas divulguées, conformément à la loi de 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Votre amendement semble satisfait. Son exposé des motifs dispose que l'article L. 1435-6 du code de la santé publique prévoit déjà les garanties relatives au droit au respect de la vie privée des personnes. Par ailleurs, l'article L. 1461-6 du même code prévoit que le régime juridique de ces données qui alimente le SNDS est soumis aux mêmes règles que la mise à disposition des données du système national des données de santé, notamment en termes de sécurité et de transparence ainsi que concernant les finalités interdites. Avis défavorable.

M. Jean-Carles Grelier. Je m'interroge sur le télescopage de cette partie du texte sur les données de santé avec le projet de loi sur la bioéthique que nous examinons dans quelque temps puisqu'on abordera en effet pour partie le même sujet. Le Gouvernement peut-il nous éclairer sur la façon dont les choses peuvent s'articuler entre elles ?

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Il s'agit ici de la structuration d'un outil, ce qui ne préjuge en rien la façon dont il sera utilisé pour fabriquer des algorithmes et le caractère éthique de ces algorithmes qui seront utilisés dans le champ de la médecine. Les deux sujets sont complémentaires, mais l'un n'empêche pas l'autre de fonctionner.

La commission rejette l'amendement.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission rejette l'amendement AS28 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Elle est saisie de l'amendement AS1224 de M. Jean-Hugues Ratenon.

M. Jean-Hugues Ratenon. Dans cet article, qui veut unifier l'ensemble des données de santé de l'assurance maladie entre les mains d'un même acteur, on est en droit d'attendre du législateur qu'il prenne des précautions.

Demain, à cause de ce projet de loi, sera-t-il possible à Facebook d'accéder aux données de santé de l'assurance maladie pour mieux cerner le profil de ses utilisateurs et leur proposer des publicités et des services ciblés ? Axa et les autres géants de l'assurance pourront-ils se servir de ces données pour s'assurer une connaissance intime de l'état de santé de la population ?

Nous voulons conserver des filets de sécurité. C'est pourquoi nous demandons la suppression des alinéas 5 et 6 de l'article 11 et en conséquence la suppression des alinéas 8, 18, 19, 21 et 29.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Il existe toujours une base légale pour les recherches et études portant sur le traitement des données de santé.

Il faut, en premier lieu, qu'il y ait un intérêt public. Ce dernier sera apprécié dans le cadre du nouveau comité éthique et scientifique, au sujet duquel

j'ai déposé un amendement visant à s'assurer de la diversité de sa composition et de la prévention des conflits d'intérêts.

Il faut ensuite que cela corresponde à une des finalités du système national des données de santé (SNDS). Le traitement à des fins commerciales n'est pas un gros mot, pour peu que l'objectif soit bien de rechercher l'amélioration de la prise en charge des patients, pour les dispositifs médicaux numérisés par exemple. C'est le cas, par exemple, des essais cliniques pour les médicaments et les dispositifs médicaux. L'appariement des données cliniques aux données médico-administratives permettra d'accroître sensiblement notre connaissance.

Pour ces raisons, j'émet un avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS1189 de M. Patrick Hetzel.

M. Jean-Pierre Door. Il y a quelques années, la création du numéro d'identification de santé, le fameux NIS, avait donné lieu ici même à de nombreux débats. Je pense que l'utilisation des données de santé nécessite non seulement d'être organisée mais aussi sécurisée. C'est toujours mieux de le dire et de l'écrire. Tel est l'objet de cet amendement.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Les ajouts que vous proposez me semblent redondants avec le deuxième alinéa de l'article L. 1460-1 du code de la santé publique, qui précise que les citoyens usagers du système de santé, les professionnels de santé, les établissements de santé et leurs organisations représentatives ont accès aux données dans les conditions définies par la loi du 6 janvier 1978.

J'ajoute que j'ai déposé un amendement visant à préciser que le GIP « Plateforme des données de santé » est chargé d'une mission d'information des droits des patients que je vous inviterai à voter tout à l'heure. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle est saisie de l'amendement AS664 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Les ordonnances de 1945 ont séparé la médecine du soin et la médecine préventive, la première étant financée par la sécurité sociale.

Le présent amendement vise à étendre les données recueillies dans le cadre de la future plateforme des données de santé issue des médecines préventives, c'est-à-dire recueillies par les services de protection maternelle et infantile (PMI), ce qui est intéressant dans la mesure où l'on dispose des données dès la naissance, la médecine scolaire, l'éducation nationale ayant élaboré un logiciel Esculape qui recueille toutes données scolaires – et la médecine du travail.

Tel qu'il est rédigé, l'article 11 prévoit d'intégrer les actes de prévention, de diagnostic, de soins ou de suivi social et médico-social financés au titre de l'assurance maladie, l'assurance maternité et l'assurance accidents du travail. Du fait de l'ordonnance de 1945, tout ce qui concerne la médecine préventive n'est pas financé par ces organismes. Il est donc fondamental de pouvoir récupérer ces données de santé.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Si l'objectif de cet amendement est louable, sa rédaction est un peu trop large, et l'on peut sans doute l'améliorer pour en sécuriser le cadre. Je vous propose donc de le retirer afin que nous y travaillions ensemble d'ici à l'examen du texte en séance.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je suis d'accord pour travailler avec vous à une nouvelle rédaction, mais, le délai de dépôt des amendements étant proche, cela nous laisse peu de temps. Cela dit, je retire mon amendement.

L'amendement est retiré.

La commission étudie l'amendement AS1222 de M. Jean-Hugues Ratenon.

M. Jean-Hugues Ratenon. Nous souhaitons que les données confiées à la nouvelle plateforme des données de santé comprennent désormais toutes les informations relatives aux modalités, à la fréquence et aux montants dépensés pour le démarchage et l'influence des professionnels de santé par les industriels. Ces données seront communiquées par les professionnels de santé et les industriels et incluses dans le système national des données de santé.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. L'article L. 1461-1 du code de la santé publique charge le système national des données de santé de rassembler des données médico-administratives. S'y ajouteront les données cliniques. Si nous devons adopter votre amendement, le SNDS abriterait aussi les données que vous visez et qui ne présentent aucun intérêt pour la recherche. Je crois que vous vous méprenez sur la nature du SNDS qui n'est pas une base unique de données de santé, mais un système décentralisé qui a vocation à faciliter les appariements, à mettre à disposition du public ou des chercheurs, des jeux de données. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS1383 de Mme Albane Gaillot.

Mme Albane Gaillot. Le système national des données de santé est composé des données de l'assurance maladie, des données hospitalières, des causes médicales de décès, des données médico-sociales des personnes handicapées et d'un échantillon de données de remboursement des organismes complémentaires. Ces données ont un caractère médico-administratif.

Afin de démultiplier l'utilisation des données du système national des données de santé, celui-ci est enrichi par le projet de loi des données cliniques collectées lors des actes pris en charge par l'assurance maladie.

Dans le même esprit, y adjoindre les données à caractère personnel issues d'enquêtes, appariées avec les données du système national des données de santé, permettra également d'élargir le champ des connaissances pouvant être tirées de l'analyse des données du système national des données de santé. Ces données concernent des thèmes très divers, tels que la consommation d'alcool, de tabac, la santé mentale, le renoncement aux soins, le contexte social ou l'état de santé ressenti. Leur intégration dans le système national des données de santé permettrait d'avoir une interprétation plus fine des analyses effectuées et une gouvernance unifiée de toutes les données.

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

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS1264 de M. Jean-Hugues Ratenon.

M. Jean-Hugues Ratenon. En France, l'analyse de la cohorte Nutrinet, portant sur 75 000 personnes, a permis de montrer que les consommateurs de nourriture ultra-transformée affichaient un taux plus élevé de cancers, de dépressions et de troubles intestinaux. En 2017, la revue Lancet indiquait, dans un rapport très étayé, qu'en 2015 les maladies causées par la pollution ont entraîné quelque 9 millions de décès prématurés, soit 16 % de tous les décès dans le monde, trois fois plus que les décès causés par le sida, la tuberculose combinés, et quinze fois plus que toutes les guerres et autres formes de violence. Comment dès lors peut-on parler de « Ma santé 2022 » sans évoquer un phénomène aussi majeur ?

Par cet amendement, nous souhaitons que parmi les données traitées par la plateforme des données de santé figurent en bonne place les données liées aux causes environnementales. Bien sûr, l'intelligence artificielle ou l'innovation thérapeutique sont des défis du XXI^e siècle à promouvoir, mais on ne peut ignorer l'enjeu majeur de l'environnement, de la pollution à la malbouffe, en passant par les conditions de travail.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. On voit mal qui pourrait saisir les données relatives aux causes environnementales des maladies chroniques et quel organisme pourrait être chargé de les collecter et surtout comment ces données seraient connues.

Par contre, le SNDS pourra permettre d'engager des recherches sur ce sujet, grâce à l'appariement des données cliniques avec les bases médico-administratives et l'exploitation des entrepôts de données. Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle **rejette** l'amendement AS1277 de M. Adrien Quatennens.*

Puis elle examine l'amendement ASI359 de M. Jean-Hugues Ratenon.

M. Jean-Hugues Ratenon. La France est le deuxième plus grand consommateur d'anxiolytiques d'Europe. On estime à 13,5 % le nombre de Français consommateurs, et la durée médiane du traitement est de sept mois. Or les effets secondaires sont nombreux, remis à jour par la dernière note d'information de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Quel que soit l'âge, l'usage des benzodiazépines expose à un risque d'abus et de dépendance physique et psychique avec un syndrome de sevrage à l'arrêt.

Nous proposons d'exploiter les données de santé relatives à la prescription et la consommation de médicaments psychotropes pour mettre à jour les conséquences sanitaires indirectes de ces usages. Nous irions ainsi dans le sens des préconisations du rapport sur la surveillance et la promotion du bon usage du médicament en France de MM. Bernard Bégaud et Dominique Costagliola, publié en 2013, qui réclamait une exploitation approfondie des données de l'assurance maladie pour étudier les mésusages de la prescription médicamenteuse.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Votre intention est satisfaite par le texte puisqu'il s'agit de données relatives à la prise en charge au titre de l'assurance maladie, donc des données cliniques, et que le système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) alimente déjà le SNDS s'agissant des prescriptions. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle est saisie des amendements identiques AS387 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et ASI086 de Mme Jeanine Dubié.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Il est important de capitaliser sur les expériences déjà portées par les établissements publics de santé en matière de systèmes de données de santé et de les accompagner méthodologiquement et financièrement pour que l'ensemble des acteurs puissent bénéficier de leurs avancées.

Mme Jeanine Dubié. Mon amendement vise à s'appuyer sur les plateformes de données qui ont été développées et maintenues par des établissements de santé publics volontaires, afin de favoriser l'efficacité du système.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission rejette ces amendements.

Puis, suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette l'amendement ASI243 de Mme Caroline Fiat.

Elle en vient à l'amendement AS777 de M. Pierre Dharréville.

M. Alain Bruneel. Nous souhaitons que les médecins et les représentants des usagers qui siègent au sein de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) soient associés à la concertation sur l'analyse et le traitement des données recueillies. Il nous semble que la CNAM possède une vision plus pertinente que des organismes responsables des systèmes de l'information.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. La CNAM ne peut être juge et partie. Elle fait partie des responsables de traitement qui constituent le SNDS. Son rôle sera défini par le décret en Conseil d'État mentionné à l'alinéa 14. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS427 de M. Philippe Berta.

M. Philippe Berta. Le renforcement de notre capacité d'analyse des données en vie réelle est un enjeu majeur pour la qualité des soins et l'efficacité du système de santé. Une multitude d'acteurs intervient aujourd'hui dans la collecte de ces données en vie réelle *via* des bases de données que la future plateforme des données de santé sera chargée de réunir, d'organiser et de mettre à disposition.

Afin de bénéficier d'une meilleure visibilité sur les apports et les insuffisances des différentes thérapeutiques pour les patients, il est tout à fait stratégique que l'une des finalités de la mise à disposition des données par la future plateforme soit d'évaluer l'efficacité en vie réelle des traitements.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cet ajout ne me semble pas nécessaire et paraît satisfait par le 6° de l'article L. 1461-1 du code de la santé publique qui prévoit en effet que l'une des finalités du SNDS est la recherche, les études, l'évaluation et l'innovation dans les domaines de la santé et de la prise en charge médico-sociale.

La formulation me paraît suffisamment générale pour répondre à vos attentes, l'idée étant de laisser aux chercheurs toute latitude pour exploiter les données. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte les amendements rédactionnels identiques AS1545 du rapporteur, AS103 de Mme Emmanuelle Anthoine et AS147 de Mme Valérie Bazin-Malgras.

Elle en vient à l'amendement AS1234 de M. Adrien Quatennens.

M. Jean-Hugues Ratenon. Selon le sociologue Quentin Ravelli, qui a travaillé sur l'industrie pharmaceutique, « même si on indemnise les victimes

d'une crise sanitaire, on ne change pas le mode de production. Tant que la question ne sera pas de savoir comment est contrôlée la production du médicament, l'idée d'une démocratie de la santé ne pourra pas exister ».

Nous pensons qu'une véritable transparence des choix de l'industrie pharmaceutique, étape incontournable vers une véritable démocratie sanitaire, passe par un contrôle renforcé de l'État et des associations de patients. Comme on l'a vu en France ces derniers mois avec les affaires sanitaires liées à la Dépakine ou au Lévothyrox, les patients sont en première ligne des crises sanitaires. Or l'accès aux informations relatives aux produits de santé n'est pas encore garanti aux associations d'usagers. Reconnaître le rôle des associations implique de leur donner un accès privilégié et maîtrisé aux données de santé. C'est l'objet de cet amendement.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. L'accès au SNDS est ouvert de manière permanente si les données sont nécessaires à l'accomplissement des missions des services de l'État, des établissements publics ou des organismes chargés d'une mission de service public compétents. Il est autorisé au cas par cas pour les traitements dans le cadre d'une procédure impliquant la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) et répondant à un motif d'intérêt public.

Votre amendement vise à élargir l'accès permanent à la base aux associations de patients notamment. Il me semble important que l'accès se fasse dans le cadre du droit commun. Si l'on commence à introduire des exceptions, il faudrait plutôt privilégier l'accès totalement ouvert au risque de laisser filer nos données aux « GAFA ». Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle est saisie de l'amendement AS1194 de M. Patrick Hetzel.

M. Jean-Pierre Door. Avant de défendre cet amendement, je signale qu'il comporte une coquille. Il ne s'agit pas en effet de l'Institut des données de santé, mais de la Plateforme des données de santé.

Les unions régionales de professionnels de santé (URPS) ont actuellement un accès direct au SNIIRAM. Nous proposons qu'elles aient aussi un accès privilégié aux données de santé. Elles pourraient également avoir leur place dans la gouvernance de la plateforme des données de santé.

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

Puis elle examine l'amendement AS1196 de M. Patrick Hetzel.

M. Jean-Pierre Door. Cet amendement vise à permettre aux professionnels de santé, en ville comme en établissement, et à leurs représentants, d'avoir accès aux informations qui leur sont nécessaires pour, d'une part connaître leur activité ou

leur pratique, d'autre part établir un dialogue équitable avec les pouvoirs publics, notamment avec l'assurance maladie et les agences régionales de santé.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. L'évolution que vous proposez visant à élargir l'accès permanent à la base pour établir un dialogue équitable avec les pouvoirs publics ne me semble pas correspondre à la finalité du SNDS. Comme je le disais précédemment, il me semble important que l'accès se fasse dans le cadre du droit commun. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS1253 de M. Patrick Hetzel.

M. Jean-Pierre Door. Cet amendement vise à organiser et à sécuriser les données de santé.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Le projet de loi consacre l'irréversibilité de la pseudonymisation. En effet, le IV de l'article 11 tend à abroger les II et III de l'article L. 1461-4, relatifs au tiers de confiance, afin de prendre acte de l'impossibilité de toute réidentification et, selon les termes de l'étude d'impact, de « *rendr[e] irréversible la pseudonymisation des données* ». En outre, dans son avis, la CNIL se déclare favorable à la suppression de la disposition en tant qu'elle « *ne porte pas atteinte au principe de non-réidentification* ». Or, votre amendement va à l'encontre de cet objectif, en proposant que les codes permettant l'identification de la personne soient remis à un tiers. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS1546 du rapporteur.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS222 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS1080 de Mme Jeanine Dubié.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Par l'amendement AS222, nous proposons que la Plateforme des données de santé définisse la norme d'interopérabilité pour l'échange et l'exploitation des données de santé.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. La définition des normes d'interopérabilité n'est pas du ressort du Système national des données de santé, dont la finalité est la mise à disposition de celles-ci, particulièrement aux fins de traitement de recherche. Par ailleurs, l'enjeu n'est pas tant de rendre interopérables les systèmes d'information – tâche ardue – que de standardiser la production des données produites par les différents systèmes d'information et entrepôts de données. Les données extraites doivent donc répondre à un cahier des charges précis. Ce travail sera la mission première de la Plateforme des données de santé pour les trois années à venir, ainsi que nous l'a expliqué le directeur de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) lors de son audition.

L'interopérabilité n'est qu'un objectif second, même s'il est important, et relève des structures de coordination de soins, pour la ville, ou des groupements hospitaliers de territoire (GHT), pour les hôpitaux publics, par exemple. Avis défavorable.

La commission rejette les amendements.

Elle en vient à l'examen, en discussion commune, des amendements AS443 de M. Jean-Carles Grelier et AS1254 de M. Jean-Louis Touraine.

M. Jean-Carles Grelier. J'appelle l'attention de M. le rapporteur et de Mme la ministre sur le fait que le critère retenu pour l'accès aux données de santé est la notion d'« *intérêt public* ». Ce critère a été fixé par l'Institut national des données de santé (INDS). Or, il me semble que, dans un État normalement constitué, seuls le législateur et les juridictions sont habilités à dire le droit. Je suis toujours inquiet lorsqu'une autorité administrative indépendante s'arroge ce pouvoir et interprète elle-même le droit, car ces interprétations peuvent être excessives et ne sont soumises à aucun contrôle. Il y va des libertés publiques.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Dans ce cadre, c'est plutôt le comité éthique et scientifique qui décidera.

M. Jean-Louis Touraine. Par l'amendement AS1254, nous proposons que le standard d'interopérabilité pour l'échange et l'exploitation des données de santé soit défini par décret après avis de la CNIL. Il s'agit d'en finir avec le cloisonnement de données captives dans les logiciels des professionnels de santé ou dans les systèmes d'information des établissements, tous différents, et de mettre en cohérence ces différents gisements.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Pour les raisons évoquées à propos des amendements précédents, avis défavorable.

La commission rejette successivement les amendements.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS1425 de M. Éric Bothorel.

M. Éric Bothorel. Cet amendement vise à tirer les conséquences de l'avis rendu par la CNIL sur le projet de loi, qui estime indispensable de préciser, dans le décret en Conseil d'État, l'architecture technique de la plateforme technologique des données de santé. Par ailleurs, compte tenu des risques inhérents à la concentration éventuelle de données sensibles sur la plateforme, il est nécessaire que le décret définisse les mesures de sécurité appropriées qui seront prises.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Votre amendement me semble satisfait, mais peut-être pourrions-nous demander son avis à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. L'article 11 lui-même définit l'architecture du CNDS. L'amendement me paraît donc satisfait. Je suggère à M. Bothorel de le retirer.

L'amendement est retiré.

La commission examine l'amendement AS791 de M. Cédric Villani.

M. Cédric Villani. Avec votre permission, madame la présidente, je défendrai en même temps les amendements AS791 et AS1552, qui forment un tout et constituent la principale conclusion, au plan législatif, des auditions publiques organisées il y a deux semaines par l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques (OPECST) sur le thème de l'intelligence artificielle (IA) et des données de santé pour éclairer les discussions sur la Plateforme des données de santé.

Nous avons en effet réuni, dans le cadre de deux tables rondes, des experts parmi les plus réputés du sujet en France, des acteurs économiques, des spécialistes du droit et des représentants d'associations attentives à l'éthique de l'intelligence artificielle. Or, deux idées sont revenues, tel un fil rouge, tout au long des quatre à cinq heures de discussion : premièrement, le besoin impératif de souplesse et de réactivité ; deuxièmement, la nécessaire synergie entre les différents opérateurs. Le *think tank* Ethik-IA, par exemple, a insisté, en accord avec les conclusions du Comité consultatif national d'éthique (CCNE), sur le fait qu'il ne faut pas se tromper de combat : si l'on instaure trop de protections, on ralentit et on limite la capacité des projets à se faire et, sur un sujet aussi expérimental que celui de l'IA et dans un domaine aussi essentiel que celui de la santé, on en vient à desservir le patient, car les expériences ne pourront pas se mener dans de bonnes conditions.

Tous ont insisté sur le fait que non seulement les structures actuelles sont trop isolées mais que leur gouvernance est lourde. Le cas de l'INDS a été évoqué. Groupement d'intérêt public comptant déjà une vingtaine d'acteurs, sa mise en place a nécessité dix-huit mois, et les évolutions actuelles conjuguent, pour parler franchement, lenteur et lourdeur.

C'est pourquoi je propose, après consultation, que la Plateforme des données de santé prenne la forme d'une société par actions simplifiées (SAS). Celle-ci serait majoritairement, au moins aux deux tiers, détenue par l'État et gérée par un conseil d'administration majoritairement ou exclusivement public, car il est très important que l'État garde la responsabilité pérenne de la plateforme et de la doctrine d'utilisation, et joue pleinement son rôle de tiers de confiance.

Le statut de SAS permettrait une souplesse de traitement, serait adapté à des projets développant également une activité commerciale et permettrait d'offrir des conditions attractives à des ingénieurs, développeurs ou experts en données de talent, très activement recherchés par les acteurs privés. Ce statut faciliterait ainsi les éventuels partenariats. Ces dispositions, cohérentes avec les usages en cours dans les incubateurs français les plus célèbres – certaines sociétés d'accélération du transfert de technologies (SATT) et la majorité des instituts pour la transition énergétique (ITE) et des instituts de recherche technologique (IRT) disposent d'une SAS – donneront à notre pays une image et une gouvernance de santé modernes, sûres et attractives,...

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Monsieur Villani, je vous demande de bien vouloir conclure.

M. Cédric Villani. ...à la hauteur de nos pépites dans le domaine de la santé, telles que Cardiologs ou Therapixel, et de nature à permettre le développement de nouvelles pépites.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. J'ai bien noté que vous aviez également soutenu l'amendement AS1552, que nous considérerons donc comme défendu lorsqu'il viendra en discussion.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cette proposition est intéressante et de nature à dynamiser la Plateforme des données de santé. Les conditions de création d'une SAS sont en effet plus souples que celles d'un groupement d'intérêt public (GIP), dont la constitution est rendue compliquée par la nécessité de conclure une convention qui doit être approuvée par arrêté ministériel. Toutefois, le régime juridique de la responsabilité plaide en faveur du GIP. En effet, dans un tel cadre, la personne publique n'est responsable qu'à proportion de ses droits statutaires. S'agissant de la responsabilité des dirigeants, le statut juridique de la SAS est moins protecteur que dans un GIP, puisque l'article L. 227-8 du code de commerce renvoie aux règles de responsabilité des membres du conseil d'administration et du directoire des sociétés anonymes.

Je vous propose donc de retirer l'amendement afin que nous approfondissions nos investigations d'ici à la séance publique ; à défaut, j'y serais défavorable.

M. Cédric Villani. Je comprends que ceux d'entre nous qui n'ont pas assisté aux auditions de l'OPECST souhaitent approfondir la discussion. Mais j'estime que, sur ce sujet, le processus de l'Office est arrivé à maturité ; je maintiens donc l'amendement.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Je veux d'abord rendre hommage au travail de Cédric Villani, notamment à son rapport sur l'intelligence artificielle, qui a permis d'identifier la question des données de santé comme une priorité et une force pour notre pays, et qui a abouti à la création du *Health Data Hub*.

Je comprends la nécessité d'avoir une structure qui favorise l'agilité et la réactivité. Je suis, du reste, aussi attachée que vous, monsieur Villani, à la réussite de ce projet dans de brefs délais. Toutefois, il me paraît très important que la structure qui gère les données de santé soit publique. En outre, il me semble que, dans le domaine de la santé, le groupement d'intérêt public est une structure juridique éprouvée. Compte tenu de l'extrême sensibilité du sujet pour nos concitoyens, elle apporte probablement davantage de garanties et de sécurité qu'une forme juridique telle que celle de la société par actions simplifiées. C'est la raison pour laquelle je vous suggère de retirer cet amendement.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je remercie Cédric Villani pour son amendement. Le sujet est très sensible. On sait que l'intelligence artificielle est la médecine de demain. J'ai assisté à l'audition organisée par l'OPECST et j'ai été frappé d'apprendre que la *Food and Drug Administration* (FDA) américaine avait validé un algorithme applicable à l'examen de la rétine qui peut être utilisé par les médecins français – cela soulève, du reste, un problème de financement, puisque les patients français peuvent bénéficier de cet outil à condition qu'ils paient. Le marché est donc ouvert. Dès lors, comme le dit Cédric Villani, soit nous engageons la bataille de l'intelligence artificielle maintenant et nous pouvons la gagner, soit nous prenons du retard et ce sont les Américains et les Chinois qui l'emporteront. C'est une question qu'il faut trancher assez rapidement. C'est pourquoi je suis sensible à l'argumentation de M. Villani.

Mme Albane Gaillot. La sécurité des données est un enjeu important pour nos concitoyens. Monsieur Villani, nous comprenons le pragmatisme de votre amendement ; il est vrai que nous avons besoin d'agilité. Néanmoins, le fait que le GIP soit une structure publique apporte à nos concitoyens davantage de garanties que la SAS proposée dans votre amendement. C'est pourquoi le groupe La République en Marche votera contre celui-ci.

M. Pierre Dharréville. Nous n'utilisons pas suffisamment les données de santé dont nous disposons, et c'est préjudiciable, notamment en matière de santé au travail. Cependant, il s'agit de données personnelles dont la gestion revêt un caractère stratégique, si bien que des intérêts marchands souhaitent s'en saisir. C'est pourquoi il faut à tout prix qu'elles soient confiées à une structure publique, dont je propose, par l'amendement AS779, qu'elle soit exclusivement composée d'autorités publiques.

La commission rejette l'amendement.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette également l'amendement AS779 de M. Pierre Dharréville.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS832 de M. Aurélien Taché.

M. Aurélien Taché. Cet amendement vise à associer les universités au groupement d'intérêt public dénommé « *Plateforme des données de santé* ».

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Le texte précise que le GIP est constitué par des utilisateurs publics et privés de données de santé. Les termes sont donc suffisamment généraux pour que votre préoccupation puisse être prise en compte. Du reste, la précision que vous proposez me semble plutôt relever de la convention constitutive du futur GIP. Attention, toutefois, à ne pas multiplier les acteurs : il faut éviter une trop grande lourdeur. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS224 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS589 de M. Thibault Bazin, AS737 de M. Philippe Vigier et AS974 de M. Joël Aviragnet.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Les producteurs de données de santé doivent, en tant que contributeurs majeurs à l'agrégation de ces données, faire partie de la gouvernance de la Plateforme des données de santé.

Mme Jeanine Dubié. L'amendement AS737 vise à intégrer les producteurs de données de santé dans la gouvernance de la Plateforme, de manière à enrichir le système national des données de santé de l'ensemble des données collectées lors des actes pris en charge par l'assurance maladie.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Défavorable, pour les mêmes raisons que celles exposées à propos de l'amendement AS832.

La commission rejette les amendements.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS1274 de M. Jean-Hugues Ratenon.

M. Jean-Hugues Ratenon. Nous souhaitons, par cet amendement, compléter les missions de la Plateforme des données de santé, en y ajoutant l'exploitation des données à des fins de pharmacovigilance.

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

Puis elle examine l'amendement AS1610 du rapporteur.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cet amendement vise à compléter les missions de la Plateforme des données de santé, en y ajoutant l'information des patients ainsi que la promotion et la facilitation de leurs droits.

Mme Michèle de Vaucouleurs. J'ai moi-même déposé un amendement analogue, mais à l'alinéa 49.

La commission adopte l'amendement.

Elle adopte également les amendements rédactionnels identiques AS1547 du rapporteur, AS105 de Mme Emmanuelle Anthoine et AS149 de Mme Valérie Bazin-Malgras, puis les amendements rédactionnels identiques AS1544 du rapporteur, AS107 de Mme Emmanuelle Anthoine et AS150 de Mme Valérie Bazin-Malgras.

Elle en vient à l'amendement AS1188 de M. Patrick Hetzel.

M. Jean-Pierre Door. J'ai été frappé de lire, à l'alinéa 48, l'expression : « un faible risque d'impact sur la vie privée ». Comment caractériser un tel

risque ? Cette notion est trop imprécise et pourrait conduire à des abus. Nous proposons donc de supprimer cet alinéa.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. La notion de « *faible impact sur la vie privée* » figure à l'article 66 de la loi « Informatique et libertés ». À titre d'exemple de « *risque sur la vie privée* », la CNIL évoque une atteinte à la confidentialité, à la disponibilité ou à l'intégrité des données et son impact potentiel sur les droits et libertés des personnes. L'impact est apprécié en fonction de sa gravité et de sa vraisemblance. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS1270 de Mme Caroline Fiat.

M. Jean-Hugues Ratenon. Aux États-Unis, 176 millions de dossiers de santé ont été piratés entre 2010 et 2017. Ainsi, en janvier 2015, une compagnie d'assurance santé américaine se faisait pirater plusieurs dizaines de millions de dossiers de clients comprenant leurs nom, date de naissance, numéro de sécurité sociale, informations médicales, revenus, etc. Ces données font l'objet de cyberattaques redoutables qui menacent la protection d'informations particulièrement sensibles. Il suffit en effet d'une fuite pour que les conséquences soient quasi irréversibles.

L'article 11 dispose que le groupement d'intérêt public dénommé « Plateforme des données de santé » sera chargé de contribuer à l'élaboration de référentiels et de méthodologies de référence. Cet amendement a pour objet de garantir que les données de santé des Français bénéficieront d'un véritable système de cyber-sécurité.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. L'avis de la CNIL pourrait vous éclairer sur le sujet de la cyber-protection. Elle estime que le GIP serait susceptible, selon les cas de figure, d'être qualifié de responsable de traitement – par exemple, pour les traitements constitués avant exportation des données aux demandeurs – ou de coresponsable de traitements, par exemple pour les traitements destinés à être exploités par les demandeurs dans le cadre de la plateforme technique que le GIP aura vocation à offrir. La Plateforme des données de santé pourrait également être considérée comme sous-traitant au sens de l'article 4 du Règlement général sur la protection des données (RGPD) lorsqu'elle réalise des opérations pour le compte d'un demandeur. Dans tous ces cas, elle est chargée de veiller à la protection des données dont elle dispose. Votre amendement est donc satisfait. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS962 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Les professionnels de santé, dont le nom, le prénom, le sexe, par exemple, figurent parfois dans les bases de données de santé, doivent

pouvoir être protégés contre l'utilisation de ces informations, qui ne concernent pas les patients.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Les jeux de données sont anonymisés. Votre préoccupation est donc prise en compte. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS644 de M. Philippe Berta.

M. Philippe Berta. Il n'existe pas, actuellement, de normes nationales pour mettre en cohérence les différentes bases de données de santé qui cohabitent sur notre territoire. Cette carence pénalise la fluidité de l'échange et de l'exploitation des données entre les différents acteurs. Plusieurs travaux interdisciplinaires ont été réalisés pour remédier à cette difficulté, sans que des standards uniformes soient parvenus à s'imposer. C'est pourquoi il est proposé que la Plateforme des données de santé définisse les normes de standardisation pour l'échange et l'exploitation de ces données, en tenant compte des standards européens et internationaux, afin de favoriser les échanges au-delà de nos frontières.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Votre objectif est louable, mais votre amendement mériterait de faire l'objet d'une expertise plus approfondie. Je vous propose donc d'y retravailler d'ici à la séance publique.

L'amendement est retiré.

La commission examine l'amendement AS648 de Mme Michèle de Vaucouleurs.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Cet amendement étant satisfait par l'adoption de l'amendement AS610 du rapporteur, je le retire.

L'amendement est retiré.

La commission est saisie de l'amendement AS1335 de Mme Fadila Khattabi.

Mme Fadila Khattabi. Par cet amendement, nous proposons, dans un souci d'efficacité, que le groupement d'intérêt public responsable de la Plateforme définisse les normes d'interopérabilité pour l'échange et l'exploitation des données de santé.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. La question a déjà été abordée. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS1426 de M. Éric Bothorel.

M. Éric Bothorel. Cet amendement vise à tirer les conséquences de l'avis rendu par la CNIL sur le projet de loi, qui estime nécessaire, eu égard au changement de nature du SNDS, que la Plateforme des données de santé n'assume pas uniquement des missions techniques mais aussi une mission d'information des patients et de promotion et de facilitation de leurs droits en matière de protection des données personnelles ; je pense en particulier aux droits d'opposition ou, le cas échéant, au droit à la portabilité.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Votre amendement est satisfait par l'adoption de mon amendement AS1610. Je vous suggère donc de le retirer ; à défaut, avis défavorable.

L'amendement est retiré.

La commission est saisie des amendements identiques AS223 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS590 de M. Thibault Bazin et AS738 de M. Philippe Vigier.

M. Thibault Bazin. Nous proposons que les données de santé traitées par la Plateforme des données de santé soient accessibles aux fédérations hospitalières de tout statut.

Mme Jeanine Dubié. Il s'agit de permettre aux fédérations hospitalières d'avoir accès aux données traitées par la Plateforme des données de santé.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. À ce jour, la loi réserve l'accès libre aux données pour l'accomplissement des missions des services de l'État, des établissements publics ou des organismes chargés d'une mission de service public compétents. Un décret en fixe la liste. La modification est donc d'ordre réglementaire. Avis défavorable.

La commission rejette les amendements.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette l'amendement AS1552 de M. Cédric Villani.

Puis elle examine l'amendement AS1191 de M. Patrick Hetzel.

M. Jean-Pierre Door. Il s'agit de préciser que les praticiens-conseils de la Sécurité sociale sont garants de la confidentialité des données médicales détenues par les organismes d'assurance maladie. Il faut en effet éviter toute fuite, en s'assurant que ces données ne puissent pas être accessibles et consultés par les agents.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. La garantie ne doit pas être apportée par les individus membres d'un organisme mais par le responsable de traitement, le coresponsable ou le sous-traitant, qui doivent procéder à une analyse des risques et être en mesure de démontrer que leur procédure présente un faible risque pour la vie privée. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS1192 de M. Patrick Hetzel.

M. Jean-Pierre Door. Il s'agit de permettre aux assurés sociaux d'avoir accès aux données de santé par l'intermédiaire du système Web médecin, ainsi qu'à l'historique qui permet d'identifier les personnes ayant consulté leur relevé. Une telle disposition figurait dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2007, mais elle a été jugée inconstitutionnelle au motif qu'elle était sans rapport avec l'objet du texte. Il nous paraît logique de l'inscrire dans ce projet de loi.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cette précision ne relève pas de l'article 11, relatif à l'accès aux traitements des données de santé, mais plutôt de l'article 12, que nous examinerons probablement demain et qui a trait à l'espace numérique personnel. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS1474 du Gouvernement.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Cet amendement vise à exonérer l'État de l'application des dispositions de la section 3 du chapitre III du titre II de la loi 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, dite loi Informatique et libertés. Cette exonération est conforme à l'esprit du Règlement général sur la protection des données (RGPD), qui entend responsabiliser les responsables du traitement. Elle ne dispensera pas l'État de formaliser les analyses d'impact relatives à la protection de la vie privée et de consulter la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) en cas de risque résiduel élevé pour les droits et libertés des personnes physiques, de renseigner le registre des activités de traitement ou de respecter le droit des personnes concernées par les traitements mis en œuvre.

Mais cette exonération permettra à l'État de gagner du temps dans la mise en œuvre des traitements contenant des données de santé, dans la mesure où l'autorisation de la CNIL ne sera plus nécessaire. Elle va également alléger la charge de travail de la CNIL et lui permettre de se concentrer sur les demandes des utilisateurs restant à sa charge.

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

Puis elle adopte successivement les amendements rédactionnels AS1543, AS1540 et AS1541 du rapporteur.

Elle examine ensuite l'amendement AS1611 du rapporteur.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cet amendement précise le cadre juridique du comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé, chargé de se prononcer sur l'intérêt

public d'une demande d'accès aux données de la plateforme des données de santé. Reprenant les dispositions applicables aux comités de protection des personnes, il précise que la composition de ce comité doit permettre de préserver son indépendance et la diversité des compétences, et prévoit que ses membres et les experts concourant à ses travaux sont soumis au secret professionnel.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS1542 du rapporteur.

Elle en vient à l'amendement AS509 de Mme Michèle de Vaucouleurs.

Mme Michèle de Vaucouleurs. La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a procédé à la création du système national des données de santé (SNDS). Cette ouverture publique de certaines données de santé vise à améliorer nos politiques publiques en matière de santé et de protection sociale, à mieux connaître la réalité de l'offre de soins et des prises en charge, à disposer de données sur les dépenses de santé et d'assurance maladie, ou encore à contribuer à la veille sanitaire et à la recherche.

Nous devons poursuivre nos efforts en la matière. Le virage numérique engagé dans le domaine de la santé améliore l'efficacité du système, par la meilleure connaissance et la plus grande coopération des acteurs de santé.

C'est aussi l'ambition de ce projet de loi. Cependant, il serait pertinent de procéder à une évaluation de l'accès aux données de santé. C'est l'objet de l'amendement, qui vise à demander au Gouvernement de remettre un rapport au Parlement, s'attachant à déterminer dans quelle mesure les données accessibles sur le système national des données de santé ont été exploitées et à quelles fins, et à analyser les éventuelles failles de la confidentialité des données qui auraient pu apparaître.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Votre amendement est déjà satisfait. Le présent article prévoit la publication annuelle et la remise au Parlement d'un rapport par le groupement d'intérêt public « Plateforme des données de santé ».

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'article 11 ainsi modifié.

Après l'article 11

La commission examine l'amendement AS980 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Notre amendement vise à interdire la commercialisation des données de santé, qui doivent être uniquement utilisées à des fins de recherche, d'étude ou d'évaluation ayant un intérêt public.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Il est satisfait par le dernier alinéa de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique.

La commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS1477 du Gouvernement.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Cet amendement permettra à l'assurance maladie d'utiliser le Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) – base de données de l'assurance maladie qui intègre le SNDS – pour l'ensemble de ses missions.

Les modalités qui encadrent actuellement l'utilisation du SNIIRAM n'ont pas été revues depuis sa création en 1999 et ne sont plus totalement adaptées à son utilisation par l'assurance maladie. Ainsi, les actions de pertinence ou le paiement de certaines prestations – comme la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) – ne rentrent pas strictement dans le cadre juridique prévu en 1999.

L'amendement vise à sécuriser l'utilisation du SNIIRAM par l'assurance maladie pour qu'elle soit pleinement conforme à ses besoins et missions. Cette utilisation restera encadrée par le RGPD et continuera à garantir un haut niveau de sécurité.

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

Elle examine ensuite l'amendement AS60 de Mme Marine Brenier.

M. Gilles Lurton. Cet amendement vise à ce que les caisses primaires d'assurance maladie s'engagent à plus de communication et de visibilité envers les infirmières et infirmiers libéraux, dans le cadre du déploiement de certains programmes de retour à domicile (PRADO).

Les infirmières et infirmiers libéraux s'inquiètent de la mise en place du PRADO pour les plaies chroniques. Ils regrettent un manque d'information de la part des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). En outre, certains ne connaissent pas l'existence de ces protocoles. Il est donc primordial de déployer une meilleure communication sur ce dispositif auprès des professionnels de santé.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je comprends l'objectif, louable, mais ces dispositions n'ont pas un caractère législatif. Je suis donc défavorable à cet amendement.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle est saisie de l'amendement AS1242 de M. Adrien Quatennens.

M. Jean-Hugues Ratenon. Nous proposons que, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remette au Parlement un rapport sur l'élargissement des missions du Centre d'épidémiologie

sur les causes médicales de décès (CépiDc) à l'ensemble des risques sanitaires, qui devra notamment évaluer le coût et l'impact de la construction d'un véritable pôle public de la recherche épidémiologique sur la détection des problèmes et risques sanitaires sur l'ensemble du territoire national.

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

6. Réunion du jeudi 14 mars 2019 à 9 heures 30 (article 12 à après l'article 17)

http://videos.assemblee-nationale.fr/video.7385607_5c8a0e51ed1ae.commission-des-affaires-sociales--organisation-et-transformation-du-systeme-de-sante-suite-14-mars-2019

CHAPITRE II

Doter chaque usager d'un espace numérique de santé

Article 12

Doter chaque usager d'un espace numérique de santé

La commission examine l'amendement AS781 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. La formulation « *lui permettant de gérer ses données de santé et de participer à la construction de son parcours de santé en lien avec les professionnels, les établissements et les autres acteurs de santé* » renvoie à une logique libérale d'individualisation du parcours de santé en rendant responsable l'utilisateur de son parcours de santé. Or un nombre trop important de Françaises et de Français renoncent aux soins pour des raisons financières. Avec le financement au parcours de soins, cette individualisation va accentuer ce renoncement. C'est la raison pour laquelle nous supprimons cette partie de l'article 12.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je ne pense pas que l'utilisateur soit rendu responsable mais bien acteur de son parcours de santé, ce qui est bien l'objet poursuivi. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS1634 du rapporteur.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Bon nombre d'amendements portent sur le contenu de l'espace numérique de santé (ENS). Je me permets une précision, même si c'est peut-être évident : cet espace numérique de santé n'a pas vocation à développer par lui-même du contenu mais bien à agréger des applications déjà existantes, pour peu qu'elles respectent un certain niveau de sécurité.

Toutefois, j'ai compris la nécessité d'élargir cet espace. Je proposerai donc plusieurs amendements, dont celui-ci, visant à englober, entre autres, dans le champ de l'article 7, le médico-social, le droit des usagers et la défense de leurs droits par les associations, l'information sur l'offre de soins, c'est-à-dire les tarifs pratiqués par les professionnels, et le répertoire des professionnels. Cela devrait permettre de satisfaire bon nombre des amendements qui ont été déposés.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, les amendements AS608, AS782, AS783 et AS833 tombent.

M. Gilles Lurton. L'amendement du rapporteur ne fait pas explicitement mention des associations d'usagers ; je le trouve moins bien rédigé que le nôtre, et les amendements identiques qu'il fait tomber se justifiaient totalement. J'attache en effet beaucoup d'importance à la représentation des usagers dans les établissements de santé.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. L'amendement AS1637 que nous allons examiner un peu plus loin concerne précisément les associations, les usagers et leurs droits.

M. Philippe Vigier. J'entends ce que dit le rapporteur, mais je pense comme Gilles Lurton qu'il est essentiel de dire aux usagers, avec les mots qui conviennent, qu'ils sont reconnus comme partie prenante, aux côtés des acteurs médico-sociaux.

La commission en vient à l'amendement AS689 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Le présent amendement vise à rendre automatique, sauf opposition du titulaire ou de son représentant légal, la création de l'espace numérique de santé, dès la naissance ou l'installation en France.

En effet, il apparaît nécessaire d'automatiser la création d'un espace numérique de santé dès le plus jeune âge, afin que chaque citoyen ait accès à l'ensemble de ses données de santé et aux services proposés dans l'espace numérique, tout au long de sa vie.

Seule une création automatique dès la naissance, ou à l'installation en France, serait à même d'atteindre l'objectif fixé par le projet de loi : promouvoir le rôle de chaque personne, tout au long de sa vie, dans la protection et l'amélioration de sa santé.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Le sujet est sensible et complexe. Mais je suis d'accord avec vous pour retenir l'idée d'une ouverture automatique ; je vous propose que nous retravaillions votre amendement en vue de la séance.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je veux bien retravailler cet amendement, mais que faut-il mentionner de plus que la possibilité d'ouvrir le dossier dès

l'attribution du numéro d'inscription au répertoire national d'identification et celle, pour le titulaire du dossier ou son représentant légal, de s'opposer à la création de ce dossier ?

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Nous sommes sensibles à cette proposition de pouvoir ouvrir ce dossier dès la naissance, avec, naturellement, un droit d'opposition du détenteur de l'autorité parentale. Nous proposons également qu'à sa majorité le titulaire du dossier puisse confirmer ou infirmer sa volonté de maintenir la création de ce dossier. Dans cette perspective, il serait préférable de retravailler la rédaction d'ici à la séance pour résoudre l'ensemble de ces questions.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Se posera également la question de l'âge légal sanitaire ; mais je vous remercie de votre proposition et je retire mon amendement.

L'amendement AS689 est retiré.

La commission est saisie de l'amendement AS963 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Cet amendement vise à compléter l'article proposant l'ouverture d'un espace numérique de santé, afin de le rendre plus solide juridiquement, en le complétant par la notion de consentement. Il s'agit d'éviter les créations abusives ou frauduleuses d'espaces numériques de santé.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. L'espace numérique de santé sera ouvert à l'initiative de l'utilisateur. Contrairement au DMP, il n'a pas vocation à être ouvert par un professionnel de santé. Par ailleurs, l'espace numérique de santé ne réalisera pas de traitement de données. Les règles du traitement de données et les opérateurs de ce traitement seront ceux des différents modules concernés.

Je comprends l'objectif de votre formulation, mais elle ne correspond pas à l'intention de cet article. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle est saisie de l'amendement AS1385 de Mme Albane Gaillot.

Mme Albane Gaillot. Dans la délibération sur le présent projet de loi, en date du 31 janvier 2019, la CNIL suggère, pour éviter toute confusion « *de faire également mention du consentement de l'utilisateur à la création de l'ENS dans le projet de loi* ».

L'article L. 1111-13-1 précise que l'espace numérique de santé est ouvert à l'initiative de la personne ou de son représentant légal. Par construction, l'ouverture par la personne, seule modalité d'ouverture prévue, emporte son consentement.

Le présent amendement vise néanmoins à s'assurer que l'ouverture est réalisée de façon éclairée, et donc qu'elle soit accompagnée des informations

nécessaires à la bonne connaissance et prise en compte des enjeux afférents au fonctionnement de l'espace numérique de santé et au traitement des données de l'utilisateur.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je suis favorable à cette rédaction plus précise et sécurisante.

La commission adopte l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS1423 de M. Éric Bothorel.

M. Éric Bothorel. Conformément à l'avis rendu par la CNIL sur le projet de loi, cet amendement vise à faire apparaître dans la loi que la base légale retenue pour l'ouverture de l'ENS est le consentement au sens du Règlement général sur la protection des données (RGPD).

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Aucun traitement supplémentaire ne sera effectué par l'espace numérique de santé. L'espace numérique de santé n'est qu'un espace qui réunit différentes applications, ce n'est pas un gestionnaire de données : c'est l'utilisateur qui sera, juridiquement, considéré comme le responsable de ce traitement.

Par exemple, le consentement sera toujours demandé à l'ouverture d'un DMP, d'une application privée – si elle respecte les référentiels d'éthiques – ou de l'espace Améli. Les règles relatives au consentement prévues par le RGPD n'ont donc pas vocation à s'appliquer à l'ensemble du RGPD, mais bien à chacun des modules qu'il réunit. Avis défavorable.

L'amendement AS1423 est retiré.

La commission en vient à l'examen des amendements identiques AS389 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS894 de M. Jean-Pierre Door et AS1114 de Mme Jeanine Dubié.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Le consentement du mineur doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Nous proposons par l'amendement AS389 qu'à partir de l'âge de quinze ans – considéré comme l'âge adulte pour les médicaments –, le mineur puisse, avec l'accord des titulaires de l'autorité parentale, accéder à son espace numérique de santé.

À l'inverse, s'il effectue des examens sans le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale, nous prévoyons que les données recueillies dans ce cadre ne seront pas accessibles aux titulaires de l'autorité parentale.

M. Jean-Pierre Door. Il paraît souhaitable d'ouvrir aux mineurs la possibilité d'accéder directement à leur espace numérique, avec l'accord de l'autorité parentale. Il peut cependant se trouver des cas dans lesquels il n'existe pas d'autorité parentale ou dans lesquels le mineur souhaite agir en dehors de ce

consentement. Il faut éviter, dans ce dernier cas, que les données de santé du mineur recueillies dans ce cadre ne soient accessibles aux titulaires de l'autorité parentale. Tel est le but de mon amendement AS894.

M. Philippe Vigier. L'amendement AS1114 a le même objet. Donner aux mineurs l'accès à leur espace numérique est une manière de leur faire confiance et de les responsabiliser. Ce qui pose évidemment la question de l'âge légal.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Vous vous interrogez sur les modalités d'accès des mineurs aux différents modules de l'espace numérique de santé. C'est sincèrement un sujet très compliqué, car il faut l'articuler à la fois avec les dispositions prévues par le RGPD et avec les dispositions déjà existantes au niveau national.

Je crois savoir que le ministère de la justice cherche une réponse à cette question que vous avez soulevée. Je vous propose d'y revenir en séance : c'est un sujet délicat et il nous appartient d'être prudents et précis.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Le sujet est d'importance mais nous ne sommes pas encore mûrs techniquement et juridiquement. Je vous propose donc de reprendre en séance la discussion sur ces amendements.

La commission rejette les amendements.

Puis elle en vient à l'amendement AS256 de M. Jean-Louis Touraine.

M. Jean-Louis Touraine. La personne mineure dispose du droit de s'opposer expressément à la consultation par le ou les titulaires de l'autorité parentale des décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'imposent pour sauvegarder sa santé, afin de garder le secret sur son état de santé.

Ce droit d'opposition à la consultation concerne également les décisions de l'infirmier à prendre, lorsque l'action s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive d'une personne mineure.

En conséquence, l'ouverture de l'espace numérique en santé des personnes mineures qui ont exercé leur droit d'opposition à la consultation par les titulaires de l'autorité parentale doit relever de l'initiative des personnes mineures elles-mêmes et non de leurs représentants légaux. C'est le sens du présent amendement.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je demande le retrait, pour les mêmes raisons que précédemment.

M. Jean-Louis Touraine. Pourriez-vous être un peu plus précis, monsieur le rapporteur ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Comme pour les trois amendements précédents, le sujet est particulièrement complexe ; nous nous

proposons de retravailler ensemble afin d'aboutir pour la séance à une rédaction juridiquement solide.

L'amendement AS1256 est retiré.

La commission est saisie de l'amendement AS511 de Mme Michèle de Vaucouleurs.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Mon amendement va un peu plus loin que les amendements précédents et propose qu'un adolescent titulaire d'un espace numérique de santé, qui souhaite en restreindre l'accès à lui seul pour des raisons de confidentialité, soit seul gestionnaire de son espace, à partir de l'âge de quinze ans.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Une fois de plus, je demande le retrait.

L'amendement AS511 est retiré.

La commission examine l'amendement AS1103 de Mme Audrey Dufeu Schubert.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Cet amendement vise à permettre aux titulaires d'un espace numérique de santé, de bénéficier au moment de sa création d'une sensibilisation à l'éducation pour la santé, la prévention et la promotion de la santé. L'espace numérique de santé, par son caractère universel et personnalisable, nous paraît en effet un excellent vecteur. Si l'éducation à la santé est présente à l'école, elle doit se poursuivre tout au long de la vie. Les actions de préventions méritent une piqure de rappel...

M. Thomas Mesnier. L'objectif poursuivi par cet amendement est intéressant, mais il laisse en suspens beaucoup de questions : qui réaliserait cette formation ? Dans quelles conditions ? Devrait-elle être obligatoire comme vous le proposez ? Avis défavorable.

L'amendement AS1103 est retiré.

La commission en vient à l'examen de l'amendement AS947 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Il s'agit de rendre l'espace numérique de santé accessible à tous les usagers du système de santé n'ayant pas d'identifiant national de santé (INS), et notamment aux bénéficiaires de l'aide médicale d'État.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je parle sous le contrôle de la ministre, mais les personnes ne disposant pas d'un identifiant national de santé pourront, comme les autres, ouvrir un espace numérique de santé, le *login* utilisé n'étant pas l'identifiant national de santé. Les problèmes techniques liés à l'absence d'identifiant numérique de santé concernent plutôt la bonne

identification des documents de santé de ces personnes, mais je crois qu'ils sont en train d'être traités par les services compétents. Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. En effet, nous travaillons à ce que le *login* de ce dossier ne soit pas l'INS.

M. Joël Aviragnet. Si vous m'assurez que tous les usagers auront accès à l'espace numérique de santé, je vous fais confiance.

L'amendement AS947 est retiré.

La commission en vient à l'examen de l'amendement AS1564 du rapporteur.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Dans l'état actuel du texte, le représentant légal peut ouvrir et fermer l'ENS, mais il ne peut pas y accéder. Le présent amendement vise à lui permettre d'accéder à l'ENS, dans les mêmes conditions que le titulaire de celui-ci.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle examine, en discussion commune, les amendements AS1635 du rapporteur et AS484 de Christophe

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je vais retirer mon amendement AS1635 qui concernait le dossier pharmaceutique (DP) et le carnet de vaccination, car il apparaît que ceux-ci ont vocation à être intégrés dans le dossier médical partagé (DMP). Du coup, ma proposition perd de son intérêt et pourrait compliquer la procédure.

M. Paul Christophe. L'espace numérique de santé doit permettre au patient de disposer des informations de santé le concernant les plus larges possible. L'amendement AS484 vise donc à compléter cet espace numérique en y incluant le carnet de vaccination électronique.

Si les Français sont plutôt favorables à la vaccination, ils restent néanmoins en manque d'informations sur ce sujet, notamment sur la mise à jour de leurs obligations. En effet, un patient qui ne consulte pas son médecin traitant de manière régulière ne peut pas toujours savoir si ses vaccinations sont à jour. L'amélioration de la couverture vaccinale en France passera par une meilleure diffusion de l'information sur ce sujet. L'espace numérique de santé constitue un outil formidable pour atteindre cet objectif.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Votre amendement a la même ambition que celui que je viens de retirer, notamment pour des raisons de complexité. Je vous invite à en faire de même.

M. Paul Christophe. Je ne vois pas très bien où réside la complexité. Nous sommes au XXI^e siècle, on nous envoie des alertes SMS pour nous rappeler

la vaccination de nos animaux et on ne serait pas capable de fournir la même information pour ce qui nous concerne ?

L'amendement AS1635 est retiré.

La commission rejette l'amendement AS484.

Puis elle est saisie des amendements identiques AS297 de M. Paul Christophe et AS1221 de M. Jean-Louis Touraine.

M. Paul Christophe. Le projet de loi ne fait pas mention du dossier pharmaceutique qui constitue pourtant un outil essentiel de recueil des données. Près de quarante millions de DP sont aujourd'hui actifs, représentant plusieurs milliards de dispensations. Le DP conserve pendant trente-six mois tous les types de traitements médicamenteux du patient, prescrits ou non, remboursés ou non. Les données du DP sont structurées, interopérables avec d'autres systèmes d'information de santé et exportables.

Le DP et le DMP ont, dans un premier temps, vocation à coexister en parallèle l'un de l'autre. La CNIL préconise, dans un second temps, une reprise du DP par le DMP. Dans l'attente de cette fusion, l'amendement AS297 vise donc à inscrire dans l'espace numérique du patient le dossier pharmaceutique, en le mentionnant indépendamment du DMP.

M. Jean-Louis Touraine. L'article 12 n'intègre pas le dossier pharmaceutique dans l'espace numérique de santé. Pour rappel, ce dossier conserve pendant trente-six mois tous les types de données relatives aux traitements médicamenteux du patient, prescrits ou non, remboursés ou non.

Mon amendement AS1221 propose de mentionner le dossier pharmaceutique, indépendamment du DMP, et de reprendre l'historique de ce dossier pharmaceutique, ainsi que le propose la CNIL.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Comme je l'ai déjà dit le dossier pharmaceutique a vocation à intégrer le DMP. Votre proposition pourrait donc compliquer le dispositif. Je vous suggère donc de retirer ces amendements.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Cette proposition est intéressante et mériterait d'être mise en application, mais nous sommes en train de travailler à l'interconnexion automatique entre DMP et DP, ce qui vaudra également pour la vaccination. Par ailleurs, il se trouve que le contenu du DMP relève du décret.

L'essentiel est que chacun puisse avoir accès à ses données médicales, dont le DMP sera le pivot. Nous allons trouver une solution qui répondra à votre préoccupation, mais nous ne souhaitons pas que cela figure pour l'instant dans la loi.

M. Jean-Louis Touraine. Si je comprends bien, il sera bien possible de récupérer tout l'historique du dossier pharmaceutique, y compris pour les malades qui ouvrent demain un dossier médical partagé, sachant que le DP est alimenté depuis longtemps.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. En effet. Le DMP sera alimenté par le DP, qui est un outil excellent et très ancien, et qui contient des données évidemment essentielles.

L'amendement AS1221 est retiré.

La commission rejette l'amendement AS297.

Elle en vient ensuite à l'amendement AS822 de Mme Justine Benin.

Mme Justine Benin. Je vous félicite, madame la ministre, pour la création de cet espace numérique de santé qui permettra à tous les patients d'être davantage acteurs de leur santé.

Mon amendement vise à compléter la disposition qui rend possible à tous les utilisateurs de l'espace numérique de disposer d'informations sur leurs remboursements d'assurance maladie. Je propose que cela soit complété par des informations relatives aux droits délivrés par les organismes de sécurité sociale, afin que chaque usager soit informé sur les prestations auxquelles il peut prétendre. On pourrait, par exemple, imaginer des simulateurs comme il en existe sur le site de la caisse d'allocations familiales, ce qui permettrait de mieux lutter contre le non-recours aux droits.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Vous souhaitez inclure dans cet espace numérique de santé un volet d'information sur les droits auxquels les usagers peuvent prétendre dans le cadre de leur prise en charge par la sécurité sociale.

L'alinéa 6 permet déjà d'intégrer dans l'espace numérique de santé de nombreux services développés par ailleurs, à partir du moment où ils respectent des garanties d'éthique et d'interopérabilité. Une application répertoriant les associations d'usagers, développée par France Assos Santé, pourrait donc tout à fait être intégrée à l'espace numérique de santé, pour peu qu'elle respecte toutes les garanties nécessaires en matière de protection des données personnelles. Toutefois, l'espace numérique de santé n'a pas du tout pour objectif de développer lui-même de nouvelles applications ou de nouveaux services, mais bien de faire le lien entre toutes les applications déjà existantes. Je ne peux donc pas accepter votre amendement.

En revanche, je m'engage à trouver avec vous une reformulation de l'alinéa 14, qui permette d'intégrer votre idée, ainsi que toutes les propositions d'amendements liés au droit des usagers. C'est notamment le cas de mon amendement AS1637, qui propose de compléter l'alinéa 14 en y ajoutant les

services développés pour favoriser la prévention et fluidifier les parcours, les services de retour à domicile, les services procurant une aide à l'orientation et à l'évaluation de la qualité des soins, les services visant à informer les usagers sur l'offre de soins et sur leurs droits, et toute application numérique de santé dûment référencée.

L'amendement AS822 est retiré.

La commission est saisie de l'amendement AS810 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Cet amendement poursuit le même objectif que celui de ma collègue Justine Benin, en facilitant l'accès à l'information sur les droits, dans l'idée de mieux lutter contre le non-recours à ces droits et d'améliorer l'accès à la santé. Nous proposons pour cela d'élargir les informations disponibles aux usagers.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je partage tout à fait votre objectif, auquel devrait répondre mon amendement, qui vise à informer les usagers sur l'offre de soins, sur leurs droits et sur les applications numériques de santé. Je vous propose de retirer votre amendement et de vous y rallier. Il ne s'agit pas de vous couper l'herbe sous le pied mais d'adopter une rédaction synthétique, qui reflète exactement l'esprit du législateur, plutôt qu'un inventaire à la Prévert.

M. Pierre Dharréville. Mon amendement insistait sur l'accès aux droits, au travers notamment de la faculté donnée aux patients de saisir les autorités compétentes par le biais de ce dispositif ; je ne sais pas si cela figure dans votre proposition.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Selon moi, ma formulation englobe la vôtre, sachant, une nouvelle fois, que l'espace numérique n'a pas vocation à développer des applications pour répondre à ces objectifs mais à les agréger.

L'amendement AS810 est retiré.

La commission examine l'amendement AS1066 de Mme Mireille Clapot.

M. Jean-Louis Touraine. Les tarifs de soins des praticiens de santé ne figurent pas dans l'espace numérique de santé. Cet amendement vise donc à les y intégrer. Cela améliorera la transparence des tarifs et permettra de rendre l'information accessible à tous.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Là encore, votre demande sera satisfaite par mon amendement AS1637, qui mentionne « *les services visant à informer les usagers sur l'offre de soins et sur leurs droits* ». L'esprit de votre amendement est donc satisfait : je vous demande de le retirer.

M. Jean-Louis Touraine. Je le retire.

L'amendement est retiré.

La commission examine ensuite l'amendement AS1637 du rapporteur.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cet amendement, dont j'ai déjà parlé, vise à préciser que les applications du « store santé » de l'espace numérique peuvent également être relatives à la prévention, aux droits des usagers et à l'offre de soins.

M. Jean-Carles Grelier. Monsieur le rapporteur, je voudrais vous poser une question de béotien en matière de numérique et de gestion des données de santé : est-il prévu de rendre les données de santé inaccessibles ? Même si chaque patient maîtrise l'usage de ses données, que se passera-t-il si une société ou une compagnie d'assurances demande un accès à ces données ? Comment peut-on garantir qu'il s'agisse bien de droits purement personnels et totalement inaccessibles ? Ma question est totalement innocente : peut-être est-ce déjà prévu.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Effectivement, c'est déjà prévu. Nous avons eu l'occasion d'aborder la question au sujet d'un amendement de notre collègue Joël Aviragnet, hier soir, au détour de l'article 11, consacré au *Health Data Hub*.

Mme Albane Gaillot. L'espace numérique de santé est une formidable opportunité pour le patient. On parle, dans ce projet de transformation de la stratégie nationale de santé, de remettre le patient au cœur de son parcours de soins. Or, avec cette disposition, on va même au-delà : il s'agit d'un véritable parcours de prévention et de santé. Il convient effectivement de concevoir l'ENS comme un espace de liberté où chacun pourra piocher, choisir les applications qu'il souhaite en fonction de la labellisation dont elles ont fait l'objet et des critères d'opérabilité et d'éthique auxquels elles répondent. L'avancée numérique va nous permettre d'ajouter des informations médicales, y compris concernant les vaccinations, mais aussi en matière de prévention – il en a déjà été question et le rapporteur nous le répétera tout à l'heure. C'est une véritable ambition, au service de notre nouvelle stratégie nationale de santé.

M. Jean-Louis Touraine. Il n'est pas fait mention des tarifs dans le texte même de votre amendement. Il est seulement indiqué, dans l'exposé sommaire que les applications peuvent être relatives, par exemple, aux tarifs pratiqués. Ma proposition consistait à faire en sorte que les tarifs soient bel et bien mentionnés dans l'espace numérique.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. C'est dans l'esprit de cette rédaction,...

M. Jean-Louis Touraine. Dans l'esprit peut-être, mais dans la lettre ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur général.... qui permet d'avoir des applications proposant un répertoire des professionnels de santé et indiquant – ou pas – les tarifs pratiqués. La rédaction que vous proposiez mentionnait une application donnant spécifiquement les tarifs. Celle que je propose est plus large.

M. Jean-Louis Touraine. Elle est insuffisante !

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Monsieur Touraine, évitons les échanges directs. Considérez-vous avoir obtenu des explications suffisantes ?

M. Jean-Louis Touraine. Non, ce que je demande n'est pas spécifié dans la rédaction proposée par le rapporteur.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Nous allons passer au vote sur cet amendement.

M. Jean-Louis Touraine. Je suggère de sous-amender l'amendement du rapporteur.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Ce n'est pas possible pour le moment : D'ailleurs, quel sous-amendement proposez-vous ? Il faut une proposition écrite.

M. Jean-Louis Touraine. Dans ce cas, nous y reviendrons en séance.

La commission adopte l'amendement.

Elle examine ensuite, en discussion commune, les amendements identiques AS510 de Mme Michèle de Vaucouleurs, AS568 de M. Thibault Bazin et AS1345 de Mme Caroline Janvier, ainsi que les amendements identiques AS368 de M. Gilles Lurton, AS901 de M. Brahim Hammouche, AS941 de M. Joël Aviragnet, AS1043 de M. Francis Vercamer et AS1401 de Mme Emmanuelle Fontaine-Domeizel.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Dans une perspective de décloisonnement des secteurs de la santé, du social et du médico-social, il semble essentiel que soit intégrée au futur espace numérique de santé une rubrique liée à l'accompagnement social et médico-social du patient, lequel fait partie intégrante du parcours de soins. Cet ajout que propose mon amendement AS510 permettra de fluidifier le parcours de soins et il apparaît indispensable pour une bonne prise en charge. De plus, on ne saurait négliger l'importance que peut revêtir, dans une prise en charge, l'aspect social et médical.

M. Thibault Bazin. Pourquoi ne pas verser le dossier de liaison d'urgence dans l'espace numérique ? Tel est notamment l'objet de l'amendement AS568.

M. Jean-Louis Touraine. L'amendement AS1345 vise à décloisonner le secteur de la santé et le secteur médico-social en ouvrant la possibilité de disposer, au sein de l'espace numérique de santé, d'une rubrique liée à l'accompagnement social et médico-social. À titre d'illustration, il serait possible d'y verser le dossier de liaison d'urgence.

M. Thibault Bazin. L'amendement AS368 de notre éminent collègue Gilles Lurton est en fait un amendement de repli par rapport au précédent : on

s'attellerait non pas au social et au médico-social mais seulement au médico-social. Ce serait déjà une première avancée.

M. Brahim Hammouche. L'amendement AS901 vise également à créer, au sein de l'espace numérique de santé, une rubrique liée à l'accompagnement médico-social du patient. Le parcours médico-social fait partie intégrante des parcours de santé : y verser par exemple le dossier de liaison d'urgence ou des outils de communication adaptés serait très utile pour le patient. À cette fin, l'amendement vise à ajouter une rubrique liée à l'accompagnement médico-social du patient, en cohérence avec la stratégie nationale de santé, qui préconise précisément d'« *assurer la continuité des parcours avec une offre transversale entre acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux* ».

M. Joël Aviragnet. Il faut en effet ajouter le volet médico-social dans l'espace numérique de santé, ce que propose également mon amendement AS941. On pense notamment aux personnes en situation de handicap : l'accompagnement médico-social peut avoir des incidences évidentes sur leur santé.

M. Francis Vercamer. Afin de décloisonner le secteur sanitaire et le secteur médico-social, mon amendement AS1043 propose d'intégrer l'accompagnement médico-social à l'espace numérique individuel de santé. Vous avez pour ambition d'accélérer le virage numérique engagé par le dossier médical partagé (DMP) et le dossier pharmaceutique. Eh bien, si on veut être vraiment efficace, il faut que les informations rassemblées soient exhaustives.

Mme Emmanuelle Fontaine-Domeizel. L'amendement AS1401 est défendu.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je comprends tout à fait l'objectif que poursuivent les auteurs de ces amendements et je le partage. Toutefois, leur demande a été satisfaite par l'amendement AS1637, dont la formulation inclut l'ensemble du secteur social et médico-social. Je demande donc le retrait de ces amendements ; à défaut, avis défavorable.

Les amendements sont retirés.

La commission examine alors les amendements identiques AS609 de M. Gilles Lurton et AS1037 de M. Pierre Dharréville.

M. Thibault Bazin. L'amendement AS609 est important : il s'agit de l'accès aux droits, dont je sais, madame la ministre, qu'il est l'une de vos préoccupations. La question qui se pose est la suivante : ne pourrait-on pas élargir la gamme des informations offertes aux usagers, afin qu'ils aient connaissance de leurs droits ? Les modalités techniques resteraient bien sûr à définir.

M. Alain Bruneel. Notre amendement AS1037 vise lui aussi à élargir la gamme des informations offertes aux usagers dans l'espace numérique afin qu'ils aient connaissance de tous leurs droits – je pense notamment à l'accès à une protection complémentaire ou encore à la possibilité de saisir le conciliateur.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Ces amendements ont eux aussi été satisfaits par l'adoption de l'amendement AS1637, qui visait à prendre en compte l'ensemble de vos préoccupations grâce à une rédaction un peu plus synthétique et facilitant la lecture de la loi. Je vous lis de nouveau le dispositif que nous venons d'adopter : « *notamment des services développés pour favoriser la prévention et fluidifier les parcours, les services de retour à domicile, les services procurant une aide à l'orientation et à l'évaluation de la qualité des soins, les services visant à informer les usagers sur l'offre de soins et sur leurs droits* ».

M. Thibault Bazin. Je retire l'amendement AS609.

L'amendement AS609 est retiré.

M. Alain Bruneel. Eh bien, moi, je ne retire pas le mien... Il faut faire plus, monsieur le rapporteur : l'utilisateur, lorsqu'il entre dans son espace numérique, doit être informé de ce à quoi il a droit et de ce qu'il peut faire en cas de difficulté. On voit bien ce qui se passe avec la prime d'activité, par exemple : on se demande si on peut la toucher ou pas. C'est la même chose pour les aides concernant l'écologie et l'énergie. Il faut pouvoir obtenir tous les renseignements nécessaires en un seul clic.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je comprends tout à fait votre demande, mais ce que vous proposez changerait la philosophie de l'espace de santé numérique. Je prends souvent l'exemple du smartphone, qui vous est livré sans applications : c'est à vous de les télécharger. De la même manière, vous irez dans l'« Appstore santé » et vous téléchargerez toutes les applications qui vous intéressent, notamment celles qui fournissent des informations sur les sujets dont vous avez parlé. L'idée est de faire en sorte que le patient soit acteur et responsable, aussi bien de la gestion de son espace que de son contenu. Adopter votre amendement serait aller contre la philosophie même de l'espace numérique, telle qu'elle est conçue : il s'agit non pas de donner des informations mais d'agréger les applications qui en fournissent.

M. Alain Bruneel. J'ai bien entendu vos arguments et j'ai bien compris que ce que je propose n'entre pas dans le cadre que vous élaborez. Je pense toutefois qu'il faut réfléchir à cette question.

La commission rejette l'amendement AS1037.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS823 de Mme Justine Benin.

Mme Justine Benin. Cet amendement vise à compléter les outils de l'espace numérique de santé en y intégrant un volet de prévention et de promotion de la santé. Mais comme j'ai suivi toute notre discussion, je sais que M. le rapporteur va me répondre qu'il est satisfait. En conséquence, je le retire.

L'amendement est retiré.

La commission examine l'amendement AS1068 de Mme Mireille Clapot.

M. Jean-Louis Touraine. Les alinéas 8 à 14, précisant ce à quoi permet d'accéder l'espace numérique de santé, omettent le champ de la prévention, qui est pourtant un maillon essentiel de la stratégie nationale de santé 2018-2022. Nous proposons donc de rendre accessibles au plus grand nombre les recommandations en matière d'actions préventives, notamment pour ce qui touche aux principaux facteurs d'addiction – à savoir l'alcool et le tabac –, ou encore à l'obésité et à la santé sexuelle et reproductive.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Une nouvelle fois, je considère que l'amendement est satisfait par l'adoption de l'amendement AS1637, qui fixe cet objectif de manière plus concise. Je demande donc le retrait de cet amendement ; à défaut, avis défavorable.

M. Jean-Louis Touraine. Je le maintiens : avec la rédaction que je propose, l'objectif est explicite, ce qui permet d'encourager vraiment la prévention.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS1156 de Mme Marguerite Deprez-Audebert.

Mme Marguerite Deprez-Audebert. Cet amendement vise à inclure des données chiffrées sur la consommation d'actes médicaux de chaque citoyen, mais aussi au niveau national. Après la crise des gilets jaunes, nous avons tous noté un désir d'information et de transparence. Chacun pourra ainsi mesurer l'ampleur de sa consommation d'actes médicaux, mais aussi disposer d'un suivi personnel. Cette mesure vise non pas à culpabiliser mais à responsabiliser et aboutir à une diminution de la surconsommation. Mettre en place cette information, à l'heure des outils informatiques, ne poserait pas de difficultés techniques, n'entraînerait pas de surcoût et ne poserait pas non plus de problème de confidentialité.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je considère que votre amendement est satisfait : les informations en question sont déjà disponibles *via* le portail de l'assurance maladie en ligne (AMELI) – et le seront également, à l'avenir, dans le DMP. Au demeurant, AMELI a probablement vocation à développer une application pour l'espace numérique de santé. Je vous propose donc de retirer votre amendement.

Mme Marguerite Deprez-Audebert. Je le retire.

L'amendement est retiré.

La commission adopte ensuite successivement les amendements rédactionnels AS1624, AS1625 et AS1636 du rapporteur.

Elle est alors saisie de l'amendement AS964 de M. Joël Aviragnet.

Mme Éricka Bareigts. Cet amendement a pour but de restreindre l'utilisation des données de santé contenues dans l'espace numérique de santé aux seules données pertinentes pour l'accompagnement médical du patient. Ce faisant, nous limiterons également le risque de piratage informatique.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. L'utilisateur pourra décider de rendre accessibles certaines parties de son espace numérique de santé à des professionnels ou établissements de santé. L'accès sera entièrement paramétrable par ses soins, il pourra cocher les parties qu'il rend accessibles et déterminer au cas par cas la durée de cette accessibilité. Par ailleurs, le système permettra de définir un paramétrage spécifique pour chaque acteur de santé : ainsi, il sera possible de donner un accès large et de longue durée à son médecin traitant et un accès limité à la durée de son hospitalisation dans le cas d'un séjour dans un établissement de santé. Le système recèle de très nombreuses potentialités, par exemple pour la mesure du rythme cardiaque ou encore pour les capteurs intelligents de glycémie utilisés par les patients diabétiques. Avis défavorable.

Mme Éricka Bareigts. J'ai bien entendu vos arguments, monsieur le rapporteur, mais notre amendement vise la nature même de certaines données, alors que vous parlez de l'étendue du partage avec tel ou tel professionnel, selon la volonté du patient. Peut-être reprendrons-nous cette discussion en séance.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS1565 du rapporteur.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cet amendement vise à préciser la portée de l'application des dispositions du règlement général sur la protection des données (RGPD) à l'espace numérique de santé.

La commission adopte l'amendement.

Elle est alors saisie de l'amendement AS1399 de Mme Emmanuelle Fontaine-Domeizel.

Mme Emmanuelle Fontaine-Domeizel. Cet amendement vise à vous alerter : la création d'un espace de santé numérique permettra aux citoyens d'être mieux informés, mais de nombreux territoires risquent d'être pénalisés. En effet, dans les territoires ruraux n'offrant pas d'accès à internet, des difficultés se présenteront. Celui qui est en charge de la conception et de la gouvernance de l'espace numérique de santé devra tenir compte de cette inégalité.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. La fracture numérique est évidemment un sujet majeur dans notre pays – et cela va bien au-delà, d'ailleurs, de la question de l'espace numérique de santé. C'est toute la cohérence du projet du Gouvernement et de la majorité que d'agir pour créer l'espace numérique de

santé d'ici à la fin du quinquennat tout en développant, depuis l'année dernière, le projet d'une couverture en haut débit de l'ensemble du territoire. La conception et la mise en œuvre de l'espace numérique de santé ne relèvent pas véritablement du niveau de la loi, mais nous serons toutes et tous attentifs à ce que l'ENS soit accessible à tous. Je vous demande donc de retirer votre amendement.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. C'est effectivement un sujet majeur : la fracture numérique crée des inégalités. Nos concitoyens y sont évidemment très vigilants – et nous aussi. Je souhaite que, dans la mise en œuvre de l'espace numérique de santé, nous nous intéressions en particulier aux aspects éthiques. Nous allons travailler avec toutes les parties prenantes. Cela dit, je ne pense pas que cela relève du niveau de la loi. Au demeurant, d'ici à 2022, nous aurons accru la couverture numérique du territoire ; elle devrait même, à ce moment-là, être complète. Toutefois, nous vérifierons évidemment d'ici là que l'accès à l'espace numérique est garanti à tous. Sachez que, même si nous ne souhaitons pas voir adopter votre amendement, nous allons travailler sur le sujet et, d'une manière générale, sur l'éthique de l'espace de santé.

M. Alain Bruneel. La question est intéressante en ce qu'elle touche au droit à l'information pour tous, à l'égalité dans l'accès à l'information. Un grand nombre de gens n'ont pas internet. Or ils doivent avoir les mêmes droits que les autres. Cette question est donc intéressante. Je ne sais pas comment on peut la régler, mais elle est importante.

Mme Albane Gaillot. Vous soulevez, avec votre amendement, un sujet effectivement très intéressant, qui concerne tous nos concitoyens, ou une grande partie d'entre eux. La fracture numérique englobe plusieurs sujets : il y a certes ce qui concerne le réseau, l'infrastructure et les zones blanches – le Gouvernement est pleinement engagé à cet égard –, mais il y a également un autre aspect, qui est lui aussi important : le savoir-faire, la capacité à manipuler les outils, à y accéder et à comprendre comment ils fonctionnent. On ne peut certainement pas inscrire cette dimension dans la loi, mais nous avons aussi l'ambition de faire du numérique un outil qui soit au service de tous et non pas destiné à créer des fractures.

M. Francis Vercamer. Je soutiens cet amendement car il permet d'aborder un sujet important. Mme la ministre nous assure qu'en 2022 tout le pays sera logé à la même enseigne en matière de numérique. Je n'y crois pas un seul instant : il suffit de regarder la carte de la France pour voir qu'on est encore très loin d'une couverture totale. Se pose aussi le problème de nos aînés, des seniors qui ne savent pas utiliser internet et n'ont pas d'adresse mail. Je pense par exemple au fait que, pour la création d'un DMP, il faut indiquer une adresse mail ou un numéro de téléphone portable, alors que certaines personnes âgées n'ont ni l'un ni l'autre, ce qui les empêche de s'inscrire.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Je me permets une incursion dans le débat. Éluë d'une circonscription très rurale, je me bats contre cette image

surannée de la ruralité. Des problèmes peuvent encore se poser dans des hameaux isolés mais, dans les villages, un effort considérable a été fait. Les collectivités s'en sont mêlées : les régions et les départements – en tout cas dans les Hauts-de-France, région que plusieurs d'entre nous, ici, connaissent bien –, en particulier, ont conduit une politique volontariste.

Par ailleurs, je suis très étonnée par l'adaptabilité des personnes âgées à l'usage d'internet et de la messagerie électronique. Elles ont également des smartphones. Arrêtons donc de penser, dans une vision passéiste, qu'elles n'ont pas accès au numérique. Cela dit, il y a des choses à revoir, notamment en ce qui concerne la déontologie. Il existe aussi, parfois, des problèmes d'accès à la compréhension ; là-dessus, nous sommes d'accord. Mais j'ai une image un peu plus moderne que vous de la ruralité. Je la côtoie tout le temps et j'ai vu les progrès considérables qui ont eu lieu en l'espace de six ou sept ans. Nous devons tous en tenir compte dans nos raisonnements, même si, bien sûr, il faut toujours être vigilant s'agissant de l'égalité.

M. Sylvain Maillard. Je souscris aux propos que vous venez de tenir, madame la présidente. Ne versons pas dans la caricature : de même qu'il n'est pas vrai que tout le monde sache utiliser un espace numérique, il est faux de dire que personne n'en est capable. Les choses sont bien plus compliquées que cela.

Quoi qu'il en soit, dans la conception même de l'espace numérique de santé, prenons garde à ne pas faire quelque chose de trop compliqué : il faut que l'outil soit relativement simple pour que chacun d'entre nous s'en saisisse. C'est à cette condition qu'il sera pleinement opérationnel. Il faut en effet éviter d'avoir un site certes bien conçu mais proposant trop d'informations et donc, en définitive, trop compliqué à utiliser – c'est le cas de celui de Pôle emploi.

M. Jean-Carles Grelier. J'écoute avec gourmandise les leçons de ruralité de M. Maillard, élu du VII^e arrondissement de Paris.

M. Sylvain Maillard. Je ne suis pas élu de cet arrondissement, mais passons !

M. Jean-Carles Grelier. Quoi qu'il en soit, je partage votre constat sur la ruralité, madame la présidente. Je suis moi aussi élu d'un département rural, la Sarthe, qui a investi 384 millions d'euros dans le numérique, c'est-à-dire quatre fois plus que ce que l'État lui donne en 2019 au département pour la réalisation de cet objectif. Mon département sera entièrement connecté à la fibre avant la fin de l'année 2022. Je vous rejoins aussi sur le fait que les personnes d'un certain âge n'ont pas, en définitive, l'appréhension que l'on imagine à l'égard des outils numériques, et qu'elles sont souvent beaucoup plus modernes qu'on veut bien le dire.

Nous devons toutefois rester attentifs en permanence à un point, sur ce sujet comme sur beaucoup d'autres : l'humanité. Ne mettons pas uniquement des

machines face aux hommes ; parfois, la santé nécessite aussi un peu de relations humaines et de chaleur humaine.

M. Alain Bruneel. C'est vrai !

Mme Delphine Bagarry. L'objet de mon amendement n'était pas de souligner la fracture numérique liée à la ruralité ou à l'âge, mais bien de pointer les problèmes de réseau existant dans certains territoires, notamment dans le département des Alpes-de-Haute-Provence, qui est le mien et celui de Mme Fontaine-Domeizel : essayez de passer un coup de fil quand vous êtes en voiture... Les problèmes de réseau font partie des spécificités des zones de montagne. Parfois, la fibre passe au pied du village, mais le village n'est pas connecté. Enfin, le retard dans le développement du réseau n'est pas forcément dû aux collectivités : certains opérateurs, il faut le dire, traînent les pieds.

Mme Éricka Bareigts. Le numérique est un sujet très intéressant, à tel point qu'on y revient à chaque projet de loi.

Pour ma part, je voudrais faire deux réflexions. Premièrement, bien sûr, l'équipement pose problème. Mme la ministre nous annonçait la couverture de 100 % du territoire en 2022. Y compris à Mayotte et en Guyane, également départements français ? Il ne faut pas essayer de faire croire de telles choses à nos concitoyens !

Le second sujet est celui de l'accompagnement humain. L'accès aux droits par le numérique passera, j'en suis convaincue, par un accompagnement humain, par un service public de proximité et de qualité. Ce n'est que comme cela que nous ferons du numérique un outil d'égalité et d'accès aux droits pour chaque citoyen français. Or, dans ce texte comme dans d'autres projets de loi, on ne retrouve pas cette préoccupation.

M. Pierre Dharréville. Je souscris à ce que vient de dire Éricka Bareigts. Le Défenseur des droits, dans son rapport annuel, présenté cette semaine, vient d'ailleurs d'appeler notre attention sur l'utilisation que nous faisons des outils numériques et sur les précautions à prendre – c'est particulièrement vrai dans le domaine de la santé. Ils ne doivent pas devenir, à notre corps défendant, des outils d'exclusion.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Le sujet a déjà été évoqué à plusieurs reprises, mais je voudrais, à mon tour, rappeler l'engagement des collectivités territoriales : de nombreux maires mettent des postes informatiques à la disposition des usagers et les accompagnent dans leurs démarches. On fait surtout beaucoup de médiations numériques dans les maisons de services au public, dans les caisses d'allocations familiales (CAF) – on l'a vu au mois de janvier avec la modification de la prime d'activité –, ou encore dans les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), où de nombreuses actions ont déjà été mises en place, par exemple avec les coffres-forts numériques. Cela permet d'accompagner les usagers et de mettre de l'humain, de la chair, comme disait

M. Grelier tout à l'heure. C'est bien la philosophie de l'espace numérique de santé que d'être au service des usagers, tout en fournissant l'accompagnement qui va avec. Je maintiens donc ma demande de retrait.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Je vous proposerai, dans les prochaines semaines, d'auditionner le Défenseur des droits. Nous pourrons, à cette occasion, évoquer cette question, parmi d'autres. J'ai également lancé un travail sur l'usage du numérique pour les travailleurs sociaux. Nous pourrons donc imaginer, dans les prochaines semaines – dès que nous aurons achevé l'examen de ce projet de loi, si toutefois nous y arrivons (*Sourires*) –, de travailler sur ces questions.

Madame Fontaine-Domeizel, retirez-vous votre amendement ?

Mme Emmanuelle Fontaine-Domeizel. À dire vrai, je suis assez partagée. Effectivement, il y a une véritable ambition et j'ai confiance en Mme la ministre, qui portera une attention particulière au sujet. En même temps, mon amendement a suscité de nombreuses discussions et interrogations. Réflexion faite, je le maintiens.

La commission adopte l'amendement.

La commission est saisie de l'amendement AS1214 de M. Jean-Hugues Ratenon.

Mme Caroline Fiat. En 2017, le laboratoire Servier a développé un partenariat avec l'entreprise franco-américaine Embleema nouvellement créée, qui propose aux individus d'héberger en ligne leurs données de santé et d'eux-mêmes les mettre en vente. Si nous comprenons la numérisation du site du système de santé, il ne faut pas en oublier de protéger nos concitoyens. Par cet amendement, nous proposons d'interdire la vente de leurs données de santé par les personnes, qui mettraient leur vie en danger pour gagner quelques euros.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je comprends tout à fait votre point de vue : nous avons abordé ce sujet très important à l'occasion d'un amendement de M. Aviragnet hier sur le *Health Data Hub* et encore tout à l'heure avec la question de M. Grelier. Je tiens à vous apporter une réponse détaillée.

Non, l'utilisateur ne doit pas pouvoir vendre ses données de santé. En revanche, il peut être envisageable qu'il puisse les communiquer. Il faut protéger le citoyen des abus et les applications contenues dans le « store santé » n'auront absolument pas la main sur le DMP, rassurez-vous, mais il ne faut pas non plus empêcher une start-up du « store » de l'espace numérique de santé respectant le RGPD, les normes de sécurité et le cadre éthique fixés, de récupérer les données de glycémie de l'entrepôt des constantes de l'espace numérique de santé pour alerter le patient lorsque son taux dépasse un seuil critique, ou une montre connectée mesurant le rythme cardiaque – peut-être certains dans cette salle en portent-ils une

–, ou encore une application de télé-expertise entre médecins spécialistes qui auraient besoin d'échanger les constantes issues de l'espace numérique.

Je comprends vos inquiétudes, j'espère y avoir répondu. Votre volonté est déjà satisfaite. Il n'est pas possible de vendre ou de céder ces données dans un but commercial. Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. Je suis désolée, monsieur le rapporteur, mais vous ne m'avez pas convaincue. La distribution des données, dans le cas de la glycémie que vous avez évoqué, est gratuite. Nous demandons quant à nous d'empêcher que des sociétés, pour quelques euros, proposent à des personnes qui manquent d'argent, et elles sont nombreuses dans la situation actuelle, de leur acheter leurs données de santé.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. C'est un point essentiel. Il ne me viendrait pas à l'idée d'autoriser à vendre un rein ; c'est pareil pour les données de santé. Le droit actuel satisfait d'ores et déjà votre amendement. J'ai parlé des possibilités de cession à titre gratuit pour un meilleur niveau de soins et de santé, mais l'actuel article L. 1111-8 du code de santé publique répond à votre préoccupation. Je maintiens mon avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS989 de Mme Claire Pitollat.

Mme Delphine Bagarry. Cet amendement vise à permettre aux CPAM organisatrices des plateformes d'intervention départementales pour l'accès aux soins et à la santé (PFIDASS) de proposer leurs services aux personnes éloignées de leurs droits et du système de santé par le biais de l'espace numérique de santé. Je rappelle que les PFIDASS ont pour objectif d'accompagner les assurés du régime général les plus éloignés des soins et qui renoncent à des soins, pour des raisons de précarité notamment.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Votre amendement est déjà satisfait. Rien n'empêche la CNAM, si elle le souhaite, de développer toute application qu'elle voudrait voir exister sur l'espace numérique de santé. Il ne me semble donc pas souhaitable d'inscrire des cas spécifiques. La CNAM, qui est un acteur majeur, pourra développer des applications. Cela renvoie aux discussions que nous avons eues tout à l'heure sur les tarifs, la présentation des professionnels... Je propose un retrait.

L'amendement est retiré.

La commission est saisie de l'amendement AS1208 de Mme Caroline Fiat.

M. Jean-Hugues Ratenon. Dans le secteur du logement, la loi interdit au propriétaire de demander certains types de documents – relevé bancaire, extrait de casier judiciaire... – en établissant une liste de documents autorisés. Néanmoins,

dans de nombreux autres domaines, la loi demeure silencieuse et il est difficile de prévoir ce qui pourrait advenir avec l'espace numérique en santé. S'il est actuellement possible pour toute personne de réclamer son dossier médical, peu de gens y ont recours du fait de la lourdeur administrative que cela représente. En revanche, si demain toute personne peut disposer gratuitement et directement d'un accès à un certain nombre de données de santé la concernant, comment ne pas craindre que des données soient exigées ou même achetées par des tiers intéressés ? Pour prévenir les risques de discrimination liés à l'état de santé et pour pallier le risque de fuite massive de données de santé, le présent amendement interdit à toute personne tierce, physique ou morale, de demander la communication de données de santé accessibles depuis l'espace numérique de santé des titulaires.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Si nous adoptons cet amendement, tout l'intérêt de l'espace numérique de santé tomberait. C'est ce que je disais tout à l'heure : l'intérêt, c'est que les données concernant par exemple votre rythme cardiaque, ou votre glycémie quand vous êtes diabétique, puissent être transmises à la start-up qui gère cette application pour vous alerter quand il y a un problème. En cas de diabète, quand la glycémie est trop haute, vous pourriez recevoir une alerte vous invitant à consulter ou à refaire votre traitement par insuline. Quand vous avez un problème cardiaque, si votre montre détecte que vous avez une arythmie, il faut qu'elle puisse vous le communiquer pour vous inviter à consulter. C'est tout l'enjeu de cet espace numérique. Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. Nous demandons de ne pas permettre à une personne d'exiger, par exemple pour un appartement, nos données de santé. Le titulaire ne peut communiquer ou vendre ses données de santé à un organisme privé à but lucratif. Quand vous parlez de glycémie et autres ; il ne s'agit pas de cela. Il arrive à des gens de se voir refuser un crédit car les prêteurs sont parvenus à se procurer leurs données médicales on ne sait comment ; j'ai eu personnellement à connaître d'un cas et je sais donc que cela arrive. Il faut que personne ne puisse exiger de quiconque de donner ses informations de santé. Nous maintenons l'amendement.

M. Jean-Carles Grelier. Une fois n'est pas coutume, je suis plutôt d'accord avec Mme Fiat. Vous savez que les juristes sont des obsédés textuels ; je viens de vérifier, l'article L. 1111-8 du code de la santé publique est totalement inopérant pour répondre à la question posée. Il est interdit à un hébergeur de données de santé de céder ces données mais nous ne sommes pas ici dans l'hypothèse d'un hébergeur qui céderait des données mais dans celle où la personne en viendrait, consciemment ou inconsciemment, à céder elle-même ses données de santé sous la pression d'un opérateur. Je rappelle que la cession peut même se faire à titre gratuit puisqu'on peut céder des données sur les réseaux sociaux, Facebook, Twitter et autres. Il me semble que notre arsenal juridique ne contient pas de dispositif interdisant à un particulier de céder ses données ou, plus exactement, pour remettre les choses dans le bon ordre juridique, qui interdirait à tout organisme privé ou public d'acheter des données de santé.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Votre préoccupation, madame Fiat, est couverte par la loi « Informatique et libertés » ; quant à vous, monsieur Grelier, je vous renvoie au RGPD, où chacun peut choisir de donner son autorisation ou non.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Monsieur Grelier, nous resterons tous propriétaires de nos données de santé, et nous ne pouvons pas les vendre. Il est possible d'en céder l'utilisation, mais les données de santé restent la propriété de la personne. Je crois que c'est dans les textes.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. J'essaye de bien comprendre ce que l'on souhaite interdire. L'amendement de Mme Fiat porte interdiction de communication : cela revient à tuer l'espace numérique en santé puisque cela empêcherait des applications d'utiliser des données de santé, par exemple sur le suivi du diabète, alors même que ce sont des applications sécurisées et qu'elles ne pourront jamais les vendre. De fait, nous communiquons aujourd'hui nos données de santé par millions chaque jour via des montres connectées et ces données sont stockées aux Philippines, ce qui n'a l'air de gêner aucun citoyen français. Il serait gênant que l'espace numérique en santé soit moins-disant que ce qui existe actuellement.

Nous ne souhaitons pas que ces données soient vendues et cette volonté a été inscrite dans la loi : c'est le RGPD. Mais interdire que les données soient communiquées me paraît contre-productif car nous ne pourrions alors pas avoir d'applications connectées à nos données de santé. L'amendement de Mme Fiat va trop loin. En revanche, les hébergeurs et tous ceux qui utilisent nos données ne doivent pas pouvoir les vendre : c'est prévu dans l'article L. 1111-8.

Mme Caroline Fiat. Notre amendement vise par exemple à interdire à un propriétaire d'exiger, pour louer un appartement, que la personne intéressée lui communique ses données de santé. Si on ne l'interdit pas, cela se produira : on connaît déjà des cas de ce genre. Les gens pourraient céder leurs données de santé non par envie de les donner, mais dans le seul but d'avoir un logement, par exemple.

M. Jean-Carles Grelier. Je suis confus de jouer les coupeurs de cheveux en quatre, mais le RGPD ne donne pas satisfaction : rien n'empêche un particulier qui le souhaite de vendre ses données de santé à quelqu'un qui exercerait sur lui des pressions en ce sens. J'ai trouvé intéressant l'exemple du rapporteur sur la vente d'organes : ce n'est pas la vente qui est interdite, mais l'achat d'organes. Peut-être pourrions-nous interdire et pénaliser l'achat dans la loi de données de santé, ce qui bloquerait la possibilité sans priver de son efficacité le dispositif que vous construisez.

M. Joël Aviragnet. C'est bien la raison pour laquelle je demandais hier un droit non patrimonial des données de santé : il faut impérativement rendre ces données non commercialisables. On voit bien que le sujet est délicat et qu'il faut

prendre le temps d'y réfléchir. L'article que vous avez évoqué, monsieur le rapporteur, n'est pas aussi clair que vous le dites. C'est une question extrêmement sensible et on ne peut pas tout laisser faire.

M. Pierre Dharréville. Il est en effet absolument nécessaire de prévoir des protections plus fortes que celles qui existent dans le droit commun actuel concernant les données de santé. Il ne s'agit pas simplement d'affirmer la propriété personnelle des données, il faut empêcher les pressions en vue de leur communication. C'est pourquoi j'ai déposé un amendement AS807, que nous examinerons dans quelques minutes, qui interdit la communication de ces données aux assurances privées. On pourrait y ajouter les bailleurs, les banques et d'autres. Quand les données de santé servent à établir un tri, dans l'activité d'organismes de ce type, c'est un véritable problème.

M. Francis Vercamer. Je pense que tout le monde est d'accord pour interdire la vente des données de santé, mais nous parlons là de leur communication, de leur utilisation pas forcément lucrative mais préalablement à un contrat, par exemple un prêt bancaire. Les banques réclament des données de santé avant de consentir un prêt, et cela se produit aussi dans d'autres domaines. Je ne suis pas sûr que l'amendement y réponde, mais c'est un vrai sujet ; comme M. Aviragnet, je pense que nous devons prendre un peu de recul.

M. Éric Bothorel. Je vous remercie de donner la parole à un passager clandestin de votre commission... Je ferai observer, et en cela je rejoins les propos de la ministre, qu'interdire la communication revient purement et simplement à mettre fin au consentement, c'est-à-dire à la faculté de disposer de ses données et de choisir ou non de les confier à un tiers. Les lois qui encadrent la matière, la loi pour une République numérique, le règlement général sur la protection des données, ont été rappelés mais, de fait, l'amendement mettrait fin au principe le plus protecteur pour celui qui possède ces données, à savoir le pouvoir de consentir.

M. Olivier Véran. Quand une personne souhaite emprunter pour acheter une maison ou souscrire un contrat d'assurance, on peut exiger d'elle qu'elle remplisse un auto-questionnaire et même qu'elle suive une visite médicale au terme de laquelle un certificat sera délivré. C'est la situation actuelle. Si de l'hypertension artérielle est constatée, un contrôle aura lieu et cela augmentera éventuellement le taux de couverture du prêt. C'est la logique assurantielle et c'est parfaitement légal. La question posée est de savoir si, demain, les assurances des banques, par exemple, pourraient exiger pour leurs propres dossiers copie du DMP à des patients qui se verraient contraints d'accepter sous peine de ne jamais bénéficier d'un prêt. J'imagine que la réponse est non, mais je me joins au questionnement collectif.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Cette discussion est vraiment passionnante. En fait, la question que pose Mme Fiat vaut déjà pour aujourd'hui : on pourrait tout à fait demander à un citoyen qu'il donne

connaissance à un bailleur d'un dossier médical papier. La loi dispose qu'un dossier médical doit être donné à un médecin et est protégé par le secret médical ; mais, un patient étant propriétaire de ses données, rien ne l'empêche de les communiquer qui il veut. Ce que nous devons faire, c'est, comme l'a dit M. Véran, protéger l'accès au DMP, faire en sorte que bailleurs, banques et autres ne puissent solliciter l'accès à un DMP informatisé.

Cela dit, est-il possible d'interdire à quelqu'un de céder ses données de santé numériques alors qu'il est aujourd'hui possible de donner ses données papier ? Si on l'interdit pour les données numériques, l'interdire aussi pour les données papier.

Nous allons retravailler sur tout cela pour donner satisfaction aux uns et aux autres, car cela nécessite encore beaucoup de travail juridique : cela renvoie à toute la problématique du consentement, du secret médical, etc. Nous reviendrons en séance avec une proposition, mais nous ne pourrions pas interdire par la loi un citoyen français de donner accès à son dossier médical à qui il veut.

M. Paul Christophe. D'autant plus que l'on peut parfois avoir besoin de transférer ses données médicales dans le seul but de faire valoir ses droits. Je pense par exemple à la reconnaissance du handicap : elle nécessite la transmission de données médicales à l'administration qui instruit le dossier. L'amendement, tel que rédigé, empêcherait l'intéressé de faire valoir ses droits dans ce cadre...

M. Julien Borowczyk. Prenons garde, en effet, à la rédaction. Dieu sait que je ne suis pas le chantre des assureurs, mais n'oublions pas que la déclaration de la pathologie ou du risque permet d'assurer le risque. Si nous interdisons la déclaration du risque, le client ne pourra plus être assuré pour son risque. La démarche des auteurs de l'amendement est vertueuse à la base mais attention à ce que cela ne se retourne pas contre l'assuré.

Mme Caroline Fiat. Nous sommes impatients, madame la ministre, de connaître ce que vous présenterez en séance. En attendant, nous retirons l'amendement.

L'amendement est retiré.

La commission examine les amendements identiques AS1628 du rapporteur et AS1427 de M. Éric Bothorel.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cet amendement AS1628 impose la consultation de la CNIL dans l'élaboration du décret en Conseil d'État détaillant les modalités de la conception de l'espace numérique de santé.

M. Éric Bothorel. L'amendement AS1427 est défendu.

La commission adopte ces amendements.

Elle adopte ensuite l'amendement rédactionnel AS1626 du rapporteur.

Puis elle examine les amendements identiques ASI629 du rapporteur et ASI424 de M. Éric Bothorel.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je laisse à M. Bothorel le soin de défendre ces amendements.

M. Éric Bothorel. Dans son avis rendu sur le projet de loi, la CNIL « attire l'attention sur le fait que le référencement des services et outils doit conduire à ce que seules des données pertinentes puissent être versées dans l'espace numérique de santé (ENS) afin de pallier d'éventuelles mauvaises pratiques de la part des usagers ». Elle demande également « à être associée aux travaux relatifs à l'élaboration des référentiels, labels et normes imposés dans l'ENS et à être consultée préalablement à leur validation. » Tel est l'objet de ces amendements.

La commission adopte ces amendements.

Elle examine ensuite l'amendement AS740 de M. Philippe Vigier.

M. Philippe Vigier. Le numérique s'impose de plus en plus dans le domaine de la santé comme dans tous les champs d'activité. Je souhaite appeler votre attention sur le sujet majeur de l'interopérabilité entre les espaces numériques mais aussi avec l'usage que l'on peut en faire et les logiciels utilisés par les établissements. Si c'est étanche, il n'y aura pas de communication ; l'interopérabilité est le gage de l'efficacité. Cela n'ôte rien aux contraintes d'utilisation et de diffusion dont nous venons de discuter. Nous avons trop vécu l'écran étanche dans les hôpitaux et le privé ; il me semble important que nous ayons une stratégie nationale en la matière, qui parte du ministère.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Vous craignez que l'espace numérique de santé ne conduise à un surcoût pour les établissements, mais l'ENS ne fait que réunir sur une même plateforme des outils qui existent déjà et qui ont surtout un intérêt utilisateur-usager. Cela n'aura de fait aucun impact sur les établissements de santé, à moins que les établissements fassent la démarche d'aller récupérer des données, auquel cas des référentiels d'interopérabilité sont prévus avec cette transformation. Avis défavorable.

M. Belkhir Belhaddad. Pour avoir déployé et mis en œuvre le dossier patient et toute la partie administrative pendant de nombreuses années, je confirme qu'il existe, depuis une quinzaine d'années, des modes d'interopérabilité qui fonctionnent excellemment. Il existe même une norme européenne, dans laquelle les éditeurs de logiciels sont investis ; cela marche relativement bien. Ce sont plutôt les problématiques liées au développement des applications et à la prise en compte des processus de soins dans les établissements qui restent encore à parfaire.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Vous avez raison, monsieur Vigier, il faut de l'interopérabilité, mais votre amendement tel

qu'il est rédigé pose problème : ce n'est pas l'espace numérique lui-même qui doit être interopérable mais bien les applications et le DMP à l'intérieur. Nous pouvons vous présenter un sous-amendement en séance pour le corriger.

L'amendement est retiré.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission rejette l'amendement AS807 de M. Pierre Dharréville.

La commission est saisie de l'amendement AS690 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Cet amendement est complémentaire de celui que j'ai présenté tout à l'heure pour l'ouverture automatique de l'espace numérique de santé : il s'agit de faire la même chose pour le DMP.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Il est en effet complémentaire de l'amendement dont nous avons convenu que nous le retravaillerions d'ici à la séance. Le souci, avec la rédaction que vous proposez, c'est que le DMP est déjà opérationnel tandis que l'ENS ne le sera qu'en 2022. J'en demande le retrait.

L'amendement est retiré.

L'amendement AS691 de M. Cyrille Isaac-Sibille est également retiré.

La commission examine l'amendement AS388 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

M. Paul Christophe. Il est proposé que les établissements publics de santé ainsi que les professionnels de santé impliqués dans des projets de recherche puissent, dans des conditions garantissant l'absence d'identification directe ou indirecte des personnes, avoir expressément accès aux plateformes de données de santé, agrégées notamment dans les espaces numériques de santé et les entrepôts de données de santé et que soit prévue à cet effet une modification de l'article L. 1460-1 du code de la santé publique.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cette précision ne nous semble pas utile puisque les données du système national des données de santé (SNDS) sont déjà accessibles à l'ensemble des acteurs à condition qu'ils se conforment aux règles d'accès. Votre amendement est satisfait. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle adopte ensuite l'amendement rédactionnel AS1627 du rapporteur.

Enfin, la commission adopte l'article 12 modifié.

Après l'article 12

La commission est saisie de deux amendements identiques AS623 de M. Max Mathiasin et AS954 de M. Joël Aviragnet.

Mme Justine Benin. L'amendement AS623 est défendu.

M. Joël Aviragnet. L'amendement AS954 propose de rendre obligatoire l'alimentation du dossier médical partagé aujourd'hui en phase de déploiement et donc d'envisager que toute adhésion et tout maintien dans une convention par un professionnel soient conditionnés à l'alimentation du DMP.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Ces amendements visent à ce que le DMP soit alimenté de façon obligatoire. Le DMP est en cours de déploiement : depuis qu'il a été confié à la CNAM, seulement quatre millions de DMP ont été ouverts, ce qui pose la question pour les Français qui n'en auraient pas encore. Ensuite, et surtout, comme j'ai eu l'occasion de le dire hier matin, notre majorité est attachée au dialogue social ; or ce sujet peut faire l'objet des négociations conventionnelles entre les professionnels de santé et la CNAM. J'aurais donc tendance à renvoyer ce sujet à la convention ce sujet tout à fait essentiel, ce qui permettra de le mettre en place avec la concertation des professionnels et durant le déploiement du DMP. Avis défavorable.

La commission rejette ces amendements.

Elle examine ensuite l'amendement AS1251 de M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Il est possible que cet amendement soit satisfait, compte tenu de la déclaration de Mme la ministre. L'idée est de s'assurer que le dossier pharmaceutique est bien intégré dans le DMP.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Il l'est effectivement : le décret du 4 juillet 2016 – belle anticipation ! –, décrit le contenu du DMP et précise que les données relatives à la dispensation de médicaments issus du dossier pharmaceutique mentionné à l'article L. 1111-23 en font partie. En pratique, elles sont accessibles par lien hypertexte, ce qui permet notamment de télécharger les données du DP dans le DMP.

L'amendement est retiré.

La commission examine l'amendement AS666 de Mme Charlotte Lecocq.

Mme Charlotte Lecocq. L'objectif est de permettre aux médecins du travail et aux médecins généralistes de partager, avec l'accord exprès du salarié, les informations médicales qui le concernent. C'est une avancée nécessaire pour améliorer la prévention des risques et préserver la santé des salariés. Le moment est venu de décloisonner enfin médecine de ville et médecine du travail.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je partage votre objectif, mais le sujet est sensible. Certains usagers pourront craindre qu'en dépit du secret médical, des données les concernant ne circulent et ne soient utilisées à des fins non médicales. Je crois savoir que les services du ministère travaillent déjà sur ce sujet. Je vous propose de retirer l'amendement afin que, d'ici la séance, nous y travaillions.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Nous sommes favorables à un partage des informations s'il peut aider le salarié et renforcer le lien entre médecin généraliste et médecin du travail. Mais ce sujet crée de l'anxiété. Cela nécessite que nous travaillions encore pour trouver la rédaction adéquate. Systématiser l'accès des médecins du travail au DMP semble en tout état de cause problématique.

Mme Charlotte Lecocq. Je suis bien consciente du caractère sensible de ce sujet, et c'est la raison pour laquelle j'ai précisé que l'accord exprès du salarié était requis. Je suis tout à fait d'accord pour travailler à une nouvelle rédaction qui verrouille cet aspect.

L'amendement est retiré.

La commission examine l'amendement AS296 de M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. La fragmentation des outils informatiques des établissements de santé ne permet pas de disposer d'une visibilité globale des porteurs d'implant et de diffuser de manière optimale l'information lors d'une crise sanitaire. Une étude réalisée par la DGOS en 2016 démontre que moins de 50 % des implants sont tracés jusqu'aux patients.

La réglementation européenne relative aux dispositifs médicaux prévoit non seulement l'enregistrement des données relatives aux implants par les établissements de santé mais également leur intégration dans une base de données centralisée et la transmission de ces informations aux patients, dans un objectif de sécurité sanitaire et d'information.

L'enregistrement des dispositifs médicaux implantables est déjà sous la responsabilité des pharmacies à usage intérieur selon les dispositions de l'article L. 5126-1 du code de la santé publique.

Cet amendement prévoit que les implants seront inscrits dans le DP, ce qui permettra de donner un outil opérationnel immédiat, en cours de déploiement dans les établissements de santé, tout en offrant aux pouvoirs publics une vision globale des patients implantés.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Si j'en crois l'excellent travail remis à notre commission la semaine dernière par nos collègues Julien Borowczyk et Pierre Dharréville, le problème n'est pas tant le manque de dispositions législatives prévoyant la traçabilité des implants que le fait que le manquement à

ces obligations n'est en pratique pas sanctionné. Toutefois, inscrire les dispositifs médicaux implantables dans le DP renforcera leur traçabilité. Avis favorable.

M. Francis Vercamer. Il n'a pas été prévu que mon amendement AS1062 soit en discussion commune, bien qu'il traite du même sujet. Je m'associe donc à cet amendement.

La commission adopte l'amendement et l'amendement AS1062 de M. Francis Vercamer tombe.

La commission en vient à l'amendement AS1640 du Gouvernement.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Ce projet de loi a pour objet de faire évoluer l'organisation du système de santé et de permettre sa transformation. Celle-ci implique un développement important du numérique dans le domaine de la santé, des soins, de la prise en charge des patients par les professionnels, dans la diversité de leurs modes d'exercice.

Dans ce contexte, il est nécessaire d'adapter aux différentes situations les règles relatives aux moyens techniques d'identification et d'authentification des professionnels de santé et des personnes intervenant auprès des patients notamment – notamment la carte de professionnel de santé, CPS – mais aussi des usagers. Ces nouvelles règles devront concilier la simplicité pour les utilisateurs et la sécurité des données de santé. En outre, elles constitueront une première étape de la mise en œuvre d'innovations numériques en santé, en particulier la prescription électronique et la télémédecine. Il est proposé de procéder par voie d'ordonnance, cette dernière devant être élaborée en association avec les acteurs concernés.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Nous en avons discuté mardi soir. Avis favorable.

La commission adopte l'amendement.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Pour votre information, avant une brève suspension : la conférence des présidents a inscrit à l'ordre du jour de la séance publique du mercredi 27 mars l'examen de la proposition de loi relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé. Nous examinerons cette proposition en commission le mercredi 20 mars. J'ai décidé de repousser le délai de dépôt des amendements au lundi 18 mars, douze heures.

La séance, suspendue à onze heures trente, reprend à onze heures cinquante.

CHAPITRE III

Déployer pleinement la télémédecine et les télésoins

Article 13

Autoriser les professionnels de santé non médicaux à réaliser une activité à distance

La commission est saisie de l'amendement AS844 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Je saisis l'occasion pour revenir sur l'amendement du Gouvernement. L'ordonnance porte-t-elle bien aussi sur les moyens d'identification des usagers du système de santé ?

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. C'est bien cela.

M. Jean-Pierre Door. J'ai pu mettre en place une téléconsultation sur plusieurs communes. Répartie entre plusieurs sites, dans un territoire sous-doté, elle concerne entre 2 000 et 3 000 citoyens. La mairie, qui a mis à disposition des bureaux, pilote le système ; le conseil régional a investi dans le matériel ; l'ARS a donné son accord pour un an, et une ligne budgétaire, prise sur le fonds d'intervention régional – FIR –, permet de rémunérer les infirmiers ; les médecins sont pris en charge dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, qui autorise la téléconsultation. Mais les infirmiers libéraux, qui reçoivent les patients dans le bureau, ne perçoivent pas d'indemnisation. Mon amendement AS844 vise à autoriser les infirmiers et infirmières à effectuer les actes de télésoin et à inclure la prise en charge de l'acte dans la convention et la nomenclature générale.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cet amendement est satisfait puisque le télésoin est ouvert aux auxiliaires médicaux et que le code de sécurité sociale précise que les négociations conventionnelles devront prévoir les conditions de la prise en charge. L'inscription dans la nomenclature générale des actes nécessite d'abord de recueillir l'avis de la HAS sur les conditions de réalisation des télésoins garantissant leur qualité et leur sécurité. Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Même avis. Le projet de loi permet aux infirmiers de pratiquer des actes de télésoin. La rémunération des actes relève de la négociation conventionnelle, non de la loi.

M. Jean-Pierre Door. Nous devons affirmer dans ce chapitre les compétences des infirmiers et les autoriser à pratiquer les actes de télésoin.

La commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS1612 du rapporteur.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. L'article 13 consacre le télésoin, autrement dit une pratique de soins à distance mettant en rapport un patient avec un auxiliaire médical. L'auxiliaire peut faire appel à un médecin en téléexpertise : il s'agit de ne pas être dans une logique de silo avec la télémédecine, mais de permettre un travail coordonné et une bonne complémentarité entre professionnels.

La commission adopte l'amendement.

Elle examine l'amendement AS421 de M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. Cet amendement vise à reconnaître l'activité de téléexpertise entre auxiliaires de santé et médecins, dans le cadre bien limité de protocoles de prise en charge reconnus réglementairement et mis en place à l'initiative du médecin.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Votre amendement est satisfait ; toutefois, le sujet est d'ordre réglementaire. Lors de son audition, dans le cadre de la préparation de ce texte, la DGOS a confirmé qu'un décret en Conseil d'État était en cours de rédaction. Avis défavorable.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'amendement rédactionnel AS1548 du rapporteur.

Puis elle examine l'amendement AS1299 de Mme Sophie Mette.

Mme Justine Benin. L'objectif est d'assurer au mieux la sécurisation du parcours de soins des patients. De nombreux protocoles de soins pourraient être confiés aux futurs acteurs du télésoin, sans que ceux-ci disposent de la formation clinique et thérapeutique adéquate ou suffisante. Le télésoin doit être réalisé le plus possible dans une logique préventive. Tel est l'objet du présent amendement.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cet amendement restreint le télésoin à la prévention, un axe important de la prise en charge, mais certainement pas le seul. L'avis de la HAS permettra de mieux circonscrire les activités. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle est saisie des amendements identiques AS391 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS975 de M. Joël Aviragnet.

M. Paul Christophe. L'amendement AS391 prévoit que le télésoin, dans une logique d'égalité d'accès aux soins, pourra bénéficier à tous les patients, y compris ceux qui sont hospitalisés, comme c'est le cas de la télémédecine.

M. Joël Aviragnet. L'amendement AS975 est défendu.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Ces amendements sont satisfaits. Avis défavorable.

La commission rejette les amendements.

Puis elle adopte successivement les amendements rédactionnels AS1549 et AS1550 du rapporteur.

Elle en vient à l'amendement AS1211 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Nous en avons beaucoup parlé lors de l'examen du PLFSS : un personnel de santé doit se trouver aux côtés du patient pendant le télésoin.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cet amendement restreint l'usage du télésoin en posant le principe du maintien d'une présence physique aux différentes étapes de la prise en charge. Or, le télésoin ne peut être effectué uniquement en présence d'un professionnel de santé. L'avis de la HAS permettra de mieux circonscrire les activités et les conditions de la prise en charge. Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. Il s'agissait pourtant, madame la ministre, de l'une de vos promesses lors de l'examen du PLFSS : le patient sera toujours assisté d'un soignant lors d'un télésoin.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Le principe même du télésoin est que le patient puisse faire appel à un professionnel de santé, un infirmier par exemple, sans qu'il soit à ses côtés.

Mme Caroline Fiat. Nous avons vu qu'au CHU de Nancy, des caméras doivent être positionnées selon un certain angle, ce qui fait que le patient coincé dans son lit doit requérir l'aide d'un soignant pour manipuler le matériel.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Vous êtes en train de parler de la téléconsultation, madame Fiat, qui nécessite effectivement la présence d'un soignant. Le télésoin peut consister en la consultation à distance d'une diététicienne ou en une conciliation médicamenteuse avec un pharmacien ; il n'est pas forcément nécessaire qu'un soignant soit présent auprès du malade.

Mme Caroline Fiat. *Mea culpa*, j'ai confondu télésoin et télé médecine. Je retire cet amendement et les deux suivants.

Les amendements AS1211, 1212 et 1213 sont retirés.

La commission en vient à l'amendement AS1283 de Mme Sophie Mette.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Cet amendement prévoit que les pharmaciens ou auxiliaires médicaux qui pratiquent une activité de télésoin doivent suivre une formation. Il convient en effet d'éviter d'éventuels risques ou dérives en formant les acteurs à la prévention et à la gestion des risques en télésoin.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cela ne relève pas du champ de l'article, qui pose le principe du télésoin et de son encadrement. Là encore, je vous renvoie à l'avis de la HAS portant sur les conditions de réalisation et garantissant la qualité et la sécurité de ces actes. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

La commission examine l'amendement AS692 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Cet amendement précise que les acteurs autorisés à pratiquer une activité de télésoin doivent informer le médecin traitant des soins réalisés et de la prescription. L'objectif est d'améliorer le suivi et la prise en charge du patient.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cela relève davantage du domaine conventionnel. Je vous suggère de retirer cet amendement.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Dans l'exercice de la médecine, ce qui est oral est compliqué. Or le télésoin est une pratique orale. Un problème de responsabilité se pose pour le médecin, le pharmacien ou l'auxiliaire médical s'il n'y a pas de trace écrite. Je considère que cet élément est essentiel, et qu'il ne relève pas du champ conventionnel. Je maintiens l'amendement.

La commission rejette l'amendement.

Elle est saisie, en discussion commune, des amendements AS1348 de Mme Caroline Janvier et AS948 de M. Joël Aviragnet.

M. Jean-Louis Touraine. L'amendement AS1348 vise à instaurer un cadre éthique pour les actes de télésoin, ce qui permettra de garantir la qualité et la sécurité du service prodigué.

M. Joël Aviragnet. L'amendement AS948 a le même objet. Ce cadre éthique permettra d'assurer que la télésanté bénéficie à tous les publics, notamment les plus vulnérables, comme les personnes âgées ou les personnes en situation de handicap.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Les actes de télésanté s'inscrivent dans le cadre de recommandations de bonnes pratiques de la HAS. Comme tous les actes de soins, les actes de télésanté doivent respecter le code de déontologie applicable à chacune des professions de santé, dont les ordres

professionnels sont les garants. Ces amendements sont donc satisfaits et je vous suggère de les retirer.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Elle **adopte** l'amendement rédactionnel AS1619 du rapporteur.*

*Enfin, elle **adopte** l'article 13 **ainsi modifié**.*

Après l'article 13

La commission est saisie de deux amendements identiques AS624 de M. Max Mathiasin et AS955 de M. Joël Aviragnet, portant article additionnel après l'article 13.

Mme Justine Benin. L'amendement AS624 vise à définir la notion de médiation numérique, nécessaire pour accompagner le déploiement des outils technologiques sur les territoires, notamment auprès des publics fragiles. Ce projet de loi prévoit un déploiement d'outils numériques fonctionnellement très riches, notamment au travers d'un espace numérique personnel. Il s'agit d'accompagner les usagers du système de santé dans l'utilisation du numérique.

M. Joël Aviragnet. L'amendement AS955 est défendu.

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission **rejette** les amendements.*

Elle en vient à l'examen de l'amendement AS1279 de M. Julien Borowczyk.

M. Julien Borowczyk. Je reviens sur la problématique des certificats de décès, dont nous avons déjà beaucoup discuté. Tant que le certificat de décès n'est pas établi, les équipes de police ou de gendarmerie sont mobilisées et ce n'est pas sans causer un certain trouble, lorsque les résidents d'un EHPAD, par exemple, doivent cohabiter avec le corps du défunt,

L'infirmier ou le sapeur-pompier pourraient constater cliniquement le décès, suite à quoi le médecin – médecin régulateur, médecin de permanence ou médecin traitant – établirait par téléconsultation un certificat de décès dématérialisé, le cadre judiciaire étant validé par la présence d'un agent de police ou de gendarmerie ou d'un élu municipal en sa qualité d'officier de police judiciaire.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Nous avons déjà débattu mardi de ce sujet qui est préoccupant et qui pose des problèmes sur le terrain. La ministre a expliqué qu'elle proposerait une solution en séance. Votre amendement pourrait ainsi alimenter la réflexion, en vue de l'examen du texte dans l'hémicycle. Dans cette perspective, je vous demande de bien vouloir le retirer.

M. Julien Borowczyk. C'est effectivement un sujet de préoccupation, dans la mesure où l'autorisation d'inhumer dépend du certificat de décès. La dématérialisation du certificat de décès est un élément qu'il convient de prendre en compte.

L'amendement est retiré.

La commission examine l'amendement AS1285 de Mme Sophie Mette.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Compte tenu des enjeux médico-économiques afférents à la mise en œuvre de la politique de déploiement de la télémédecine et des télésoins, et du caractère précurseur du modèle économique choisi par la France, nous proposons que le Gouvernement réalise dans les douze mois suivant la promulgation de la loi un rapport sur cette politique, en lien avec des laboratoires de recherche universitaires. Il s'agit de permettre au Parlement d'effectuer son travail de contrôle face à ces pratiques médicales innovantes.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Le délai est un peu court, puisqu'il faut encore définir les actes et préciser les conditions, attendre les conclusions des travaux de la HAS et engager la négociation conventionnelle avec la CNAM. Je crains que nous n'ayons pas le recul nécessaire pour tirer un premier bilan de cette politique. Avis défavorable.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Je proposerai donc en séance de porter le délai à vingt-quatre mois...

L'amendement est retiré.

Article 14

Moderniser le cadre de la prescription dématérialisée

La commission examine l'amendement AS1567 du rapporteur.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cet amendement a pour objet de rétablir la prescription dématérialisée adoptée en loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2019. Le Conseil constitutionnel, estimant que c'était un cavalier législatif, l'avait censurée. Cette prescription dématérialisée me paraît un progrès pour le quotidien des professionnels et des usagers.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 14 modifié.

Après l'article 14

La commission se saisit de l'amendement AS410 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Conformément à la volonté manifestée par le Gouvernement de promouvoir auprès des Français le recours à l'opticien pour le renouvellement des lunettes dans le cadre du 100 % Santé, cet amendement a pour but de prolonger la durée de validité des ordonnances.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. L'article que votre amendement a pour objet de modifier, chère collègue, dispose précisément que les conditions de validité de la prescription médicale pour les verres correcteurs sont déterminées par décret ; ce n'est donc pas du domaine de la loi.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Effectivement, monsieur le rapporteur. Je crois même que tout cela est du niveau d'un arrêté. Les règles sont donc négociées avec les professionnels, qui examinent la légitimité ou non d'un allongement des durées de validité. Inscrire cela dans la loi introduirait nettement plus de rigidité.

L'amendement est retiré.

**TITRE IV
MESURES DIVERSES**

**CHAPITRE I^{ER}
Dispositions de simplification**

Article 15

Abrogations de dispositions législatives

La commission adopte l'amendement de coordination AS1573 du rapporteur.

Puis elle se saisit des amendements identiques AS1291 de M. Jean-Hugues Ratenon et AS1396 de M. Pierre Dharréville.

M. Jean-Hugues Ratenon. L'amendement AS1291 est défendu.

M. Pierre Dharréville. Nous proposons de supprimer l'alinéa 8 de cet article, dont l'objet est la suppression d'un dispositif expérimental portant obligation pour les pharmaciens grossistes-répartiteurs de déclarer, auprès d'un tiers, leurs volumes d'exportations de médicaments hors de France. L'étude d'impact indique que cette expérimentation se heurte à la difficulté d'identifier un tiers de confiance, au droit des affaires et à la libre concurrence. Pour notre part, nous ne comprenons pas pourquoi la puissance publique se prive d'un instrument

permettant de contrôler l’approvisionnement des médicaments en France, *a fortiori* quand on sait que notre pays a récemment connu des pénuries.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Le dispositif expérimental que vous proposez de maintenir n’a, en réalité, jamais été mis en œuvre, car il est apparu qu’il soulevait différentes difficultés, à commencer par celle de l’identification d’un tiers de confiance chargé de collecter les données déclarées par les entreprises concernées. Il pouvait, en outre, heurter le principe de libre concurrence. Enfin, il ne permettait pas de lutter efficacement contre les ruptures d’approvisionnement dans la mesure où les données n’étaient recueillies qu’*a posteriori*.

La lutte contre les pénuries de médicaments reste néanmoins au cœur des priorités ; Mme la ministre a annoncé un prochain plan d’action pour lutter contre les ruptures de stocks. Je suis donc défavorable à cet amendement.

Mme Caroline Fiat. J’entends votre réponse, monsieur le rapporteur, mais – je sens que vous serez d’accord avec moi – mieux vaut prévenir que guérir, mieux vaut deux solutions qu’aucune. Et avec tout ce que nous savons sur les pénuries, dont un tiers a trait aux vaccins – hier, nous évoquions l’importance de la vaccination –, mieux vaut qu’il y ait deux solutions plutôt qu’une pour éviter toute pénurie, notamment dans les traitements de maladies chroniques, la chimiothérapie, les vaccins. Je ne vois pas pourquoi on n’adopterait pas cet amendement.

M. Pierre Dharréville. Nous avons l’impression d’une forme de découragement là où il faudrait un peu plus de volonté politique. Nous sommes habitués à ce que la libre concurrence nous soit opposée pour éviter que soient prises certaines dispositions, mais cet argument, en pareille matière, doit être écarté. En revanche, il peut y avoir des obstacles techniques, tels ceux que vous avez évoqués, mais la question est alors de savoir comment un dispositif de cette nature pourrait être réellement mis en œuvre ou expérimenté. Il me semble que nous tenons une piste qu’il ne faut pas abandonner.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Évidemment, l’argument de la libre concurrence ne saurait être valable. Le problème des pénuries de médicaments tient à la multiplicité de leurs causes, qui nous contraint à agir sur de nombreux facteurs. L’expérimentation que vous proposez de maintenir n’est pas très utile – pour ne pas dire qu’elle est complètement sans intérêt. Nous préférons appliquer le plan d’action que nous sommes en train d’élaborer à la suite du rapport sénatorial sur les pénuries de médicaments. Cela nous paraît beaucoup plus légitime que l’expérimentation en question, qui ne traite tout simplement pas la majorité des causes. Nous sommes extrêmement attentifs à toutes les actions possibles pour lutter contre la pénurie de médicament. Le dispositif visé n’est simplement pas efficace, ce n’est pas ainsi que nous pouvons agir.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. J'abonderai dans le même sens. La pénurie de médicaments est un vrai problème de santé publique. Ceux actuellement en rupture de stock sont précisément des médicaments non substituables. S'attaquer au problème sous le seul angle des grossistes-répartiteurs et de l'exportation ne servirait à rien, car les causes sont vraiment multiples.

La commission rejette les amendements.

Puis elle adopte l'article 15 modifié.

Article 16

Mesures de sécurisation des établissements de santé

La commission examine l'article AS1311 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Cet amendement est cohérent avec une proposition de loi que nous avons déposée pour interdire les dépassements d'honoraires. Nous voulons supprimer l'article 16 pour la simple et bonne raison que les dépassements d'honoraires peuvent dans certains cas empêcher des personnes d'accéder à des soins.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. On ne compte plus que six établissements de santé privés d'intérêt collectif qui recourent encore à des professionnels médicaux libéraux pratiquant des dépassements d'honoraires ; ils ont hérité de contrats autorisant les dépassements d'honoraires. La difficulté tient au fait qu'une rupture de contrats à l'initiative de l'établissement lui fait courir des risques financiers et contentieux importants. Je veillerai à ce que le délai complémentaire de trois ans permette d'accompagner les six établissements concernés, en lien étroit avec les agences régionales de santé, pour régler de manière définitive les difficultés rencontrées.

La commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS1040 de M. Francis Vercamer.

M. Paul Christophe. M. Vercamer propose que la notion de compte agrégé soit définie en lien avec les instances consultatives comptables nationales. Pour l'heure, comme l'a remarqué le Conseil d'État dans l'avis qu'il a rendu le 7 février 2019, cette notion ne renvoie à aucun dispositif normalisé.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Votre amendement me paraît satisfait, cher collègue. Le Conseil de normalisation des comptes publics a d'ores et déjà été consulté et l'ensemble des organismes compétents seront bien entendu associés à l'élaboration du périmètre et des règles relatives aux états comptables des établissements publics de santé, dont l'entrée en vigueur est prévue en 2022.

L'amendement est retiré.

La commission se saisit de l'amendement AS1465 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Dans la mesure où nous ne sommes pas favorables à une prolongation de trois ans, nous proposons de supprimer l'alinéa 3. J'ai bien entendu ce que vous avez dit, monsieur le rapporteur : vous veillerez à ce que le délai complémentaire de trois ans permette d'accompagner les établissements concernés, en lien étroit avec les agences régionales de santé, pour régler de manière définitive les difficultés rencontrées, mais nous aimerions savoir comment, pour être rassurés, car nous voyons bien le risque.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Il y a trois ans, dix établissements étaient encore concernés. Il n'y en a plus que six, accompagnés par les ARS. Comme nous avons aussi une mission de contrôle, je suivrai le dossier et je vous invite, cher collègue, à faire de même, pour que la question soit réglée d'ici à la fin de notre mandat.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Je veux rassurer complètement M. Aviragnet. Moins de dix établissements sont concernés, dans deux ou trois régions, où les ARS, très vigilantes, suivent le dossier. La situation est en voie d'extinction.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte successivement les amendements rédactionnels AS1574 et AS1575 du rapporteur.

Elle adopte enfin l'article 16 modifié.

Après l'article 16

La commission examine l'amendement AS883 de M. Jean-Pierre Door.

M. Gilles Lurton. Cet amendement vient clarifier la partie relative à l'interdiction des dépassements d'honoraires dans le cadre du service public hospitalier. Celui-ci bénéficie d'une dérogation aux dépassements d'honoraires dans le cadre de son secteur privé. L'article 16 du présent projet de loi fait perdurer la dérogation pour les établissements associatifs. De plus, le Conseil Constitutionnel est venu encadrer l'habilitation du service public hospitalier dans un considérant où il établit que le service public hospitalier n'amène pas de différence de traitement entre les établissements de santé publics et privés.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. L'interprétation de la loi sur l'interdiction des dépassements d'honoraires en établissement public de santé est complexe. Le Conseil constitutionnel a été saisi par voie de question prioritaire de constitutionnalité afin d'éclairer l'interprétation de la loi. En attendant qu'il se prononce, je vous invite, cher collègue, à retirer cet amendement ; à défaut, j'y serai défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle se saisit de l'amendement AS1165 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Cet amendement pose l'interdiction des dépassements d'honoraires aux professionnels de santé libéraux. Le montant total des dépassements d'honoraires atteignait en 2016 2,66 milliards d'euros, dont 2,45 milliards d'euros pour les seuls médecins spécialistes. Si les dépassements moyens ont diminué ces dernières années du fait des contrats OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée), les effets de cette baisse sont malheureusement neutralisés par l'augmentation du nombre de médecins qui y ont recours. Selon un rapport de la Cour des comptes daté du mois de novembre 2017, le taux moyen du dépassement pratiqué est de 56 %. Les dépassements d'honoraires contribuent à aggraver les inégalités d'accès aux soins pour nos concitoyens et créent un système de santé à deux vitesses dans cette période de pénurie de spécialistes et de praticiens. Il faut donc s'y attaquer de manière frontale.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je partage, cher collègue, vos inquiétudes sur les dépassements d'honoraires pratiqués par certains médecins, mais niveler tout d'un coup l'ensemble des tarifs des actes médicaux au niveau du secteur 1 risquerait d'entraîner le déconventionnement de l'assurance maladie d'un grand nombre de médecins, notamment des spécialistes, ce qui aggraverait encore les inégalités d'accès aux soins que vous déplorez.

Des efforts importants ont déjà été réalisés par l'assurance maladie pour limiter la hausse des dépassements d'honoraires. L'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) permet d'encadrer les honoraires des praticiens en secteur 2. Par ailleurs, les domaines où le renoncement aux soins pour raisons financières est le plus important sont les soins dentaires, l'optique et l'audiologie. Or la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, que nous avons adoptée il y a quelques mois, a mis en place le reste à charge zéro sur un panier de soins dentaires, d'optique et de prothèses auditives.

Mme Caroline Fiat. À chaque fois que nous proposons de supprimer les dépassements d'honoraires est avancée, on nous oppose systématiquement le risque du déconventionnement. Il faut à un moment donné savoir taper du poing sur la table, trouver des solutions et envisager d'interdire les déconventionnements. Liberté, égalité, fraternité, cela implique que tout le monde doit avoir accès aux soins. Si les dépassements d'honoraires ne le permettent pas, il faut vraiment s'attaquer au problème, quitte à mécontenter certains. Le sujet est d'une particulière actualité à l'heure du mouvement des gilets jaunes, et l'accès aux soins une préoccupation majeure.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. L'accès aux soins était déjà une priorité pour le Gouvernement et la majorité bien avant le grand débat national et le mouvement des gilets jaunes. Mme la ministre avait lancé le plan pour l'égal accès aux soins dès le mois d'octobre 2017 !

Souvent, le mieux est l'ennemi est du bien. En souhaitant, finalement, supprimer le secteur 2 et ramener tout le monde au secteur 1, le risque est que nombre de médecins choisissent un déconventionnement complet. Ce qui, compte tenu des difficultés actuelles en matière d'accès aux soins, rendrait le système de santé encore plus inégalitaire : nos concitoyens auraient toujours besoin des mêmes soins mais seraient encore moins remboursés. C'est vraiment une fausse bonne idée. Je maintiens mon avis défavorable.

M. Alain Bruneel. Je ne partage pas ce point de vue, monsieur le rapporteur. On ne doit pas céder au chantage au déconventionnement. Des mesures doivent être prises immédiatement. C'est vraiment un gros problème.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS525 de M. Yves Daniel.

M. Jean-Louis Touraine. Les dépassements d'honoraires atteignent parfois des niveaux préoccupants : 52,5 % des spécialistes pratiquent des dépassements, et le taux moyen de dépassement est de 98 % chez les gynécologues médicaux et 92 % chez les gériatres, alors que toutes les personnes âgées sont loin d'être fortunées. Voilà qui n'est pas conforme au tact et à la mesure requis par le code de déontologie médicale. Pour y revenir, nous proposons de plafonner à 50 % le niveau de dépassement autorisé, ce qui présenterait également l'avantage de nous préserver du risque du déconventionnement d'un nombre significatif de médecins. Un dépassement de 50 % ne leur fait gagner qu'un peu moins que ce qu'ils avaient l'habitude de gagner en s'écartant du tact et de la mesure, et cette limitation n'irait pas jusqu'à les inciter à un déconventionnement. C'est en somme une proposition intermédiaire, une sorte d'amendement de repli, qui permet les dépassements mais les maintient à un niveau modéré.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Le code de la sécurité sociale prévoit déjà des sanctions pour les professionnels de santé qui exposent les assurés à des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure. Par ailleurs, l'option pratique tarifaire maîtrisée permet d'encadrer les honoraires des praticiens en secteur 2, et donc de limiter les dépassements d'honoraires. Je suis donc défavorable à cet amendement.

La commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS981 de M. Joël Aviragnet.

Mme Ericka Bareigts. Il s'agit toujours de l'encadrement des dépassements d'honoraires. Tout le monde l'a dit : la facture sanitaire s'alourdit pour nos concitoyens. C'est manifeste. Entre 2012 et 2016, alors que l'inflation n'a pas été supérieure à 1 %, les tarifs moyens de consultation des généralistes ont progressé de 3,2 % et ceux des pédiatres ont connu une augmentation allant jusqu'à 8 %. Nous proposons donc que les conventions définissant les rapports

entre les organismes d'assurance maladie et les médecins mentionnent les conditions permettant que les pratiques tarifaires maîtrisées s'appliquent à l'ensemble des médecins en secteur 2.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Avis défavorable, pour les raisons précédemment exposées.

M. Joël Aviragnet. Nous entendons votre point de vue, monsieur le rapporteur. J'appelle simplement votre attention sur le fait que nous connaissons actuellement une situation extrêmement tendue. De nombreux concitoyens nous interpellent et nous disent ne pas pouvoir obtenir un rendez-vous chez le médecin. Dans certains endroits, c'est cependant plus facile, moyennant un dépassement bien plus important. La situation favorise ce genre de pratiques. Peut-être pourrions-nous nous pencher sur la situation plutôt que de nous satisfaire de l'existant : à situation particulière, réponse exceptionnelle !

La commission rejette l'amendement.

Article 17

Suppression des bulletins d'interruption volontaire de grossesse

La commission examine l'amendement AS702 de Mme Marie-Pierre Rixain.

Mme Marie-Pierre Rixain. Je souhaite au préalable condamner fermement les méthodes du syndicat national des gynécologues obstétriciens de France. L'interruption volontaire de grossesse (IVG) ne saurait être une variable d'ajustement. Il s'agit d'un droit, protégé par les lois de la République. Je remercie à cet égard Mme la ministre qui a elle aussi fermement condamné, hier, ces méthodes.

La loi Veil de 1975 qui décriminalise l'interruption volontaire de grossesse a rendu obligatoire le remplissage d'un bulletin par les professionnels de santé. Les bulletins doivent être distribués et récoltés par le ministère de la santé, et analysés par l'Institut national d'études démographiques (INED). Chaque année, l'INED publie ces statistiques précieuses pour dresser un état des lieux complet du recours à cet acte médical en France.

Il est prévu de supprimer ces bulletins statistiques au profit d'un système de surveillance nationale fondée sur des données numériques qui existent déjà et sont mieux renseignées. Cet amendement vise simplement à appeler l'attention sur la nécessité de veiller à la qualité et à l'exhaustivité des données. Il faut que nous puissions toujours disposer de ces ressources statistiques essentielles en matière d'IVG.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je m'associe à vous, chère collègue, pour condamner le recours assez indigne à un chantage à la pratique de

l'IVG à l'occasion de négociations conventionnelles ; cela ne fait pas honneur à la profession de gynécologue.

La fin de la production des bulletins d'IVG prévue par l'article 17 n'aura aucune conséquence sur la qualité et l'exhaustivité des données relatives à la pratique de l'IVG. En effet, ces bulletins mis en place après l'adoption de la loi Veil en 1975 ne font plus l'objet d'un traitement statistique. Un nombre important d'entre eux ne sont d'ailleurs même plus renseignés – environ 40 %. Depuis 1975, le système d'information en matière d'IVG s'est enrichi grâce à la mise en place de deux bases de données médico-administratives : le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), pour les IVG pratiquées dans des établissements de santé ; les données de consommation interrégimes de l'assurance maladie, pour les IVG pratiquées en dehors des établissements de santé. Ce sont donc désormais ces deux bases de données, dont le principal intérêt tient à leur exhaustivité, qui sont utilisées en tant que sources de référence pour le suivi annuel des IVG. L'article 17 ne fait donc que supprimer un dispositif obsolète.

Je suis donc défavorable, chère collègue, à votre amendement.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'amendement de précision rédactionnelle AS1577 du rapporteur.

Puis elle se saisit l'amendement AS1576 du rapporteur.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cet amendement de coordination ne se révèle ne pas être aussi pertinent que je le pensais...

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'article 17 modifié.

Après l'article 17

La commission examine l'amendement AS1324 de M. Adrien Quatennens.

M. Jean-Hugues Ratenon. La clause de conscience du médecin relative à l'IVG avait été introduite dans le projet de loi de dépénalisation de l'avortement en 1974 pour tempérer l'opposition du conseil de l'ordre des médecins, majoritairement hostile à la légalisation de l'avortement. Le code de la santé publique prévoit pourtant par ailleurs une clause de conscience générale qui permet à tout professionnel de santé de refuser de procéder à un acte médical, quel que celui-ci soit. Cela rend absolument inutile une clause spécifique.

Dans le contexte actuel de mobilisation, où des gynécologues font pression sur le Gouvernement en menaçant d'arrêter de pratiquer des IVG, il est important

d'envoyer un signal fort. Cette clause spécifique peut être un frein au recours à l'IVG, alors qu'il n'appartient pas au corps médical de décider pour les femmes de ce qu'elles font de leur corps. Nous proposons donc de supprimer la clause spécifique du refus de l'IVG.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je veux tout d'abord souligner le caractère inaliénable du droit à l'IVG. Il est indispensable pour permettre aux femmes de disposer de leur corps.

On peut certes considérer que la clause de conscience relative à l'IVG fait doublon par rapport à la clause de conscience générale mais, en réalité, votre amendement, cher collègue, pourrait avoir un effet pervers en supprimant du même coup l'obligation pour le médecin d'informer sans délai la patiente de son refus et de lui communiquer le nom de praticiens qui pourraient répondre à sa demande et réaliser son IVG. En cas de refus d'IVG par un praticien en établissement public, il ne serait plus obligé d'orienter sa patiente vers un autre praticien et l'accès à l'IVG pourrait s'en trouver affecté ; ce serait un recul.

Je vous demande donc, cher collègue, de retirer votre amendement. À défaut, j'y serai très défavorable.

Mme Ericka Bareigts. L'examen de cet amendement me permet de revenir sur les événements d'hier : un syndicat s'est servi de l'IVG pour prendre les femmes en otages pour peser sur des négociations conventionnelles sont en cours. Qu'un syndicat de médecins refuse ainsi que les IVG soient pratiquées me choque particulièrement.

Mme Caroline Fiat. La clause de conscience générale dispose déjà, me semble-t-il, que le médecin qui l'invoque doit orienter son patient vers un confrère. Il y a donc vraiment un doublon. En ce moment où l'attitude du syndicat des gynécologues obstétriciens choque tout le monde, il serait pertinent de supprimer cette clause spéciale ; il y aurait là un véritable message.

M. Gilles Lurton. Je voterai bien sûr contre cet amendement. Je tiens à ce que la clause de conscience soit maintenue. Je suis très attaché à la loi Veil et à l'application de celle-ci telle qu'elle a été votée. De mon point de vue, elle a déjà subi un certain nombre d'entorses dans le passé. Je crois qu'il y a là une liberté des médecins qu'il faut conserver. Je n'accepte évidemment aucun chantage de la part d'aucun syndicat ni aucune prise en otage d'aucune femme qui voudrait procéder à une interruption volontaire de grossesse, mais je respecte aussi le droit des médecins à penser autrement.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Je voterai également contre cet amendement. Il était urgent que nous dénoncions collectivement les propos scandaleux et l'attitude scandaleuse du syndicat des gynécologues mais la suppression de cette clause de conscience serait, à mon avis, tout à fait contre-productive.

M. Jean-Louis Touraine. Cette clause de conscience ne me paraît effectivement plus nécessaire. Le code de déontologie médicale offre déjà à tout médecin la possibilité, hors des circonstances d'urgence, de refuser ses soins ; il a simplement l'obligation de confier à un confrère la suite du traitement de son patient. Nous avons d'ailleurs, au cours de la législation précédente, inscrit le délit d'entrave à l'accès à l'IVG dans la loi. Cet amendement nous donne la possibilité de renforcer cela.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Le communiqué du syndicat des gynécologues obstétriciens est scandaleux. Je n'ai jamais vu de professionnels menacer de refuser de faire un acte. En l'occurrence, ils n'ont pas refusé de faire des frottis, de palper les seins, de faire une mammographie, d'opérer les femmes ou de faire n'importe quel autre acte médical ; ils ont choisi spécifiquement l'IVG. C'est donc un acte militant que je considère indigne d'un syndicat censé se préoccuper de la santé des femmes et de les accompagner.

Personne ne peut douter de mon engagement pour le droit à l'IVG, mais, sincèrement, l'idée de supprimer cette clause de conscience m'inquiète pour plusieurs raisons.

C'est effectivement une double sécurité par rapport au droit qu'ont tous les professionnels de refuser de faire un acte. Quand un professionnel refuse de faire un acte, c'est en général au coup par coup, en fonction de l'indication ou du patient – il peut considérer que le patient est instable psychologiquement ou qu'il y aurait des complications. Le refus d'acte est donc en général lié à la relation entre le médecin et le malade, ou à la pathologie ou à l'indication individuelles. Du reste, la loi dispose qu'en cas d'invocation de la clause générale le médecin doit transmettre les informations au professionnel que la patiente aura trouvé elle-même. Il n'a donc pas l'obligation de trouver un relais. La clause de conscience spécifique offre donc une sécurité pour les femmes.

En outre, du point de vue du parcours des femmes dans les établissements, elle évite un parcours erratique : quand on sait qu'un professionnel fait jouer la clause de conscience, on sait qu'il le fera pour toutes les femmes. Dans un établissement, quand on connaît les professionnels qui font jouer la clause de conscience, on les oriente directement vers les médecins qui acceptent de faire des avortements, sans leur faire perdre de temps.

La suppression de la clause spécifique exposerait donc surtout au risque d'une complexification et d'un ralentissement du parcours des femmes, voire d'un dépassement des délais. Ce serait, par volonté de bien faire, aggraver la situation des femmes.

Mme Caroline Fiat. Je ne suis pas sourde à ces explications, madame la ministre, mais, pour l'heure, nous maintenons cet amendement.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle en vient à l'amendement ASI154 de M. Jean-Louis Touraine.

M. Jean-Louis Touraine. Je propose que le Gouvernement remette au Parlement un rapport sur les inégalités d'accès à l'IVG dans les territoires, en métropole et dans les outre-mer. Dans certains territoires, il est, à divers moments, impossible pour les femmes d'accéder à une IVG. Il s'agirait de mieux comprendre les raisons de ces difficultés afin de développer des solutions efficaces qui garantissent ce droit à toutes les femmes.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Vous avez tout à fait raison, cher collègue, c'est un vrai sujet. D'après les informations qui m'ont été communiquées, une enquête sera très prochainement lancée dans les territoires à propos des inégalités d'accès à l'IVG. Dans ce contexte, votre demande de rapport pourrait faire doublon. Peut-être Mme la ministre nous précisera-t-elle ce qu'il en est mais, pour ma part, je vous invite plutôt à retirer cet amendement ; à défaut, j'y serai défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. En effet, j'ai demandé il y a quelques mois aux ARS de me faire remonter leurs données sur l'IVG. Il s'agit de savoir combien de médecins invoquent la clause de conscience, le cas échéant, dans quels établissements ils le font, et s'il y a des obstacles à l'accès à l'IVG. Les chiffres globaux montrent, en gros, une activité stable et aucun élément ne fait craindre une difficulté d'accès, mais nous avons effectivement des remontées de terrain au cas par cas. Les ARS sont très vigilantes et s'efforcent de combler les manques, par exemple lorsqu'un obstétricien quitte un établissement.

En pratique, ces remontées des ARS que j'aurai tout au long de l'année 2019 pourraient faire l'objet d'un rapport ; je peux m'y engager. Il n'est pas nécessaire de l'inscrire dans la loi.

L'amendement est retiré.

La commission en vient à l'amendement AS698 de Mme Marie-Pierre Rixain.

Mme Marie-Pierre Rixain. Cet amendement s'inscrit dans la continuité des travaux que j'ai pu mener sur le congé maternité des travailleuses indépendantes et vise à généraliser l'entretien prénatal précoce. Cet entretien du quatrième mois est souvent confondu avec une première consultation de grossesse alors même qu'il s'agit d'aborder le projet de naissance dans son ensemble et d'aborder toutes les questions avec la future mère. Ainsi que le rappelle le professeur Azria, ce sont surtout des catégories socioprofessionnelles favorisées qui ont accès à cet entretien et, selon l'enquête Périnatalité de 2016, seuls 29 % des femmes en bénéficient. Je demande donc un rapport d'évaluation sur l'amélioration de l'accompagnement des femmes durant leur grossesse et les conditions de généralisation de l'entretien prénatal précoce, essentiel à bien des égards, en termes de santé publique.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je profite de l'occasion pour vous remercier une nouvelle, chère collègue, pour les travaux d'excellente qualité que vous aviez menés, qui nous avaient éclairés lors de l'examen de la dernière loi de financement de la sécurité sociale. Je suis tout à fait d'accord : l'entretien prénatal précoce est trop peu connu, alors qu'il a une véritable utilité pour l'information des femmes enceintes, le dépistage et l'accompagnement des situations complexes. Je suis donc favorable à votre amendement.

M. Gilles Lurton. Le groupe Les Républicains votera en faveur de cet amendement.

La commission adopte l'amendement à l'unanimité.

7. Réunion du jeudi 14 mars 2019 à 14 heures (article 18 à après l'article 23)

http://videos.assemblee-nationale.fr/video.7389859_5c8a505fe65bc.commission-des-affaires-sociales--organisation-et--transformation-du-systeme-de-sante-suite-14-mars-2019

Article 18

Mesures de simplification

La commission examine l'amendement AS501 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Il s'agit, par cet amendement, de prendre des mesures de simplification dans le cas des recours à l'appel à projets pour les établissements médico-sociaux.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Des exonérations sont déjà possibles, en cas de transformation d'un établissement médico-social sans changement de public, ou d'extension en dessous d'un certain seuil.

Une expérimentation d'exonération pour les extensions sans niveau de seuil a permis à l'Île-de-France de lancer en 2018-2019 un appel à manifestation d'intérêt sur la transformation de l'offre pour personnes handicapées, laissant une grande latitude aux acteurs pour répondre par des solutions innovantes, sans cahier des charges préétabli. Cette expérimentation, engagée dans quatre régions, pourrait être étendue.

L'article 51 de la LFSS pour 2018 permet aussi à des projets innovants, issus du terrain – donc sans appel à projets initié par l'ARS – de voir le jour.

Enfin il convient de ne pas trop démanteler l'appel à projets, qui reste une procédure utile pour mettre en concurrence les acteurs du secteur, afin de faire le meilleur choix. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

*Puis elle **adopte** l'amendement de précision rédactionnelle AS1578 du rapporteur.*

Elle en vient ensuite aux amendements identiques AS370 de M. Gilles Lurton et AS1485 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

M. Gilles Lurton. L'amendement AS370 vise à étendre l'état des prévisions de recettes et des dépenses (EPRD) à l'ensemble des établissements et services médico-sociaux du champ du handicap.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. L'amendement AS1485 est défendu.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. La généralisation de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses est prévue par l'article 18, mais elle est liée à celle des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Or cet amendement prévoit le passage à l'EPRD sans CPOM, ce qui est problématique. En effet, l'EPRD démarre par une notification des recettes à l'établissement, contrairement à la dotation globale, qui démarre par une demande budgétaire de l'établissement à sa tutelle. Cela suppose l'existence d'un CPOM, qui a posé au préalable le diagnostic et les besoins pluriannuels de l'établissement. Avis défavorable.

*La commission **rejette** les amendements.*

Puis elle examine l'amendement AS1389 de Mme Albane Gaillot.

Mme Annie Vidal. Cet amendement a pour but de faire évoluer le régime de l'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS). Ces évolutions visent à permettre aux autorités chargées du renouvellement de l'autorisation de mieux accompagner la transformation et la recomposition de l'offre sur leur territoire. Pour cela, la loi prévoit d'étendre les conditions du renouvellement de l'autorisation, notamment à des critères de réponse aux besoins du territoire.

Dans le même objectif de garantir la compatibilité des autorisations avec l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux ou l'absence de disproportion des coûts par rapport au service, la loi prévoit le retrait automatique de l'autorisation en cas de retrait de l'habilitation financière, sauf demande expresse du gestionnaire de poursuivre son activité sans faire appel à des financements publics.

Ces évolutions ont également pour objectif de renforcer le lien entre les résultats de l'évaluation et le renouvellement de l'autorisation, afin que la qualité des prestations délivrées par les ESSMS continue à constituer une condition de la poursuite de leurs activités à l'échéance de l'autorisation.

Ces modifications du cadre juridique du régime de l'autorisation des ESSMS seront déterminantes pour renforcer l'effectivité de la démarche qualité des services et structures et la transformation de l'offre sur les territoires.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Avis favorable à cet amendement qui permet une meilleure prise en compte des besoins du territoire et qui devrait contribuer à améliorer la qualité des prestations délivrées par les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle est saisie des amendements identiques AS10 de M. Matthieu Orphelin et AS1097 de Mme Martine Wonner.

M. Matthieu Orphelin. Il s'agit de supprimer des alinéas de cet article 18, qui nous paraissent des cavaliers un peu surprenants dans cette loi santé si nous voulons maintenir une protection adaptée de l'eau potable.

Le premier alinéa concerne les petits captages, pour lesquels, avec cette loi, on passerait d'une logique de prévention de la pollution de l'eau à une logique où la pollution doit être avérée pour qu'une protection soit mise en place. Quant au deuxième alinéa, il restreint la participation du public à l'élaboration des actes modifiant les périmètres de protection des captages, ce qui ne me paraît évidemment pas pertinent. Nous proposons donc de maintenir les dispositifs actuels.

Mme Delphine Bagarry. L'amendement AS1097 est défendu.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. La procédure de mise en place d'un unique périmètre de protection immédiate ne se traduira pas par une diminution de la qualité de l'eau, au contraire : cette procédure s'appliquera uniquement aux captages qui, aujourd'hui, ne bénéficient d'aucun périmètre de protection en raison d'une procédure longue et complexe.

Lorsque cette procédure simplifiée sera achevée et que le périmètre de protection unique sera instauré, il en résultera un risque moindre de pollution pour l'eau captée, et donc une meilleure qualité d'eau potable pour les populations alimentées par ces petits captages de moins de cent mètres cubes par jour.

Par ailleurs, en cas de risque avéré de dégradation de la qualité de l'eau, identifié lors de l'étude préalable à toute mise en place des périmètres de protection, le périmètre de protection immédiate sera complété par un périmètre de protection rapprochée, voire par un périmètre de protection éloignée. Avis défavorable sur ces amendements.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Monsieur Orphelin, le caractère cavalier d'un amendement s'apprécie par rapport aux dispositions du

projet de loi initial. Dès lors qu'elle figure dans l'un des articles de celui-ci, une disposition n'est pas un cavalier.

M. Matthieu Orphelin. Je vous remercie, madame la présidente, pour cette explication, mais en quoi ce deuxième alinéa, qui restreint la participation du public à l'élaboration des actes modifiant les périmètres de protection des captages, est-il en rapport avec le projet de loi que nous examinons ?

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. C'est au Gouvernement qu'il faut poser la question.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Il s'agit d'une mesure de simplification. Quant aux autres éléments de réponses, je vous les ai déjà apportés.

M. Paul Christophe. Nous avons en effet le sentiment que ce projet de loi consacré à l'organisation et à la transformation du système de santé sert en l'occurrence de véhicule législatif pour toute une série de dispositions gouvernementales, ce qui rend perplexe – je l'avais d'ailleurs indiqué en préambule à nos travaux.

Pour le reste, nous sommes toujours inquiets lorsqu'il s'agit de la qualité, sachant que, sur le territoire métropolitain comme dans nos DOM-TOM, nous ne sommes pas forcément les mieux-disants en la matière. Nous serons donc très attentifs à ce que la directive ne vienne pas dégrader la situation.

La commission rejette les amendements.

Elle adopte ensuite l'amendement rédactionnel AS1579 du rapporteur.

Puis elle est saisie de l'amendement AS1475 du Gouvernement.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Cet amendement vise à assouplir le droit en vigueur et à aligner le niveau d'exigence avec celui le droit de l'Union européenne en ce qui concerne des dispositions spécifiques à l'eau.

La disposition a ainsi pour effet de permettre un report des échéances fixées pour l'atteinte du bon état des masses d'eau du fait des conditions naturelles, sans limite dans le temps. En effet, la transposition française actuelle de l'article 4 de la directive-cadre sur l'eau 2000/60/CE limite ce report à deux mises à jour du document de planification de l'eau, soit jusqu'à 2027. Or, l'article 4 de la directive-cadre sur l'eau prévoit la possibilité de mobiliser cette dérogation sans qu'elle soit accompagnée d'une limite de report. Il convient donc d'aligner les termes de la transposition française sur les termes de la directive elle-même.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Avis favorable à cet excellent amendement qui permet d'aligner les dispositions applicables en France avec celles prévues par la directive européenne.

M. Pierre Dharréville. Au-delà du fait qu'on se demande si cette disposition a vraiment sa place dans ce projet de loi, je m'interroge sur le fait de savoir si cet assouplissement ne constitue pas un recul par rapport au droit existant, en termes d'exigence de qualité de l'eau.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Nous parlons d'une directive sur la qualité de l'eau qui s'inscrit dans le domaine de la santé et de l'environnement. L'idée est d'aligner notre droit avec le droit européen, sans surtransposer.

La commission adopte l'amendement.

La commission examine ensuite l'amendement AS1476 du Gouvernement.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Cet amendement vise à transposer une directive européenne, afin d'assouplir des dispositions applicables dans le domaine de l'eau à Mayotte.

Concernant l'atteinte du bon état des masses d'eau, la disposition a pour objet de prévoir des échéances différentes de celles prévues pour la métropole et le reste des outre-mer, soit 2021 au lieu de 2015. Depuis la départementalisation de Mayotte, le 31 mars 2011, le principe de l'identité législative implique que, sauf adaptation spécifique, l'ensemble des dispositions législatives et réglementaires applicables à la métropole sont applicables à ce territoire. L'échéance d'atteinte du bon état des masses d'eau fixée à 2015, en application de la directive-cadre sur l'eau 2000/60/CE, transposée à l'article L. 212-1 du code de l'environnement, est donc aujourd'hui applicable à Mayotte.

Cela étant, au niveau communautaire, Mayotte se voit appliquer le droit de l'Union, avec des adaptations possibles à compter du 1^{er} janvier 2014, date de sa reconnaissance en tant que région ultra-périphérique de l'Union (RUP). L'article 3 de la directive 2013/64/UE prévoit ainsi une adaptation pour Mayotte, en ce qui concerne notamment l'échéance d'atteinte du bon état des masses d'eau, fixée à 2021. Il convient donc de transposer cette date dans le droit national au plus vite, d'autant que l'échéance de transposition de la directive 2013/64/UE, fixée au 31 décembre 2018, est à ce jour dépassée.

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

Puis elle en vient à l'amendement AS1481 du Gouvernement.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. L'amendement AS1481, dont j'ai déjà parlé hier, vise à simplifier le fonctionnement des agences régionales de santé, en donnant la possibilité à leur directeur général de fusionner les deux commissions de coordination des politiques publiques compétentes, à la fois dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la

protection maternelle et infantile, ainsi que dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux, en une seule commission.

L'organisation des ARS prévoit la constitution de deux commissions de coordination des politiques publiques, l'une compétente dans le domaine de la prévention, l'autre dans la prise en charge des accompagnements médico-sociaux. Or la composition de ces commissions est, en très grande partie, identique. Elles associent toutes les deux les services de l'État, les collectivités territoriales et leurs groupements, ainsi que les organismes de sécurité sociale. Ces commissions sont compétentes pour coordonner les actions conduites par leurs membres.

Dans le cadre de la revue de leurs missions, actuellement menée sous l'égide du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, les ARS ont majoritairement émis le souhait de simplifier leur fonctionnement, notamment en fusionnant ces deux commissions, dans la mesure où leurs membres sont en très grande partie les mêmes. Il est donc proposé de donner la possibilité au directeur général de l'ARS, s'il le souhaite, de fusionner les deux commissions de coordination des politiques publiques. Cette mesure de simplification vise à optimiser le fonctionnement des ARS, en rationalisant l'organisation des commissions placées auprès d'elles.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cet amendement s'inscrit dans la continuité des différentes mesures prévues au titre IV du projet de loi, qui visent à simplifier, à rationaliser et à alléger les procédures pour améliorer leur efficacité. Lors de leur audition, les ARS nous avaient fait part de leurs attentes en matière de simplification ; cet amendement contribue à y répondre. Avis favorable.

Mme Jeanine Dubié. Madame la ministre, au cours de la discussion que nous avons eue sur un amendement, après l'article 7, vous nous aviez effectivement annoncé que vous présenteriez cet amendement à l'article 18. Dans la mesure où un décret fixera la composition et le fonctionnement de la nouvelle commission, ne serait-il pas possible d'étendre son domaine de compétences à l'aménagement sanitaire du territoire ?

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Les acteurs de ce domaine ne sont pas forcément les mêmes que ceux des deux commissions destinées à fusionner. J'en discuterai avec les ARS et vous apporterai une réponse en séance.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** successivement les amendements rédactionnels AS1580, AS1583 et AS1584 du rapporteur.*

*Enfin, elle **adopte** l'article 18 **modifié**.*

Après l'article 18

La commission examine l'amendement AS197 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Cet amendement vise à favoriser l'émergence de propositions innovantes de la part des gestionnaires, en leur permettant de déposer, en dehors de la procédure d'appel à projet, leur demande d'autorisation de projets expérimentaux. L'autorisation continuera, bien sûr, d'être délivrée par les autorités compétentes.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 permet déjà à des projets innovants issus du terrain de voir le jour. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle étudie ensuite les amendements identiques AS16 de Mme Ericka Bareigts et AS512 de Mme Michèle de Vaucouleurs.

Mme Ericka Bareigts. L'amendement AS16 vise à ajouter à la liste des établissements exonérés de la procédure d'appel à projet les appartements de coordination thérapeutique, au même titre que les centres d'accueil de demandeurs d'asile (CADA).

Mme Michèle de Vaucouleurs. Chaque année sont formulées plus de 10 000 demandes d'admission en appartement de coordination thérapeutique. Chaque organisation gestionnaire est située sur un territoire qui lui a été attribué par l'ARS. Pour mieux répondre à cette forte demande, la stratégie de lutte contre la pauvreté a prévu, en lien avec les projets régionaux de santé, de mieux doter chaque organisation existante. Or la règle des 30 % d'extension, hors appel à projet, est incompatible avec ces petites structures. Les ARS, pour ouvrir parfois un très petit nombre de places – trois ou quatre –, doivent recourir à une procédure lourde, lorsque l'association gestionnaire a déjà atteint ces 30 %. L'amendement AS512 propose d'ajouter à la liste des établissements exonérés de la procédure d'appel à projet les appartements de coordination thérapeutique.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Le sujet a déjà été abordé en tout début de réunion. Je ne reprendrai pas mes arguments ; mon avis reste défavorable.

La commission rejette ces amendements.

Puis elle examine les amendements identiques AS247 de M. Paul Christophe et AS1233 de Mme Delphine Bagarry.

M. Paul Christophe. Les évolutions technologiques et informatiques en officine permettent aujourd'hui d'envisager une simplification des modalités de transmission du chiffre d'affaires aux autorités concernées, afin de déterminer le

nombre de pharmaciens assistant les titulaires d'officine. Cette simplification vise à faciliter le travail des pharmaciens d'officine, mais également celui des ARS, destinataires de ces informations et chargées du contrôle.

L'amendement AS247 appelle également l'attention du Gouvernement sur la nécessité de faire évoluer l'arrêté du 1^{er} août 1991, lequel fixe le nombre d'adjoints requis en fonction du seul chiffre d'affaires de l'officine. Or ce critère n'apparaît plus pertinent au vu des nombreuses évolutions de la profession et de son modèle économique. Il serait donc pertinent de supprimer ce critère ou d'en adjoindre de nouveaux.

Mme Delphine Bagarry. Mon amendement AS1233 a le même objet. De plus en plus de médicaments coûteux sont dispensés par les pharmacies d'officine. Même si la rémunération des pharmaciens est plafonnée, cela fait augmenter *de facto* leur chiffre d'affaires, sans toujours correspondre à une augmentation de la patientèle.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Vous souhaitez modifier les critères de détermination du nombre d'adjoints requis en pharmacie, lequel dépend aujourd'hui uniquement de l'importance du chiffre d'affaires. Ces critères sont définis par un arrêté ministériel. Demande de retrait.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Nous avons engagé des négociations. Une réflexion, qui associe le ministère et des organisations professionnelles, est actuellement menée pour assouplir l'application du mode de calcul dans le recrutement des pharmaciens adjoints. Nous ne sommes pas très favorables au maintien de la notion de chiffre d'affaires, qui n'offre pas la souplesse nécessaire et ne permet pas d'adapter les critères à d'autres éléments – qualité des ventes et des produits vendus, par exemple. Certains médicaments, très chers, font énormément augmenter le chiffre d'affaires, sans que cela ne forcément exiger un travail supplémentaire. Qui plus est, votre rédaction n'est pas appropriée, puisque l'on ne parle plus de pharmacien assistant, mais de pharmacien adjoint. Avis défavorable.

M. Paul Christophe. Nous ne savons pas tout, madame la ministre ! J'avais déposé cet amendement d'appel pour vous entendre. Vos éclaircissements étant satisfaisants, je retire mon amendement.

L'amendement AS247 est retiré.

Mme Delphine Bagarry. Je retire le mien également.

L'amendement AS1233 est retiré.

La commission examine ensuite les deux amendements identiques AS246 de M. Paul Christophe et AS1232 de Mme Delphine Bagarry.

M. Paul Christophe. La convention pharmaceutique régit les relations entre l'assurance maladie et les pharmaciens d'officine. Or la signature des conventions et avenants par de nombreux ministères ne permet pas une application rapide et efficace des mesures négociées.

L'amendement AS246 vise donc à simplifier les procédures de validation des accords conventionnels conclus entre l'assurance maladie et les syndicats représentatifs de la pharmacie d'officine pour permettre aux pharmacies d'officine d'intégrer plus rapidement ces évolutions conventionnelles.

Mme Delphine Bagarry. J'attends les explications de la ministre sur mon amendement identique AS1232.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Vos amendements visent à rendre applicables à la convention pharmaceutique les modalités d'approbation de la convention médicale.

Aujourd'hui, la convention et ses avenants n'entrent en vigueur qu'après approbation par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget : la signature de l'arrêté par de nombreux ministres ne permet pas une application rapide des réformes.

Vous proposez que la convention pharmaceutique soit approuvée dès lors que le ministre chargé de la santé, de la sécurité sociale ne s'y oppose pas ; cette mesure de simplification me paraît tout à fait bienvenue. Elle correspond à l'esprit du projet de loi, qui comporte déjà plusieurs mesures d'allègement des procédures.

Il me semble néanmoins que la rédaction pourrait être précisée pour mieux articuler les nouvelles modalités d'approbation des conventions pharmaceutiques avec celles en vigueur pour les conventions médicales. Je vous suggère donc de retirer vos amendements, pour qu'ils soient retravaillés avant la séance publique. À défaut, je devrai émettre un avis défavorable.

M. Paul Christophe. Je propose plutôt de maintenir mon amendement, avant d'en déposer un nouveau en séance publique.

Mme Delphine Bagarry. Je retire mon amendement. Mais il faut tout de même simplifier les choses.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Nous sommes d'accord sur le principe, mais non sur la rédaction. Je voulais donc vous proposer un amendement sur ce sujet en séance publique.

M. Paul Christophe. Si vous prenez l'engagement de nous accompagner pour trouver une nouvelle rédaction, je retire mon amendement.

Les amendements sont retirés.

Puis la commission examine l'amendement AS1639 du rapporteur.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Des difficultés sont apparues, au cours de nos auditions, dans l'approche suivie par les différents mécanismes et dispositifs d'appui à la coordination : les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), points d'information locaux dédiés aux personnes âgées, leur permettant d'obtenir tous les renseignements nécessaires pour faire face à une situation de perte d'autonomie ; les dispositifs de méthode d'intégration des services d'aide (MAIA), qui permettent une coordination entre les institutions et les professionnels de santé intervenant dans le secteur social, médico-social et sanitaire ; les plateformes territoriales d'appui (PTA) à la coordination des parcours de santé complexes.

L'amendement AS1639 poursuit l'objectif d'amélioration du service rendu, de simplification et de lisibilité des dispositifs existants.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Nous partageons pleinement ce souhait d'améliorer le service rendu, de simplifier et d'améliorer la lisibilité des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé au bénéfice des usagers.

On sait que les professionnels de santé et les usagers peinent à se retrouver dans tous ces dispositifs. Nous sommes d'accord avec vous sur le fait qu'il y a là une réelle complexité. Cela dit, l'amendement que vous proposez mériterait d'être retravaillé sur certains points : sur le périmètre de cette fusion pour commencer, votre proposition n'incluant pas les réseaux de santé qui ont naturellement vocation à l'intégrer ; sur la question de savoir comment on traite les CLIC qui, eux, relèvent des départements et ne peuvent donc pas être traités de la même façon que les autres dispositifs cités ; sur le calendrier de mise en œuvre de ce processus, qui va demander du temps, compte tenu de la diversité des dispositifs actuels ; enfin, sur les garanties à apporter à tous les personnels qui sont employés dans ces dispositifs et à leurs gestionnaires.

Autrement dit, sur le fond, nous sommes très favorables à votre amendement. Mais sur la forme, je préférerais prendre le temps de coconstruire une solution avec l'ensemble des acteurs sociaux, médico-sociaux, sanitaires, pour aller vers un dispositif unique et simplifié. Je vous propose donc de retirer votre amendement afin de retravailler d'ici à la séance publique à une rédaction qui permettra de répondre à ces questions.

Mme Jeanine Dubié. Je partage l'objectif du rapporteur de regrouper, à un moment donné, l'ensemble du dispositif qui entoure l'accompagnement des personnes âgées, notamment leur accès aux soins.

Reste, comme l'a dit fort justement madame la ministre, que les CLIC sont financés par les conseils départementaux : y a-t-il eu une discussion avec les

représentants des départements sur ce point ? En outre, cela me paraît un peu compliqué de mélanger des dispositifs avec des services. Je partage le point de vue de la ministre.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Effectivement, je partage totalement l'intérêt pour ce rapprochement, tant en termes de lisibilité que, probablement, en termes d'économies. Je nourris cependant quelques inquiétudes au sujet de l'adhésion des salariés de ces différentes structures à un mouvement qui teste leur capacité de se réorganiser. La finalité poursuivie est la bonne, mais nous avons peut-être besoin d'un peu de temps supplémentaire. Sur ce point, je m'en remets à l'appréciation de madame la ministre.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Je suis très surprise que cet amendement figure dans ce projet de loi relatif à la santé, alors que nous sommes quelques-uns à travailler sur la loi relative au grand âge et à l'autonomie. Un atelier a été consacré au parcours, et certains membres ce groupe de travail, dont je fais partie, ont été surprises, voire un tout petit peu contrariées, de voir qu'on anticipait quelque chose sur quoi nous étions en train de travailler collectivement.

En finir avec l'empilement, oui. Mais j'allais vous proposer le retrait de l'amendement, pour mieux l'inclure dans le futur projet de loi relatif à l'autonomie, qui pourra fusionner tous ces dispositifs.

M. Jean-Carles Grelier. Mes remarques iront dans le même sens que celles de mes collègues : CLIC, MAIA et PTA relèvent, pour l'essentiel, de la compétence des départements. Ce sont des structures qui ont déjà beaucoup évolué ces dernières années. Il n'y a encore pas si longtemps, les CLIC relevaient des centres communaux d'action sociale, avant que ceux-ci soient départementalisés. Leurs personnels sortent à peine d'une restructuration.

Je pense qu'une vraie concertation avec les départements serait utile. Je pense que ce type de texte aurait effectivement peut-être plus sa place dans le texte sur le grand âge et sur la dépendance que le présent projet de loi. En ce qui me concerne, je serai aussi partisan d'un retrait, sinon d'un vote défavorable.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Rappelons le contexte : un travail est en cours sur l'accompagnement de nos aînés et sur la dépendance. C'est un sujet éminemment sensible, qui exige effectivement beaucoup de précautions. Je pense qu'il faut se donner le temps nécessaire pour être de tout mener à bien. Je fais ainsi écho aux remarques de madame Firmin Le Bodo.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Tous les points de vue se rejoignent. qu'envisagez-vous, monsieur le rapporteur ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je vois que plusieurs rapporteurs sont apparus dans la salle !

Plus sérieusement, ce sujet a émergé durant les auditions où il est apparu éminemment important et sensible. J'ai conscience que ma rédaction est encore à améliorer. Mon idée était d'abord de porter le débat devant vous, en commission.

Je ne suis pas tout à fait d'accord sur le fait de réserver ce rapprochement au grand âge : les dispositifs en cause concernent vraiment tous les publics. On ressent une grande nécessité de lisibilité et de simplicité dans ces domaines où l'on fonctionne aussi beaucoup en silos. Il doit être possible de simplifier les choses.

Cela dit, le débat ayant été engagé, je vais retirer mon amendement pour en rediscuter au besoin lors de la séance publique.

L'amendement est retiré.

La commission examine l'amendement AS1164 de M. Pierre Dharréville.

M. Alain Bruneel. Cet amendement a pour objet de demander un rapport sur la possibilité de créer un pôle public du médicament. Les récents scandales sanitaires – Levothyrox, Dépakine – comme des pénuries de médicaments montrent un besoin de régulation publique face au poids économique de l'industrie pharmaceutique. Un pôle public du médicament, doté de moyens suffisants, permettrait de rééquilibrer de façon indépendante la recherche clinique et pharmaceutique sur les enjeux de santé publique.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Vous proposez de regrouper trois organismes : l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), chargée d'évaluer les risques sanitaires présentés par les médicaments et produits de santé, qui est aussi l'autorité unique en matière de régulation des recherches biomédicales, la Haute Autorité de santé (HAS), chargée d'évaluer d'un point de vue médical et économique les produits, actes, prestations et technologies de santé, en vue de leur admission au remboursement, qui définit des recommandations de bonne pratique clinique et des recommandations de santé publique, certifie les établissements de santé et accrédite les praticiens de certaines disciplines médicales, et enfin le Comité économique des produits de santé (CEPS), chargé par la loi de fixer les prix des médicaments et les tarifs des dispositifs médicaux à usage individuel pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Ces organismes ont chacun des missions larges et différentes. Il ne me paraît pas opportun de les fusionner. D'ailleurs, votre amendement ne figure pas sous forme de proposition dans votre récent rapport sur les dispositifs médicaux, que nous avons adopté la semaine dernière en commission, et dont je salue la qualité.

Avis défavorable.

M. Alain Bruneel. Effectivement, il y a peut-être là un mélange des genres. Ce qui n'enlève rien à l'intérêt d'un pôle public du médicament.

L'amendement est retiré.

CHAPITRE II Mesures de sécurisation

Article 19

Habilitations à légiférer par ordonnances

La commission examine l'amendement AS423 de M. Jean-Carles Grelier.

M. Jean-Carles Grelier. J'ai déposé pour le principe cet amendement de suppression de l'article. D'abord, la procédure par ordonnance m'a un peu heurté et, surtout, les vues et propositions relatives à l'adaptation de l'organisation et du fonctionnement des ARS me semblent éminemment floues. Mais, dès lors que madame la ministre nous confirme que la représentation nationale sera associée à la définition des ordonnances et à leur rédaction, je suis prêt à retirer mon amendement.

L'amendement AS423 est retiré.

La commission examine ensuite l'amendement AS693 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Cet amendement tend à préciser que la revue des missions des ARS, dans le cadre de l'ordonnance qui est prévue, devra être faite en lien avec la stratégie nationale de santé et en vue de recentrer les missions dans le cadre des priorités gouvernementales pour la transformation du système de santé.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cela me paraît assez évident, pour ne pas dire superflu. Je vous invite à retirer cet amendement, sans quoi j'émettrai un avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Je tiens à rassurer M. Isaac-Sibille.

Les missions des ARS vont bien au-delà de la transformation du système de santé : inscrire dans la loi les précisions que vous demandez serait un peu restrictif.

Les ARS s'inscrivent évidemment dans la stratégie nationale de santé et elles conduisent les réformes qui leur sont demandées. Elles sont également chargées du contrôle des eaux, parmi beaucoup d'autres missions.

Je vous propose de retirer cet amendement. À défaut, je donnerai un avis défavorable.

L'amendement AS693 est retiré.

*Puis la commission **adopte** l'amendement rédactionnel AS1585 du rapporteur.*

Elle en vient ensuite à l'amendement AS1489 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Comme j'ai bien entendu la réponse qui m'a été faite, je vais retirer également cet amendement.

L'amendement AS1489 est retiré.

*La commission **adopte** ensuite l'amendement rédactionnel AS1586 du rapporteur.*

Puis elle est saisie de l'amendement AS768 de Mme Nathalie Elimas.

Mme Nathalie Elimas. L'amendement AS768 vise à assurer que, quel que soit le statut juridique adopté par les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les modalités du renouvellement de leur gouvernance et de leur durée seront précisées.

La stratégie « Ma santé 2022 » affiche une ambition forte pour le déploiement des CPTS : elles doivent couvrir l'ensemble du territoire d'ici à la fin du quinquennat. Ce déploiement doit, en particulier, permettre de faire de l'exercice isolé une exception. Une incitation des professionnels de santé est prévue dans le cadre d'une modulation, ou d'une mise sous condition, d'une partie de leur rémunération.

Le cadre juridique des CPTS doit permettre d'assurer la gouvernance la plus équitable possible, d'autant qu'il ne pourra pas exister de chevauchement des CPTS dans un territoire. Il ne faudrait pas que le principe du premier servi conduise à faire peser un poids particulier, ou supplémentaire, sur de nouveaux membres qui intégreraient une structure, ou qu'une première création obère toute nouvelle implantation d'une façon définitive.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Vous demandez des précisions au sujet de l'ordonnance à venir. Je vous propose de retirer l'amendement, mais je vais surtout laisser la ministre s'exprimer sur ce sujet.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Je comprends tout à fait que vous vous inquiétiez de la gouvernance des CPTS. L'habilitation que nous proposons de confier au Gouvernement permettra d'adapter par ordonnance les cadres juridiques qui permettront à ces structures d'assurer au mieux leurs missions, leur organisation et leur fonctionnement.

Nous attendons la fin des négociations conventionnelles en cours sur les CPTS, qui vont définir leurs missions ; nous mènerons ensuite des travaux de coconstruction pour faire en sorte que les évolutions à venir correspondent bien aux besoins des professionnels, sachant que notre intention est de laisser le maximum de souplesse aux acteurs de terrain afin qu'ils puissent vraiment exercer leurs missions. Nous le ferons en partant de leurs propres besoins et en normant au minimum l'organisation et la gouvernance des structures.

Voilà le champ de l'ordonnance et la philosophie de ce projet de loi, qui consiste à faire confiance aux acteurs territoriaux et à leur donner les moyens d'exercer leurs missions.

Je vous invite à retirer votre amendement ; sinon j'y serai défavorable.

Mme Nathalie Elimas. Merci pour ces précisions, je vais retirer mon amendement.

L'amendement AS768 est retiré.

L'amendement AS753 de M. Philippe Vigier est également retiré.

La commission examine alors l'amendement AS1402 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Le II de l'article 19 habilite le Gouvernement à légiférer par ordonnance pour favoriser le développement de l'exercice coordonné des médecins dans le cadre des maisons de santé ou des centres de santé. Notre amendement tend à préciser le cadre de cette habilitation dans le but de promouvoir l'emploi salarié des médecins en cas d'exercice coordonné, étant donné que cela correspond de plus en plus aux aspirations des jeunes médecins. Nous pensons qu'il faut accorder une importance particulière à l'impulsion donnée aux centres de santé.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Pour les raisons déjà évoquées, je demande le retrait de cet amendement. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle aborde l'amendement AS1553 du Gouvernement.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. L'amendement AS1553 concerne la création, à compter du 1^{er} janvier 2020, de l'ARS de Mayotte et de celle de La Réunion – cette dernière deviendra, de fait, indépendante de l'ARS Mayotte-La Réunion qui existe aujourd'hui.

Dans sa rédaction actuelle, l'article 19 comporte une habilitation à légiférer par ordonnance pour créer ces deux ARS au lieu et place de l'Agence de santé de l'océan Indien. Je propose de substituer à cette habilitation un ensemble

de dispositions de nature législative qui ont été préparées par mes services. La rédaction qui vous est proposée tient compte des amendements déposés par certains d'entre vous à l'article 19.

La création d'une ARS à Mayotte traduit l'engagement pris par le Gouvernement en 2018, dans le cadre du plan d'action de l'État pour l'avenir de Mayotte, de rééquilibrer les réponses à la situation sanitaire de ce territoire en posant les bases d'une ARS de plein exercice. Dans le même temps, une ARS de La Réunion sera identifiée au lieu et place de l'ARS de l'océan Indien.

Ces dispositions traitent essentiellement des aspects « ressources humaines », financiers, comptables et immobiliers. Les missions prévues seront naturellement identiques à celles de toutes les ARS.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je suis tout à fait favorable à cet amendement, sur la forme comme sur le fond.

Sur la forme, cet amendement permet de supprimer une habilitation à légiférer par ordonnance, au moyen d'un amendement « en dur » qui, je le sais et je tiens à en remercier la ministre, a fait l'objet d'un travail en partenariat avec notre collègue Ramlati Ali, députée de Mayotte.

Sur le fond, on peut se réjouir de la création d'une agence de plein exercice à Mayotte, car cela constitue une réponse à la gravité de la situation sanitaire sur place, dans un contexte de grande précarité de sa population.

M. Jean-Hugues Ratenon. Je salue la décision du Gouvernement de prendre en compte, à travers cet amendement, la volonté des parlementaires, notamment ceux de Mayotte, d'avoir une agence de plein exercice, et non une petite instance sans véritable pouvoir ni moyens. Cela étant, nous restons extrêmement vigilants et nous analyserons en profondeur l'amendement du Gouvernement – celui-ci a, on le sait, pour habitude de déposer des amendements à la dernière minute, ce qui nous prive des lumières apportées par les études d'impact.

Nous allons voter pour cet amendement tout en rappelant que les moyens de l'Agence régionale de santé de l'océan Indien (ARS-OI) sont actuellement insuffisants par rapport aux besoins de terrain. Prenons garde, par ailleurs, à ne pas déshabiller l'un pour habiller l'autre, malgré les assurances que vous m'avez données, madame la ministre, lors de votre audition par cette commission sur le fait que les moyens existant à La Réunion au titre de l'ARS-OI resteront à l'ARS de la Réunion et que de nouveaux moyens seront alloués à l'ARS de Mayotte, notamment par la création de dix nouveaux postes. Compte tenu de ces éléments, je crois qu'il serait judicieux de préparer dès à présent les Mahorais et les Mahoraises à occuper ces postes par de la formation et une recherche de compétences.

Mme Ericka Bareigts. Je veux saluer, bien sûr, la création d'une agence régionale de santé à Mayotte, tout en formulant le souhait que les ARS continuent à travailler ensemble. Je crois que l'on gagnerait, dans ce bassin de l'océan Indien, à toujours rester dans une idée de coopération et d'échange, parce que nos îles sont tout simplement cousines et sœurs et qu'il y a un flux de passagers, et donc des problématiques qui touchent aussi bien les unes que les autres. Je vous remercie pour la création de l'ARS de Mayotte, en espérant qu'il y aura une belle coopération entre les deux agences régionales.

Mme Ramlati Ali. La création de cette nouvelle agence est un acte positif et attendu, que nous saluons : la population mahoraise souhaite disposer des mêmes infrastructures que le reste du territoire national. Je voudrais dire ici, à l'intention de ma collègue Ericka Bareigts et avec ma casquette de médecin, que la coopération entre les deux îles, au sein des ARS ou au niveau des hôpitaux, est plus que nécessaire – elle est même obligatoire : on ne peut pas prétendre avoir toutes les infrastructures à Mayotte, et je pense de même que Mayotte a quelque chose à apporter à La Réunion. Je reste donc confiante sur ce sujet.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, les amendements AS1098 de Mme Martine Wonner et AS303 de M. Mansour Kamardine tombent.

La commission adopte ensuite les amendements rédactionnels AS1587 et AS1588 du rapporteur.

Puis elle examine l'amendement AS758 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je vous propose de raccourcir à six mois la durée de l'habilitation donnée au Gouvernement afin que les mesures de simplification prévues par l'article 19 soient effectives le plus rapidement possible. Cela concerne notamment les dispositions visant à favoriser le développement de l'exercice coordonné et les CPTS. Vous nous avez expliqué que les discussions conventionnelles sont en cours : j'espère qu'elles ne dureront pas dix-huit mois. Par ailleurs, et comme pour l'hôpital de proximité, comment les parlementaires seront-ils associés ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cet amendement pourrait poser un problème, notamment pour l'ordonnance relative au développement de l'exercice coordonné. Je ne suis pas certain qu'un délai de six mois suffise : la concertation n'est pas terminée et il faut ensuite prévoir un temps de rédaction pour l'ordonnance, qui devra alors être soumise à l'expertise des services juridiques et faire l'objet de travaux interministériels. J'émet donc un avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle adopte enfin l'article 19 modifié.

Après l'article 19

La commission examine l'amendement AS1480 du Gouvernement

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Cet amendement propose d'élargir aux praticiens-conseils de la CNAM et à d'autres praticiens pour contrôler le recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

Le dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ), généralisé en France depuis 2016, a introduit une part de financement de la qualité dans la rémunération des établissements de santé. Dans le cadre de la mesure de la stratégie de transformation du système de santé sur le financement à la qualité, ce dispositif a été rénové et élargi par l'article 27 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019. Ces modifications s'accompagnent d'une extension de l'enveloppe financière consacrée au dispositif de financement de la qualité que nous avons portée à 200 millions d'euros pour 2019, avec un objectif de 2 milliards d'euros dans les années à venir.

Ainsi que le propose le rapport sur la réforme du financement du système de santé de Jean-Marc Aubert, directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, nous avons prévu d'élargir ce dispositif et de faire évoluer les critères qualité. La crédibilité du système de paiement à la qualité repose sur la fiabilité des indicateurs retenus dans le modèle, l'extension du dispositif de financement à la qualité doit donc être accompagnée par le renforcement du dispositif de contrôle, sachant que ces contrôles doivent être réalisés par des médecins, car ils supposent de retourner au dossier.

Face à l'extension du dispositif, les ressources médicales des ARS ne seront pas suffisantes, c'est pourquoi cet amendement propose de mobiliser deux viviers supplémentaires de praticiens sous l'égide de l'ARS : les médecins-conseils ou pharmaciens-conseils des organismes d'assurance maladie, et des médecins contractualisant avec l'ARS, notamment des médecins experts sous contrat avec la HAS dans le cadre de la certification des établissements de santé.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Avis favorable.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle étudie, en discussion commune, l'amendement AS1615 du rapporteur, les amendements identiques AS208 de Mme Agnès Firmin Le Bodo, AS889 de M. Jean-Pierre Door et AS1272 de M. Jean-Louis Touraine, ainsi que l'amendement AS1051 de Mme Jeanine Dubié.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. L'amendement AS1615, cosigné par la rapporteure Stéphanie Rist, rénove le protocole de coopération entre professionnels de santé de manière à rendre la procédure de mise en œuvre plus efficace.

Les protocoles de coopération entre professionnels de santé, créés par l'article 51, non pas de la loi de financement de la sécurité sociale de 2018, mais de la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) du 21 juillet 2009, n'ont connu cependant à ce jour qu'un essor limité, du fait de sa lourdeur et de son manque de lisibilité pour les professionnels.

C'est pourquoi cet amendement prévoit un vrai accompagnement des professionnels de santé souhaitant élaborer un protocole de coopération. Ces derniers seront rédigés et mis en œuvre par des professionnels de santé travaillant en équipe dans les structures de prévention et de soins, en ville, et dans les établissements. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les centres hospitaliers universitaires (CHU) et les groupements hospitaliers de territoire (GHT) pourraient à cet égard avoir un rôle de promotion et de déploiement des protocoles de coopération.

Les exigences essentielles de qualité et de sécurité de ces protocoles seront définies par décret en Conseil d'État après avis de la Haute autorité de santé, qui m'est chère.

Le nouveau dispositif distingue ensuite clairement entre des protocoles dits nationaux, destinés à être déployés largement sur l'ensemble du territoire national, et des protocoles dits locaux expérimentaux, destinés à permettre à une équipe promotrice d'expérimenter un protocole innovant de coopération interprofessionnelle. Il instaure en conséquence deux procédures distinctes d'autorisation.

Pour les protocoles nationaux, la préoccupation d'efficacité est au cœur de la nouvelle procédure. Il est, pour ce faire, prévu de créer un Comité national des coopérations interprofessionnelles qui proposera chaque année les thématiques des protocoles et appuiera les professionnels dans la rédaction des protocoles.

Les protocoles nationaux seront ensuite autorisés par le ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale après avis de la HAS. L'adhésion se fait par simple déclaration à l'agence régionale de santé, qui exerce un contrôle des protocoles mis en œuvre.

Les protocoles locaux expérimentaux, rédigés à l'initiative d'une équipe de terrain, relèveront quant à eux de la procédure d'instruction et d'autorisation prévue cette fois par l'article 51 de la LFSS pour 2018.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Pour avoir suivi de près et évalué les « protocoles 51 » créés par la loi HPST, j'ai pu constater que cette procédure très longue n'a pas trouvé sa place, et n'a pas connu assez de déploiement dans les territoires ; l'idée de les refonder est excellente. Nous avons des priorités nationales, et nous pourrions ainsi inscrire le dépistage du glaucome comme priorité d'un « protocole 51 » national.

Je suis donc très favorable à cet amendement.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Si l'on ajoute le dépistage du glaucome...

L'idée de l'amendement AS208 est bien d'alléger les procédures, car lorsqu'elles sont trop lourdes, cela ne fonctionne pas.

M. Jean-Charles Grelier. L'amendement AS889 est défendu.

M. Jean-Louis Touraine. Dans le même sens que celui du rapporteur, notre amendement AS1272 propose de simplifier et de rendre plus efficaces ces coopérations.

Nous proposons en outre que l'avis positif de l'ARS et la HAS soit réputé acquis si celles-ci ne se sont pas successivement prononcées sur le projet de coopération à l'issue, chacune, d'un délai de deux mois. Le délai d'approbation serait ainsi ramené au maximum à quatre mois.

Mme Jeanine Dubié. L'amendement AS1051 propose une simplification des protocoles de coopération, mais aussi la valorisation financière des professionnels concernés ; votre amendement AS1615 prend-il en compte ce dernier élément, monsieur le rapporteur ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Le modèle économique est bien prévu par la rédaction que je propose.

La commission adopte l'amendement AS1615 du rapporteur.

En conséquence, les amendements AS208, AS998, AS1272 et AS1051 tombent.

La commission examine l'amendement AS1566 du rapporteur.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Dans l'hypothèse où, à l'avenir, les assistants médicaux accompliraient à la fois des tâches administratives et des gestes de soin, cet amendement vise à sécuriser l'exercice de ces gestes dès lors que les intéressés auraient suivi une formation adaptée. Ainsi, cette pratique ne risquerait plus d'être considérée comme exercice illégal de la médecine, puisqu'elle serait prévue par la loi.

Mme Jeanine Dubié. À l'occasion de l'examen de cet amendement, je formulerai un regret ; on crée cette nouvelle profession d'assistant médical, mais les tâches qui leur seront confiées comme l'habillage, le déshabillage, la tenue du dossier médical, la prise de la tension, contrôle de la prise de poids, etc., sont déjà confiées à d'autres professions, notamment aux aides-soignantes.

On aurait pu se fonder sur les professions existantes et leur délivrer un complément de formation afin qu'elles puissent occuper ce type d'emploi ; je pense aussi aux infirmières, et je me demande s'il était bien utile de créer une nouvelle profession.

Mme Caroline Fiat. Madame la ministre, la seule victoire que j'ai remportée lors de l'examen du dernier PLFSS était que ces postes d'assistants médicaux seraient réservés aux aides-soignants en fin de carrière. Bien fatigués, ceux-ci se trouvent souvent dépourvus lorsqu'ils ne peuvent plus exercer leur métier, c'est-à-dire porter les patients.

Du coup, je ne comprends pas cet amendement, car les aides-soignants sont titulaires d'un diplôme d'État : ou bien ma victoire est enterrée, ce qui serait dommage, ou bien cet amendement pose problème.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. La philosophie de mon amendement, madame Dubié, consiste à permettre à différentes professions comme les aides-soignants, pour revenir à ce que disait Mme Fiat, d'évoluer grâce à une formation *ad hoc* vers la pratique d'assistant médical.

L'idée est de sécuriser cet exercice, non pas en tant qu'aides-soignants, mais en tant qu'assistants médicaux pour ces personnes qui évolueraient professionnellement.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Afin de rassurer Mme Fiat, je lui dirai que je continue de penser que les aides-soignants et aides-soignantes constituent le vivier idéal pour ces postes.

Cependant, à l'occasion de visites de maisons de santé pluriprofessionnelles, j'ai également rencontré des secrétaires hospitalières ayant longtemps travaillé auprès de médecins et qui voulaient évoluer vers un poste d'assistant médical. L'idée est d'ouvrir la porte à quelques autres professionnels, mais je considère que le vivier idéal pour le recrutement des assistants médicaux est bien constitué par les aides-soignants et les aides-soignantes. Mais vous comprendrez que, dans certaines situations, d'autres puissent accéder à ces postes.

La commission adopte l'amendement.

La commission examine l'amendement AS650 de M. Jean-Pierre Cubertafo.

M. Brahim Hammouche. Cet amendement vise à assouplir le cadre juridique pour la désignation de plusieurs médecins traitants, qui n'est aujourd'hui possible que si les différents médecins exercent dans la même structure et dans les mêmes locaux.

Dans les territoires, des dispositifs innovants apparaissent pour répondre à la désertification médicale. Au regard de ce type de dispositifs innovants, le droit est aujourd'hui en retard. Si le code de la sécurité sociale permet aux patients de désigner plusieurs médecins traitants de manière conjointe, rien n'est prévu lorsque les médecins ne partagent pas les mêmes locaux, dans le cas de maisons de santé « hors les murs » par exemple, ou lorsqu'ils ne les partagent que de manière ponctuelle.

C'est pourquoi il est proposé de prendre en compte ces situations et de les intégrer dans le droit afin de faciliter l'émergence de ces initiatives innovantes en permettant la désignation de plusieurs médecins traitants quand ceux-ci appartiennent à une même communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS).

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Les CPTS ont vocation à couvrir un large territoire, qui ne relève pas de la même dimension que les maisons de santé par exemple. L'adoption de votre amendement aurait pour effet de permettre aux patients de désigner comme médecin traitant tous les médecins présents dans la CPTS dont ils relèvent ; dès lors, la notion même de médecin traitant perdrait son sens.

Avis défavorable.

La commission rejette cet amendement.

Puis elle examine l'amendement AS1038 de M. Francis Vercamer.

M. Paul Christophe. Par cet amendement, mon collègue Francis Vercamer a probablement voulu amener Mme la ministre à préciser la définition du métier d'assistant médical. Si la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a prévu des négociations conventionnelles en vue de déterminer les mesures visant à inciter au recrutement de ces personnes salariées, force est de constater que, dans le présent projet de loi, la définition du rôle et des missions de l'assistant médical reste encore quelque peu floue.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Nous sommes attachés au dialogue social, comme j'ai eu l'occasion de le dire hier. La définition des tâches qui seront exercées par les assistants médicaux n'est pas encore arrêtée : les négociations conventionnelles sont en cours. Je le répète, il convient de ne pas anticiper dans la loi l'issue de la négociation. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine les amendements AS431 de M. Jean-Carles Grelier et AS925 de M. Joël Aviragnet.

M. Jean-Carles Grelier. L'amendement AS431 a pour but de demander la remise au Parlement d'un rapport d'évaluation des ARS, au plus tard six mois à compter de la publication de la loi.

Mme Ericka Bareigts. Nous demandons par l'amendement AS925 au Gouvernement de remettre au Parlement un rapport définissant un nouveau modèle de financement des infirmières de pratiques avancées – IPA –, un statut créé par la loi de modernisation de notre système de santé. Dans le dernier projet de loi de financement de la sécurité sociale, qui a développé le recours à ces

infirmières, nous n'avons pas créé de modèles de financement de ce type de pratique.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. La rémunération des infirmiers en pratique avancée fait actuellement l'objet d'une négociation. J'émet donc un avis défavorable à l'amendement AS925.

S'agissant des ARS, le dernier rapport date de février 2014 et ces instances vont connaître de nouvelles évolutions avec l'ordonnance prévue à l'article 19. Cela justifie une demande de rapport visant à évaluer leur activité. Toutefois, la Cour des comptes est actuellement en train de travailler sur ce sujet et un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) est également prévu. En fait, je crains que cela ne fasse doublon, voire plus. Je demande donc le retrait de l'amendement AS431.

M. Jean-Carles Grelier. Permettez-moi seulement une petite observation, monsieur le rapporteur général : la fonction de contrôle et d'évaluation des politiques publiques est une fonction constitutionnelle dévolue au Parlement et non pas à la Cour des comptes ni à l'IGAS qui ne le font que par délégation.

La commission rejette successivement les amendements AS431 et AS925.

Article 20

Renforcement de la préparation du système de santé pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles

La commission est saisie de l'amendement AS1323 de M. Jean-Hugues Ratenon.

Mme Caroline Fiat. Notre amendement fait suite à la publication, en septembre dernier, d'un rapport sur la pénurie de médicaments et de vaccins. Pour remédier à cette situation désolante, le rapport préconise, entre autres solutions, la publication obligatoire des plans de gestion de pénurie par les industriels, et la mise à disposition du public des sanctions dont ils peuvent être l'objet. En attendant la reprise de la production publique du médicament que nous appelons de nos vœux, ce serait un premier pas pour juguler une pratique qui met en péril notre système de santé. Nous souhaitons faire en sorte que la pénurie de médicaments soit considérée comme une menace de crise sanitaire grave, pour que l'État puisse prendre les mesures nécessaires à sa résolution.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. La lutte contre les pénuries de médicaments doit, en effet, constituer une priorité. À la suite du rapport d'information du Sénat relatif à la pénurie de médicaments et de vaccins, adopté en septembre 2018, la ministre a annoncé qu'un plan d'action pour lutter contre les ruptures de stocks de médicaments serait prochainement mis en place ; nous avons déjà eu l'occasion hier d'aborder ce sujet. Des réponses seront donc

apportées très prochainement afin de lutter contre les pénuries de médicaments. En attendant, je vous invite à retirer votre amendement.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle passe à l'amendement AS116 de Mme Emmanuelle Anthoine.

M. Gilles Lurton. Il est défendu.

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

Puis elle en vient à l'amendement AS117 de Mme Emmanuelle Anthoine.

M. Gilles Lurton. L'alinéa 6 vise à supprimer l'existence d'établissements de santé de référence dans chaque zone de défense, assurant un rôle permanent de conseil et de formation ainsi que la possibilité de coordination ou d'accueil spécifique en cas de situation sanitaire exceptionnelle. Considérant que la disparition d'un tel instrument pouvant servir dans le cadre de la gestion de crise serait préjudiciable, nous proposons la suppression de cet alinéa.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. La notion d'établissements de santé de référence, présents dans chaque zone de défense, est en effet supprimée. En contrepartie, il est prévu que des établissements de santé « *chargés d'une mission de conseil et de prise en charge spécifique en cas de situation sanitaire exceptionnelle* », qui exerceront leur mission au niveau régional, soient désignés. Cette mesure est cohérente avec la volonté de renforcer la planification régionale. Pour ces raisons, j'émet un avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle adopte successivement les amendements rédactionnels AS1589, AS1590 et AS1591 du rapporteur général.

Puis elle passe à l'amendement AS1386 de Mme Albane Gaillot.

Mme Albane Gaillot. Au cours des dernières années, notre système de santé a dû faire face, à de nombreuses reprises, à des situations sanitaires exceptionnelles : épidémies de grippe ou épisodes caniculaires à répétition, attentats terroristes... Afin de gonfler les rangs de nos professionnels de santé en cas d'urgence, il est possible de faire appel aux réservistes sanitaires, à l'exception des professionnels de santé en activité. Nous demandons la suppression de cette exception pour que l'on puisse faire appel à davantage de réservistes si le besoin s'en fait sentir, afin d'améliorer la gestion de ces situations sanitaires exceptionnelles.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Avis favorable. Cet amendement permettra d'augmenter le nombre de professionnels de santé auxquels les ARS peuvent faire appel en cas de situation sanitaire exceptionnelle.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Je pense que c'est une excellente mesure, madame Gaillot : nous avons besoin d'augmenter le nombre de professionnels de santé en réserve.

La commission adopte l'amendement.

Enfin, elle adopte l'article 20 modifié.

Après l'article 20

La commission est saisie de l'amendement AS826 de Mme Justine Benin.

Mme Michèle de Vaucouleurs. Il est défendu.

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

Article 21

Rénovation des modalités de recrutement des praticiens à diplôme hors Union européenne

La commission examine l'amendement AS926 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Cet amendement vise à maintenir le recrutement contractuel de praticiens à diplôme étranger hors Union européenne (PADHUE), dans les hôpitaux qui en ont absolument besoin.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je m'étonne de cet amendement qui vise à maintenir la possibilité d'un recrutement de PADHUE sous le statut précaire de contractuels. C'est pour le moins surprenant de la part du groupe Socialistes et apparentés.

L'article 21 poursuit un double objectif : mettre fin au recrutement de PADHUE exerçant sous un statut précaire, sans plénitude d'exercice ; permettre à la très grande majorité des PADHUE exerçant actuellement sous un statut de contractuel de bénéficier d'une autorisation de plein exercice, tout en garantissant que ces praticiens disposeront d'un niveau élevé de compétences, grâce à la mise en place d'un parcours de consolidation des compétences lorsque cela s'avère nécessaire. Avis défavorable.

M. Joël Aviragnet. Nous sommes tout à fait d'accord à ce que l'on augmente leur niveau de compétences. Nous cherchons seulement à éviter de mettre en grande difficulté les hôpitaux des régions sous-dotées, rurales ou de banlieue, quel que soit le nom qu'on leur donne. Le maintien en place de ces praticiens est absolument indispensable pour que ces hôpitaux puissent rendre un service minimum à nos concitoyens. Il ne s'agit pas de renoncer à les former et à leur donner tout ce dont ils ont besoin pour pratiquer de manière satisfaisante.

La commission rejette l'amendement.

Elle adopte l'amendement rédactionnel AS1592 du rapporteur général.

Puis elle en vient à l'amendement AS1312 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Cet amendement répond à une situation qui n'avait pas été prise en compte dans le texte sur les PADHUE. Certains de ces praticiens n'étaient pas en poste au 31 décembre 2018 ; du coup, ils ne peuvent pas avoir accès aux dispositifs prévus. Certains travaillent dans des secteurs médico-sociaux. Pour ne pas perdre des médecins, nous proposons de supprimer la référence à cette date du 31 décembre 2018.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Le dispositif proposé à l'article 21 vise à améliorer de manière structurelle et pérenne les modalités d'intégration des PADHUE dans le système de santé. Mais ce dispositif n'a pas vocation à constituer un signal destiné à intégrer l'ensemble des professionnels diplômés à l'étranger et qui n'exercent pas ou n'ont pas exercé depuis longtemps dans le système de santé français.

Les PADHUE ne remplissant pas les critères d'éligibilité pourront se porter candidat à l'accès au plein exercice par l'intermédiaire du dispositif de droit commun de la liste A qui a vocation à devenir l'unique voie d'accès à l'exercice en France pour les PADHUE, en dehors de la liste B pour les réfugiés. Il s'agit donc d'un texte d'équilibre entre volonté d'intégration et garantie de compétences. Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. J'entends vos arguments, monsieur le rapporteur général. Cependant, dans la situation actuelle, je trouve dommage de se passer d'un médecin qui aurait été en poste le 15, le 20 ou même le 30 décembre 2018 au seul motif qu'il ne l'aurait plus été au 31 décembre 2018 à cause d'une interruption de contrat... Nous cherchons à éviter cette situation.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Nous partageons la même préoccupation. J'ai précisément déposé l'amendement AS1568, qui permet de sécuriser les praticiens auxquels vous faites allusion, qui exerçaient peut-être à la fin de l'année dernière mais dont les contrats n'avaient pas été renouvelés parce que nous n'avions pas encore adopté la proposition de loi dont M. Julien Borowczyk était le rapporteur.

La rédaction de votre amendement est trop large et ne comporte plus de garanties d'intégration. De nombreux praticiens sont en effet repartis à l'étranger. Il faut trouver un équilibre entre intégration et compétences. Je maintiens mon avis défavorable sur votre amendement et vous invite à regarder avec bienveillance celui que je vais présenter dans un instant.

Mme Caroline Fiat. Je regarderai avec attention votre amendement. S'il est aussi intéressant que vous le dites, je le voterai. Mais si ces deux amendements se ressemblent autant, pourquoi ne votez-vous pas le mien ? (*Sourires.*)

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS1568 du rapporteur.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cet amendement vise à modifier l'une des conditions d'accès à la nouvelle procédure d'autorisation d'exercice des PADHUE pour éviter que certains d'entre eux ne se retrouvent injustement privés du bénéfice de cette procédure. En effet, les contrats des PADHUE sont souvent conclus pour une période d'un an, allant du 1^{er} novembre au 31 octobre de l'année suivante, calqués en fait sur les contrats des internes des hôpitaux. Or la situation des PADHUE qui exerçaient en 2018 grâce à une autorisation temporaire d'exercice a été marquée par la forte incertitude juridique à la fin de l'année dernière, la date butoir au-delà de laquelle ils ne devaient plus être autorisés à exercer étant fixée à l'époque au 31 décembre 2018, jusqu'à son report *in extremis* par la loi du 27 décembre 2018, rapportée par notre collègue Julien Borowczyk, visant à sécuriser l'exercice des PADHUE.

En raison de cette incertitude, les contrats de nombreux PADHUE qui s'achevaient au 31 octobre 2018 n'ont pas été renouvelés, de peur que ces derniers ne se retrouvent dans l'illégalité trois mois plus tard – ce point a été soulevé durant l'audition du Syndicat national des PADHUE. Cet amendement précise donc que les médecins PADHUE présents dans un établissement de santé au 31 octobre 2018 et non au 31 décembre 2018 peuvent bénéficier de la procédure d'autorisation d'exercice mise en place par l'article 21.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS1593 du rapporteur.

La commission en vient à l'amendement AS1360 de M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. Cet amendement vise à permettre l'intégration sous conditions des médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens résidant en France et de nationalité française qui ne répondent pas aux critères d'expérience exigés par le projet de loi.

Monsieur le rapporteur, vous parliez d'équilibre. Malgré tout, je relève une certaine forme d'injustice dans ce qui est proposé aujourd'hui en matière de régularisation des PADHUE, notamment par rapport à ceux qui ont respecté les textes et qui n'ont pas pu exercer pendant un certain temps. Il aurait été légitime d'organiser une évaluation puis une autorisation temporaire, bien évidemment sous conditions et sous contrôle, avant une validation définitive. Aujourd'hui, on se retrouve avec des Françaises et des Français qui sont en droit d'enseigner mais pas d'exercer. Il y a donc là une incongruité.

Si j'admets la noblesse du projet qui vise à leur reconnaître le droit d'exercer, on en laisse quand même beaucoup sur le carreau, ce que je trouve regrettable dans la mesure où ce sont ceux qui ont vraiment joué le jeu par rapport à la réglementation en vigueur.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Avis défavorable pour les raisons déjà évoquées. En outre, l'amendement qui vient d'être adopté répond aux demandes des représentants du Syndicat national des PADHUE exprimées lors leur audition.

M. Paul Christophe. Monsieur le rapporteur, je ne peux pas vous laisser dire cela, à moins que nous n'ayons pas auditionné le même syndicat – mais je n'en connais qu'un ! Les personnes que nous avons rencontrées nous ont fait état d'une liste de 350 personnes recensées par leurs soins qui entrent dans ce cas de figure. Je ne peux donc pas vous laisser dire que tel qu'il est proposé, le texte répond à l'ensemble des sollicitations.

Mme Jeanine Dubié. Je veux appuyer les propos de M. Christophe. Hier encore, nous avons été saisis par l'organisation SOS PADHUE qui constate que les professionnels français qui résident en France souhaitent aussi avoir un parcours de validation des compétences superposable au dispositif prévu, et qui consiste en un exercice temporaire de deux ans sous tutelle d'un maître de stage, puis un passage en commission qui statuera sur leurs compétences.

Au travers du dispositif proposé par le rapporteur, on laisse des gens sur le carreau.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. J'entends cette demande qui est compliquée car elle pose la question des compétences qui ont pu être perdues au cours de ces années de non-exercice. Or nous devons assurer à nos concitoyens que toute intégration d'un médecin dans notre système de santé répond à des exigences.

Je vous propose de ne pas statuer pour l'instant sur votre amendement. Je vous ferai des propositions en séance publique. Nous allons regarder si nous avons la capacité ou non de sécuriser ce dispositif.

M. Paul Christophe. Je fais entièrement confiance à Mme la ministre. Je retire donc l'amendement.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'amendement rédactionnel AS1594 du rapporteur.

Elle examine les amendements identiques AS210 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS896 de M. Jean-Pierre Door.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. Le projet de loi permet d'éviter un retrait brutal des praticiens éligibles à la liste C exerçant en établissement sous divers

statuts, à travers l'autorisation temporaire d'exercice délivrée au dépôt du dossier auprès de la CAE régionale. Il est cependant proposé de retirer le principe d'affectation pour la réalisation du parcours de consolidation de compétences pour l'extinction de la liste C.

M. Gilles Lurton. Le projet de loi permet d'éviter un retrait brutal des praticiens éligibles à la liste C exerçant en établissement sous divers statuts, au travers de l'autorisation temporaire d'exercice délivrée au dépôt du dossier auprès de la CAE régionale. Il est cependant proposé de retirer le principe d'affectation pour la réalisation du parcours de consolidation de compétences pour l'extinction de la liste C, celle-ci devant pouvoir être réalisée dans les établissements d'origine.

Concernant la liste A, nous proposons de même une modification de la loi afin de permettre une meilleure articulation entre les projets de ces praticiens en intégration et ceux des établissements, conformément aux principes présidant à la réforme du second cycle et à la suppression des épreuves nationales classantes.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. L'article 21 vise justement à mettre fin aux pratiques de recrutement direct au sein des établissements sans contrôle préalable des compétences. L'actuelle possibilité de recrutement des PADHUE de gré à gré par les établissements est donc remplacée par une procédure d'affectation. Ce principe d'affectation est au cœur de l'équilibre entre la nécessité d'ouverture et de sécurisation des conditions d'exercice des PADHUE, d'une part, et la garantie des compétences, d'autre part. Avis défavorable.

La commission rejette ces amendements.

Puis elle étudie les amendements identiques AS897 de M. Jean-Pierre Door et AS1530 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

M. Gilles Lurton. Le projet de loi permet d'éviter un retrait brutal des praticiens éligibles à la liste C exerçant en établissement sous divers statuts, au travers de l'autorisation temporaire d'exercice délivrée au dépôt du dossier auprès de la CAE régionale.

Il est cependant proposé de retirer le principe d'affectation pour la réalisation du parcours de consolidation de compétences pour l'extinction de la liste C, celle-ci devant pouvoir être réalisée dans les établissements d'origine.

Concernant la liste A, nous proposons de même une modification de la loi afin de permettre une meilleure articulation entre les projets de ces praticiens en intégration et ceux des établissements, conformément aux principes présidant à la réforme du second cycle et à la suppression des épreuves nationales classantes.

Mme Agnès Firmin Le Bodo. L'amendement AS1530 est défendu.

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission **rejette** ces amendements.*

Elle est saisie de l'amendement AS1532 de Mme Caroline Fiat.

Mme Caroline Fiat. Bien que l'amendement de M. le rapporteur que nous avons adopté soit déjà complet, nous proposons un ajout. Certains PADHUE, en attendant d'avoir l'autorisation d'exercer, occupent en effet une fonction paramédicale, comme celle d'aide-soignant ou d'infirmier. Il convient de prendre en compte ces contrats pour éviter, comme je le disais précédemment, de perdre d'éventuels médecins.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. Pourquoi ?

*La commission **rejette** l'amendement.*

Puis elle examine l'amendement AS1570 du rapporteur.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cet amendement, qui permettra de répondre à l'interrogation de Mme Fiat, concerne les dentistes, sages-femmes et pharmaciens.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle **rejette** l'amendement AS1503 de M. Paul Christophe.*

*Puis elle **adopte** successivement les amendements rédactionnels AS1595, AS1596, AS1630, AS1597 et AS1598, tous du rapporteur.*

La commission étudie l'amendement AS65 de Mme Marine Brenier.

M. Gilles Lurton. Cet amendement vise à corriger une erreur de renvoi au sein du code de la santé publique.

L'article L. 631-2 visé dans le projet de loi concerne l'accès au troisième cycle des études de médecine. Son deuxième alinéa ne concerne pas les modalités de détermination du nombre d'étudiants poursuivant ces études. En revanche, le deuxième alinéa de l'article L. 631-1 fixe les modalités de détermination du nombre d'étudiants qui suivent les études de médecine, odontologie et maïeutique. Il nous paraît donc plus juste de viser cet article et non l'article L. 631-2.

À tout seigneur tout honneur : c'est Mme Marine Brenier qui a constaté qu'il fallait procéder à cette modification.

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

La commission examine l'amendement AS1387 de Mme Albane Gaillot.

Mme Stéphanie Rist. Les praticiens à diplôme hors Union européenne reconnus réfugiés ou apatrides bénéficient actuellement, eu égard à leur situation particulière, d'une dérogation leur permettant d'être recruté, sans plein exercice, par un établissement de santé avant même d'avoir satisfait aux épreuves de vérification des compétences. La suppression des statuts contractuels de praticiens associés, sous lesquels ils étaient recrutés jusqu'à présent, les priverait de cette possibilité. Cet amendement vise donc à leur permettre d'exercer selon des modalités d'autorisation temporaire proches de celles mises en œuvre par l'article du projet de loi relatif aux PADHUE. Un décret en Conseil d'État préciserait les conditions de mise en œuvre de ces dispositions.

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

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS1074 de M. Philippe Vigier.

Mme Jeanine Dubié. Par cet amendement, nous proposons d'inscrire au tableau de l'Ordre des médecins tout médecin titulaire d'un diplôme étranger qui exerce en France en le dispensant du parcours de consolidation de compétences, à condition qu'il s'engage à exercer à titre libéral. Il s'agit d'augmenter les effectifs de praticiens libéraux dans le cadre de la lutte contre les déserts médicaux.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Rien ne justifie que les praticiens exerçant en libéral soient moins bien formés que ceux exerçant en établissement. Or la réalisation d'un parcours de consolidation des compétences fait partie de leur formation. Supprimer cette formation complémentaire pour les PADHUE exerçant en libéral pourrait contribuer à une dégradation de la qualité des soins dispensés en ville. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis, suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette successivement les amendements AS1151 de M. Guillaume Garot et AS1531 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Elle examine ensuite, en discussion commune, les amendements AS898 de M. Jean-Pierre Door et AS927 de M. Joël Aviragnet.

M. Gilles Lurton. L'amendement AS898 est défendu.

M. Joël Aviragnet. L'amendement AS927 tend à maintenir, pour les médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens, le recrutement contractuel de praticiens à diplôme étranger hors UE. En effet, dans les zones où il est très difficile de recruter des médecins, notamment dans les hôpitaux périphériques, ces

médecins jouent, j’y insiste, un rôle important. Certes, il faut veiller à la validation de leur diplôme pour garantir la qualité des soins, mais il faut également assurer l’accès à ces derniers. Si les hôpitaux sont obligés de se passer de ce type de praticiens, il ne faudra pas s’étonner qu’ils ferment certains services. On voit l’évolution qui se dessine...

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Comme je l’ai indiqué tout à l’heure, nous souhaitons mettre fin au statut précaire de ces praticiens. Avis défavorable.

La commission rejette successivement ces amendements.

Suivant l’avis défavorable du rapporteur, elle rejette l’amendement AS1517 de M. Jean-Pierre Door.

Puis elle adopte successivement les amendements rédactionnels AS1599, AS1602, AS1601, AS1603, AS1605 et AS1604, tous du rapporteur.

Elle examine ensuite l’amendement AS1571 du rapporteur.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cet amendement vise, tout d’abord, à tirer les conséquences, dans le code du travail, de la suppression des recrutements contractuels de PADHUE. Il permet également de compléter l’article 21 en déléguant au directeur général du Centre national de gestion la signature du ministre chargé de la santé pour toutes les autorisations d’exercice dont il instruit les dossiers.

La commission adopte l’amendement.

Puis elle adopte l’article 21 modifié.

Après l’article 21

Suivant l’avis défavorable du rapporteur, la commission rejette l’amendement AS828 de Mme Justine Benin.

Elle est ensuite saisie de l’amendement AS422 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

M. Paul Christophe. Nous vous proposons une légère modification du code de la santé publique concernant les praticiens à diplôme étranger hors Union européenne autorisés à poursuivre un parcours de consolidation des compétences en médecine.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Le parcours de consolidation des compétences des PADHUE est adossé aux référentiels sur lesquels repose le 3^{ème} cycle des études médicales. Il doit donc s’effectuer dans le cadre de la maquette de formation de la spécialité du praticien et au sein de lieux de stage

agréés. La maquette de formation peut prévoir, selon les spécialités, un stage auprès d'un praticien libéral. Toutefois, hormis pour la médecine générale, le nombre de praticiens libéraux agréés à la maîtrise de stage reste, hélas ! encore très limité dans les autres spécialités, mais il a vocation à se développer au cours des prochains mois. C'est en tout cas une volonté forte du Gouvernement et de la majorité, dans le cadre des démarches engagées en vue de renforcer l'accès aux soins. En attendant, je vous invite à retirer votre amendement ; à défaut de retrait, avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite, en présentation commune, les amendements AS983, AS911, AS910, AS912 et AS917, tous de M. Brahim Hammouche.

Mme Justine Benin. L'amendement AS983 tend à ajouter aux missions des politiques de santé et de l'action sociale et médico-sociale la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance, qui conditionnent le bon exercice des soins sanitaires, sociaux et médico-sociaux et la qualité de vie au travail des divers personnels exerçant dans ces différents champs d'activité.

L'amendement AS911 vise, en outre, à étendre explicitement les événements indésirables associés à des soins aux actes et situations de maltraitance recensés sur la plateforme de signalement en ligne créée par le ministère des solidarités et de la santé.

L'amendement AS910 a pour objet de compléter les réflexions éthiques au sein des établissements de santé en introduisant l'obligation d'élaborer un plan de sensibilisation et d'actions contre les actes de maltraitance.

L'amendement AS912 reprend l'une des préconisations du rapport de la Commission pour la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance, remis le 24 janvier dernier à la ministre des solidarités et de la santé, afin, comme l'indiquaient ses auteurs, « *de mieux comprendre les phénomènes de maltraitance, mieux y réagir collectivement et prévenir leur survenance, par une profonde transformation de nos approches* » dans les établissements médicaux et médico-sociaux.

Enfin, l'amendement AS917 vise à doter la France d'un moyen d'étude et d'évaluation des actes et situations de maltraitance et, à cette fin, à définir une nomenclature commune des informations pour le recueil et le suivi des alertes de maltraitance.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Ces cinq amendements visent à lutter contre la maltraitance. Il s'agit d'un sujet essentiel. Un rapport de Denis Piveteau portant sur la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance a été rendu public en janvier dernier. Il propose une réponse globale. Le projet de loi que nous examinons, qui porte avant tout sur l'organisation du

système de santé et sa simplification, n'est pas forcément le véhicule le plus adapté pour inscrire ces propositions dans la loi. Avis défavorable.

La commission rejette successivement ces amendements.

TITRE V RATIFICATIONS ET MODIFICATIONS D'ORDONNANCES

Article 22

Ratification de l'ordonnance relative à la Haute autorité de santé et de l'ordonnance portant extension et adaptation outre-mer de dispositions de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

La commission est saisie de l'amendement AS1282 de Mme Caroline Fiat.

M. Jean-Hugues Ratenon. Nous inspirant d'un rapport dans lequel l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) préconisait « *une réforme d'envergure de la pharmacovigilance* », nous proposons de donner à la Haute autorité de santé le monopole de l'information sur le bon usage des soins et les recommandations de bonnes pratiques à destination des professionnels de santé et du public.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. La HAS n'est pas la seule instance qui ait vocation à informer le public ; je pense notamment à l'assurance maladie, à Santé publique France ou aux associations d'usagers. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS1286 de M. Jean-Hugues Ratenon.

Mme Caroline Fiat. Par cet amendement, nous proposons de forger un partenariat permanent entre la HAS et l'ANSES pour adapter notre système de santé aux évolutions de notre environnement, qu'il soit atmosphérique, alimentaire ou de travail. On sait, par exemple, qu'au cours des vingt dernières années, le nombre des personnes allergiques aux pollens a doublé.

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

Puis elle est saisie de l'amendement AS1298 de M. Adrien Quatennens.

Mme Caroline Fiat. Cet amendement vise à confier à la HAS un rapport annuel, réalisé en partenariat avec les organismes publics concernés et les associations d'usagers et de malades, portant sur les pistes de transformation du système de production de médicaments promouvant la souveraineté pharmaceutique et l'innovation thérapeutique.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je vois votre amendement comme un amendement d'appel. En effet, il ne revient pas à la Haute autorité de santé de mener une réflexion politique telle que celle que vous évoquez. Avis défavorable.

Mme Caroline Fiat. Certes, il s'agit d'un amendement d'appel. Mais cette réflexion aurait pour but d'élaborer une stratégie planifiée, rationnelle, attentive au temps long et qui ne soit plus parasitée par la recherche de profits à court terme. Nous faisons confiance à la Haute autorité de santé pour suggérer au législateur des pistes à la fois ambitieuses et crédibles pour rompre avec la voie dangereuse dans laquelle notre santé est engagée depuis beaucoup trop longtemps.

La commission rejette l'amendement.

Elle adopte ensuite l'amendement rédactionnel AS1632 du rapporteur.

Puis elle examine l'amendement AS915 de M. Brahim Hammouche.

M. Brahim Hammouche. Cet amendement vise à confier à la HAS une mission de prévention des actes de maltraitance en développant des outils de diagnostic et d'autodiagnostic à destination des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux. Ce faisant, il reprend l'une des préconisations du rapport Piveteau de la Commission pour la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance, remis le 24 janvier 2019 à la ministre des solidarités et de la santé, afin, comme l'indiquaient ses rapporteurs « *de mieux comprendre les phénomènes de maltraitance, mieux y réagir collectivement et prévenir leur survenance, par une profonde transformation de nos approches* » dans les établissements médicaux et médico-sociaux.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Notre collègue Annie Vidal a déposé, après l'article 22, un amendement analogue au vôtre qui s'inspire des travaux de la Mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité sociale (MECSS). Une évolution des dispositions législatives actuelles est en effet nécessaire pour confier à la Haute autorité de santé la compétence d'élaborer la procédure d'évaluation des établissements et services médico-sociaux, et de fixer les critères et la durée de l'habilitation des organismes chargés de l'évaluation des établissements et services médico-sociaux. Ces évaluations comportent, bien entendu, un aspect relatif à la maltraitance. Je vous propose donc de retirer votre amendement au profit de celui de Mme Vidal.

La commission rejette l'amendement.

La commission passe à l'amendement AS1638 du rapporteur.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Il s'agit d'un amendement d'appel pour Mme la ministre. Dans le cadre de la certification des établissements de santé, la HAS utilise la méthode du « patient traceur » qui permet d'analyser *a*

posteriori le parcours d'un patient tout au long de sa prise en charge au sein d'un établissement de santé.

Cette méthode, qui implique la participation des différents professionnels ayant contribué à la prise en charge du patient, nécessite la consultation du dossier du patient. Or, selon les termes de l'article L. 1414-4 du code de la santé publique, seuls les médecins experts de la HAS peuvent le consulter. Cette limitation empêche la HAS – elle nous l'a dit lors de son audition – de déployer autant qu'elle le souhaiterait la méthode du patient traceur, car elle éprouve des difficultés à recruter des médecins en qualité d'experts-visiteurs pour effectuer les visites de certification.

Le présent amendement étend donc la possibilité de consultation du dossier du patient à tous les professionnels de santé.

M. Gilles Lurton. Le patient est-il informé qu'il est suivi de cette façon ? Donne-t-il son accord *a priori* ?

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Oui, c'est le cas.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Monsieur Lurton, les patients sont interrogés, et parfois examinés par les experts-visiteurs.

Il est vrai que la Haute Autorité de santé rencontre des difficultés pour en recruter suffisamment, du fait de la pénurie de médecins, et de professions médicales en général.

Mais je suis un peu dubitative face à cet amendement... En effet, la version 2020 de la certification des établissements de santé va conduire à sa plus grande médicalisation. Alors qu'actuellement, ce sont les processus qui sont évalués, demain, ce sont plutôt les pratiques qui seront analysées. En conséquence, la Haute Autorité de santé va devoir renforcer ses effectifs de professionnels médicaux. L'accélération du recrutement d'experts-visiteurs, qui sont plutôt des administratifs en mesure d'analyser les dossiers des malades – directeurs d'hôpitaux, ingénieurs qualité – est probablement plus une solution de court que de long terme. Je n'y suis donc pas très favorable.

Je vous proposerai de retirer votre amendement.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'article 22 ainsi modifié.

Après l'article 22

La commission examine les amendements identiques AS127 de Mme Annie Vidal et AS1388 de Mme Albane Gaillot.

Mme Annie Vidal. L'amendement AS127 fait suite au rapport sur la démarche qualité en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), que j'ai rédigé pour la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS). L'article 72 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a transféré à la HAS les missions auparavant dévolues à l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM).

Toutefois, une évolution des dispositions législatives actuelles est nécessaire afin de pouvoir confier à la HAS la compétence pour élaborer la procédure d'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) et fixer les critères et la durée d'habilitation des organismes en charge de cette évaluation.

Ainsi, la HAS pourra rédiger un référentiel opposable – attente forte de la profession – et déterminer les modalités de rédaction, de transmission et de publication du rapport d'évaluation. À travers ce nouveau cadre législatif, nous souhaitons renforcer la démarche qualité des structures et restaurer la confiance, grâce à une plus grande valorisation et plus de transparence.

Mme Albane Gaillot. L'amendement AS1388 est défendu.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. J'y suis très favorable.

M. Gilles Lurton. Je soutiendrai ces amendements, issus des travaux et du rapport que Mme Vidal a rendus au nom de la MECSS. J'ai eu l'honneur et la chance de coprésider les auditions. J'avais exprimé des inquiétudes sur ce rapport – qui aurait pu complexifier la gestion des EHPAD – et m'en étais d'ailleurs entretenu avec elle.

Or les propositions de Mme Vidal évitent cet écueil. Elle a trouvé les bons vecteurs pour tenter de mieux contrôler les établissements et de mieux évaluer leur qualité. C'est pourquoi je souscris entièrement à ces amendements.

La commission adopte ces amendements.

Elle en vient à l'amendement AS604 de Mme Nathalie Sarles.

Mme Nathalie Sarles. Mon amendement est similaire à celui de M. Mesnier à l'article 22. J'ai moi aussi rencontré la Haute Autorité de santé et nous avons aussi évoqué les difficultés liées à la méthode des « patients traceurs ». Je pense que Mme la ministre aura le même avis sur mon amendement que sur celui du rapporteur. Je vais donc le retirer.

L'amendement est retiré.

Article 23

Ratification de l'ordonnance n° 2017-192 du 16 février 2017 relative à l'adaptation des dispositions relatives aux ordres des professions de santé (limite d'âge des conseillers ordinaires et présidents de chambres disciplinaires ou de sections)

examine l'amendement AS1105 de Mme Audrey Dufeu Schubert.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Les alinéas 2 à 24 du présent article visent à fixer une limite d'âge pour les magistrats des chambres disciplinaires des ordres. Mon amendement vise à supprimer ces alinéas car ils constituent une discrimination envers les magistrats les plus âgés. Si la mesure s'appuie sur une volonté de décrystalliser « *une structure pyramidale figée au sommet* » et « *un très faible renouvellement [des] dirigeants* », elle n'en reste pas moins discriminante et « *âgiste* », selon moi.

Il serait plus pertinent de réfléchir à des nouvelles modalités d'élection des ordres, plutôt que de stigmatiser les plus âgés !

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cette limite d'âge pour les magistrats des ordres ne me choque pas. Nous avons déjà voté ce dispositif il y a un peu plus d'un an – alors que j'étais rapporteur. C'était une demande du Conseil d'État et de l'Ordre des médecins. Je ne vois pas pourquoi nous nous y opposerions car cela concerne le fonctionnement interne des ordres. Mon avis sera donc défavorable.

Mme Audrey Dufeu Schubert. Je comprends l'intention de renouvellement. Mais inscrire dans la loi une éviction liée à l'âge me pose question, à l'heure où nous essayons de plutôt réconcilier les générations...

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Il existe aussi un âge limite dans la fonction publique.

La commission rejette l'amendement.

L'amendement AS792 est retiré.

Puis, suivant l'avis du rapporteur, la commission rejette l'amendement AS479 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Elle adopte ensuite les amendements rédactionnels identiques AS118 de Mme Emmanuelle Anthoine et AS155 de Mme Valérie Bazin-Malgras.

La commission passe à l'amendement AS63 de Mme Marine Brenier.

M. Gilles Lurton. Afin d'éviter un contournement des sanctions d'interdiction d'exercer ou de radiation prononcées par les juridictions ordinaires, il est impératif de les compléter. En effet, plusieurs professionnels de santé ont porté à notre connaissance le fait que certains anciens praticiens, interdits

d'exercer ou radiés, se reconvertissent en gestionnaire dans des structures dispensant des soins – le plus souvent des centres de santé.

Afin de garantir la qualité et la sécurité des soins, mais surtout d'éviter tout risque d'illégalité pour ces établissements ou structures, les sanctions d'interdiction d'exercer ou de radiation doivent être accompagnées d'une sanction d'interdiction de gérer ces mêmes structures de soins, comme cela est déjà le cas pour les sociétés commerciales.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Je comprends l'objectif de votre amendement, qui vise à éviter les fraudes lorsqu'un professionnel de santé reste dirigeant de la structure dans laquelle il exerçait avant de se voir sanctionné. Cependant, la sanction que vous proposez peut paraître excessive car elle s'appliquerait indifféremment à tous les professionnels de santé interdits d'exercer, que l'interdiction soit temporaire ou non, de courte durée ou non.

Au regard de la liberté d'entreprendre, qui est un droit constitutionnel, cette sanction peut paraître disproportionnée. Mon avis sera donc défavorable.

M. Gilles Lurton. La sanction s'appliquerait sur la même durée d'interdiction, et non indéfiniment. Il me semble normal qu'un professionnel interdit d'exercer dans un établissement soit également interdit d'exercer dans les autres établissements dans lesquels il pourrait se présenter. C'est la moindre des choses !

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Ce n'est pas ce qui est écrit. Or, en matière de sanctions, il faut être vraiment très précis, si je puis me permettre.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Monsieur Lurton, je peux vous proposer de revoir cette rédaction pour la séance publique.

L'amendement est retiré.

Puis, suivant l'avis du rapporteur, la commission rejette l'amendement AS1533 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

La commission examine, en présentation commune, les amendements AS1093, AS1095, AS1094 et AS1096 de Mme Martine Wonner.

Mme Delphine Bagarry. L'amendement AS1093, rédactionnel, propose de supprimer le caractère exclusivement sanitaire des centres de santé, tels qu'ils sont définis à l'article L. 6323-1 du code de santé publique, afin d'adapter leur définition à la réalité actuelle de leurs missions. Ce sont désormais des lieux d'éducation thérapeutique qui remplissent surtout des missions d'ordre social.

Les amendements AS1095, AS1094 et AS1096 visent à intégrer des psychologues et d'autres professions – entre autres, des éducateurs spécialisés – au sein des centres de santé. Les modalités d'application en seraient fixées par décret.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Vous avez raison, madame Bagarry, les centres de santé sont définis comme structures sanitaires de proximité. L'amendement AS1093 – que je ne qualifierai pas de rédactionnel – supprime le terme « *sanitaire* », afin de prendre en compte leurs autres activités à caractère social ou médico-social. Mais la loi reconnaît déjà aux centres de santé la possibilité de mener des activités à caractère social ou médico-social. Il n'y a donc aucune contradiction à reconnaître les centres de santé comme structures sanitaires, et à leur permettre par ailleurs d'exercer des activités sociales et médico-sociales. L'équilibre entre ces différentes missions n'est pas remis en cause. Je ne vois aucun motif pour que l'activité sanitaire des centres de santé n'apparaisse pas prioritaire. Au vu de ces explications, je vous demanderai de bien vouloir retirer cet amendement.

Quant aux trois autres amendements, les centres de santé peuvent d'ores et déjà accueillir d'autres professionnels que des professionnels de santé – psychologues, psychothérapeutes, assistantes sociales. Je vous propose donc également de les retirer. Dans le cas contraire, j'y serai défavorable.

Mme Delphine Bagarry. Je vais retirer ces amendements mais je voulais insister sur le fait que les psychologues étaient des professionnels de l'accompagnement à part entière.

Les amendements AS1093, AS1095, AS1094 et AS1096 sont retirés.

La commission est saisie de l'amendement AS67 de Mme Marine Brenier.

M. Gilles Lurton. Cet amendement vise un triple objectif : faciliter l'accès à la justice ordinaire, peu connue et donc peu utilisée par les patients ; la rendre accessible géographiquement, certains justiciables devant parcourir plusieurs kilomètres pour se rendre à la juridiction concernée ; s'aligner sur le fonctionnement des autres juridictions utilisant déjà ce processus.

Thomas Mesnier, rapporteur général. L'organisation de la juridiction ordinaire repose sur une répartition de compétences établie en fonction de ressorts territoriaux définis et stables. Les objectifs mentionnés dans l'exposé sommaire de votre amendement paraissent sans lien avec la mesure proposée. En outre, la notion de « *nécessité locale* » paraît beaucoup trop vague pour permettre d'autoriser de déroger ponctuellement à la répartition territoriale des compétences en vigueur.

Avis défavorable

La commission rejette l'amendement.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette ensuite l'amendement AS1534 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Elle examine l'amendement AS1482 du Gouvernement.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Nous vous demandons de ratifier l'ordonnance du 19 janvier 2017 relative aux avantages offerts par les personnes fabriquant ou commercialisant des produits de santé, dite directive anti-cadeaux, mais nous souhaitons lui apporter deux modifications importantes.

La première concerne les enquêteurs de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF). L'ordonnance adapte et renforce leurs prérogatives dans le cadre du contrôle des infractions au dispositif anti-cadeaux. L'amendement leur confère des compétences pour effectuer des opérations de visite et saisie, sous réserve de l'accord du juge des libertés et de la détention (JLD), et leur ouvre la possibilité d'être saisis sur commission rogatoire par un juge d'instruction. La DGCCRF peut en effet demander au JLD l'autorisation d'utiliser des pouvoirs de perquisition appelés « opérations de visite et saisie » lorsque les pouvoirs simples ne permettent pas de recueillir les preuves d'un manquement ou d'une infraction. Il s'agit de pouvoirs indispensables pour obtenir des preuves, dans un contexte où il est difficile pour les enquêteurs de démontrer la réalité des avantages directs ou indirects par simples recoupements comptables.

La deuxième modification vise à corriger une erreur de rédaction conduisant à renvoyer à des sections inexistantes du code de la santé publique. Celle-ci prive les enquêteurs de la DGCCRF de leur habilitation à rechercher et à constater les infractions au dispositif alors même qu'ils sont les seuls en pratique à intervenir en ce domaine et que de nombreuses enquêtes et procédures ont été lancées.

La mention de cette ordonnance est en conséquence supprimée de la liste des ratifications sèches du V de l'article 23.

Thomas Mesnier, rapporteur général. Avis favorable.

La commission adopte l'amendement.

Puis, suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette successivement les amendements AS64 et AS66 de Mme Marine Brenier et l'amendement AS595 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS994 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Dans le prolongement de la proposition de loi sur les comités de protection de personnes que j'ai défendue, cet amendement vise à ratifier l'ordonnance du 16 juin 2016 comme le propose le projet de loi initial en corrigeant une erreur rédactionnelle. Il tient compte, en outre, de l'impossibilité matérielle pour les comités de protection des personnes de réexaminer l'ensemble

des recherches autorisées sous l'égide de lois antérieures et légalement mises en œuvre au jour du nouvel examen par lesdits comités.

Thomas Mesnier, rapporteur général. Avis favorable.

La commission adopte l'amendement.

Elle examine l'amendement AS1569 du rapporteur.

Thomas Mesnier, rapporteur général. Cet amendement procède à la correction d'erreurs matérielles en supprimant des ratifications d'ordonnances déjà ratifiées de la liste établie au V.

La commission adopte l'amendement.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette l'amendement AS1535 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Elle en vient à l'amendement AS1478 du Gouvernement.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Cet amendement vise à ajouter trois ordonnances à la liste du V pour achever la ratification de toutes les ordonnances adoptées sur le fondement des habilitations contenues dans la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

Thomas Mesnier, rapporteur général. Avis favorable.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 23 modifié.

Après l'article 23

La commission examine successivement les amendements AS1300 et AS1293 de M. Jean-Louis Touraine.

M. Jean-Louis Touraine. Ces amendements visent à améliorer la prise en compte par les différentes instances des conditions de vie au travail des professionnels dont dépend la qualité même de l'exercice professionnel.

Thomas Mesnier, rapporteur général. La qualité de vie au travail des professionnels de santé, notamment hospitaliers, est un enjeu important et, à ce titre, plusieurs initiatives ont déjà été prises.

La Haute Autorité de santé, en partenariat avec l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) travaille sur ce sujet pour construire des outils à destination des professionnels de santé, en partenariat avec la Direction générale de l'offre de soins. (DGOS).

En juillet 2018, madame la ministre a installé un Observatoire national pour la qualité de vie au travail des professionnels de santé qui interviendra dans le cadre de la stratégie nationale de la qualité de vie au travail et je lui laisserai peut-être le soin de le présenter.

Avis défavorable.

M. Jean-Louis Touraine. Très respectueusement, je tiens à indiquer à M. le rapporteur que si les dispositifs en place étaient efficaces, cela se saurait. Année après année, on a plutôt l'impression d'assister à une dégradation. Nous sommes alertés de plus en plus fréquemment de cas de *burn-out* voire de suicides sur le lieu de travail. Cela ne peut manquer de nous préoccuper. Nous avons besoin de dispositifs supplémentaires qui permettent de mesurer en temps réel l'état psychologique et sanitaire des professionnels de santé. Nous ne devons pas attendre qu'il y ait des suicides pour s'occuper d'eux.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. J'aimerais vous rassurer sur deux points, monsieur Touraine.

D'abord, même s'il est vrai que les conditions de travail de certains personnels hospitaliers évoluent trop lentement, je veux rappeler que l'Observatoire national de la qualité de vie au travail des professionnels de santé et du médico-social a été créé il y a moins d'un an, à l'été 2018. Par ailleurs, la qualité de vie au travail est un indicateur qui est désormais pris en compte pour la certification des établissements de santé par la Haute Autorité de santé : l'amélioration des conditions de travail est donc une obligation.

M. Jean-Louis Touraine. Je me permets d'insister sur la situation alarmante qu'Édouard Couty a décrite dans son rapport. J'entends bien que des dispositions nouvelles ont été prises, mais sont-elles d'une ampleur suffisante pour inverser véritablement la tendance ? Je n'en suis pas sûr et je serais heureux que l'on prenne quelques mesures additionnelles dans ce sens. Il faut faire preuve de vigilance à tous les niveaux : pas seulement au niveau central ou au niveau de l'Observatoire, mais aussi sur le terrain.

M. Alain Bruneel. Même si des dispositifs existent déjà, la réalité, aujourd'hui, c'est une souffrance au travail qui perdure, avec des cas de *burn-out* et des suicides. Les professionnels hospitaliers ne cessent de nous alerter sur leurs conditions de travail, notamment sur le manque de personnel et de moyens matériels. Il faut vraiment que le Gouvernement les entende.

La commission rejette successivement les amendements AS1300 et AS1293.

Elle examine ensuite l'amendement AS886 de M. Jean-Pierre Door.

M. Gilles Lurton. Depuis 2015, l'encadrement juridique de la pratique de la pharmacie à usage intérieur (PUI) a été précisé par différents textes obligeant le recrutement de pharmaciens ayant un diplôme d'études spécialisées (DES).

Si cette obligation peut s'entendre dans les établissements de santé MCO, rien ne justifie, du point de vue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge du patient, l'obligation d'un niveau DES dans les pharmacies à usage intérieur des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) ou autorisés en psychiatrie.

Par ailleurs, le nombre de places en internat de pharmacie n'a pas été adapté et un grand nombre d'établissements de santé SSR et de psychiatrie se trouvent dans une situation de tension réelle, du fait de cette obligation d'avoir un pharmacien de PUI titulaire d'un DES. Cette disposition accentuée, dans certains territoires, les difficultés d'accès aux soins.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Cet amendement remet en cause l'obligation, pour les pharmaciens qui exercent dans la PUI d'un établissement de soins de suite et de réadaptation ou autorisé en psychiatrie, d'avoir un DES. Rien ne justifie que le niveau de qualité ou de sécurité de la prise en charge du patient ne soit pas aussi bien garantie dans ces structures. Avis défavorable.

M. Gilles Lurton. La conséquence de cette mesure, c'est que l'on ne trouve plus de médecins désireux d'exercer dans ces établissements et que le niveau de sécurité est encore moins garanti.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS539 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Cet amendement concerne des centaines de patients qui ont été maltraités dans des centres de santé, notamment dentaires. Afin de garantir la sécurité des patients, il est important que ces centres de santé ne se transforment pas en des établissements recherchant uniquement le profit, à travers des holdings situées à l'étranger ou dans des paradis fiscaux. Pour cette raison, je propose que la délégation de gestion, totale ou partielle, à des sociétés commerciales, soit interdite en matière de santé.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. L'article L. 6323-1-3 du code de santé publique prévoit déjà que les centres de santé sont créés et gérés par des organismes à but non lucratif ou, sous certaines conditions, par des sociétés coopératives d'intérêt collectif. L'objet de votre amendement étant satisfait, je vous invite à le retirer. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Vous me parlez de gestion, mais mon amendement porte sur la délégation de gestion. Aujourd'hui, rien n'interdit à un centre de santé de déléguer sa gestion à d'autres sociétés : c'est ce qui a donné lieu, récemment, à un scandale impliquant un centre dentaire qui avait transféré de l'argent à l'étranger. La loi encadre certes la gestion des centres de santé, mais elle n'interdit pas la délégation de gestion. Si nous ne l'interdisons pas, nous risquons de voir d'autres scandales se produire.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie des amendements identiques AS476 de Mme Agnès Firmin Le Bodo et AS756 de M. Philippe Vigier.

M. Paul Christophe. L'amendement AS476 concerne les pharmacies à usage intérieur des services d'incendie et de secours (SIS). Sans concertation préalable, ces PUI ont cessé d'être placées sous le même régime juridique d'autorisation que les PUI des autres établissements de soins. Cet amendement propose de revenir à la situation antérieure.

Mme Jeanine Dubié. L'amendement AS756 est identique à celui de M. Paul Christophe : il est défendu.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Ces amendements visent à élargir la nomenclature applicable aux pharmacies à usage intérieur mais, en pratique, la reconnaissance des actions de pharmacie clinique, résultant de l'adoption de l'ordonnance, ne crée pas de nouveaux actes tarifés. Elle vise juste à améliorer l'organisation de la prise en charge médicamenteuse, dans le respect de la nomenclature actuelle.

Par ailleurs, je ne comprends pas bien l'intérêt de la seconde partie de votre amendement. Vous indiquez vouloir renvoyer aux ARS l'autorisation des PUI dans les hôpitaux militaires et assimilés, mais le dispositif de votre amendement propose au contraire de renvoyer cette autorisation au ministre de tutelle compétent. Pour toutes ces raisons, avis défavorable.

La commission rejette ces amendements.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette ensuite l'amendement AS477 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

Puis elle en vient à l'amendement AS478 de Mme Agnès Firmin Le Bodo.

M. Paul Christophe. Cet amendement entend préciser, en cas de décès du titulaire d'officine, les modalités de vente, de cession et d'autorisation par l'ARS.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Votre amendement ne tourne pas car il modifie une référence à l'article L. 5125-21 du code de la santé publique devenue obsolète depuis le mois de juillet 2018. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS536 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. L'adoption de cet amendement aurait une vraie signification, puisque nous proposons, dans l'ensemble du code de la santé publique, à chaque occurrence des mots « accès aux soins », de leur substituer les mots : « accès à la santé ». Le Président de la République, le Premier ministre et

Mme la ministre l'on bien dit : aujourd'hui, il ne s'agit plus de parler de soins, mais de santé. L'adoption de cet amendement serait donc tout à fait significative.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. L'Organisation mondiale de la santé définit la santé comme un état de complet bien-être physique. Même si votre souhait est louable, l'accès à la santé ne relève pas du champ normatif. Au contraire, c'est l'accès aux soins, qu'ils soient curatifs ou préventifs, qui garantit la bonne santé de la population. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS1011 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Le présent amendement vise à autoriser, à titre expérimental, les infirmiers, membres d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) présente sur un territoire caractérisé par une offre de soins insuffisante, à dispenser certains produits de santé. Il s'agit d'inciter l'ensemble des professionnels de santé à adhérer à une CPTS car la dispensation n'est autorisée que pour les infirmiers et les infirmières participant à une CPTS ayant conclu un protocole de coopération avec un médecin traitant.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général. Nous avons déjà débattu de cette question hier après-midi : avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Vote sur l'ensemble du projet de loi.

La commission adopte l'ensemble du projet de loi modifié.

*

* *

En conséquence, elle demande à l'Assemblée nationale d'adopter le projet de loi dans le texte figurant dans le document annexé au présent rapport (<http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/ta-commission/r1767-a0.pdf>).