

JEUDI 6 JUIN 2019

**Organisation du système de santé
(*Procédure accélérée - Suite*)**

**Hommage à l'occasion du 75^e anniversaire
du Débarquement du 6 juin 1944**

Questions d'actualité

SOMMAIRE

MODIFICATION DE L'ORDRE DU JOUR	1
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ (<i>Procédure accélérée - Suite</i>)	1
<i>Discussion des articles (Suite)</i>	1
ARTICLE 8 (<i>Suite</i>)	1
HOMMAGE À L'OCCASION DU 75^E ANNIVERSAIRE DU DÉBARQUEMENT DU 6 JUIN 1944	14
M. Gérard Larcher, président du Sénat	14
MODIFICATION DE L'ORDRE DU JOUR	14
QUESTIONS D'ACTUALITÉ	15
<i>Projet de fusion Renault-Fiat-Chrysler</i>	15
M. Dany Wattebled	15
M. Bruno Le Maire, ministre de l'économie et des finances	15
<i>Situation politique en Nouvelle-Calédonie</i>	15
M. Pierre Frogier	15
Mme Annick Girardin, ministre des outre-mer	15
<i>Reprise d'Ascoval</i>	16
Mme Valérie Létard	16
Mme Agnès Pannier-Runacher, secrétaire d'État auprès du ministre de l'économie et des finances	16
<i>Culture du don</i>	16
M. Bernard Buis	16
M. Gabriel Attal, secrétaire d'État auprès du ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse	16
<i>Hausse des tarifs d'électricité</i>	16
M. Henri Cabanel	16
M. François de Rugy, ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire	17
<i>Fermeture du train de fret Perpignan-Rungis</i>	17
M. Pascal Savoldelli	17
M. François de Rugy, ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire	17
<i>Moyens du ministère du Sport</i>	17
M. Gilbert-Luc Devinaz	17
Mme Roxana Maracineanu, ministre des sports	18
<i>Petites lignes aériennes</i>	18
M. Jacques Genest	18
M. François de Rugy, ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire	18
<i>Déremboursement des médicaments homéopathiques</i>	19
M. Yves Détraigne	19
Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé	19

Prédation de l'ours	19
Mme Maryse Carrère	19
M. François de Rugy, ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire	19
Difficultés des missions locales	20
Mme Sabine Van Heghe	20
M. Marc Fesneau, ministre auprès du Premier ministre, chargé des relations avec le Parlement	20
Plan France-Très Haut Débit	20
M. Patrick Chaize	20
Mme Jacqueline Gourault, ministre de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales	20
Déficit	21
M. Jérôme Bascher	21
Mme Agnès Pannier-Runacher, secrétaire d'État auprès du ministre de l'économie et des finances	21
ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ (Procédure accélérée - Suite)	21
Discussion des articles (Suite)	21
ARTICLE 8 (Suite)	21
ARTICLES ADDITIONNELS	22
ARTICLE 9	23
M. Yves Daudigny	23
ARTICLE ADDITIONNEL	24
ARTICLE 10	25
Mme Laurence Cohen	25
M. Dominique Théophile	25
M. Yves Daudigny	25
M. Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales	25
Mme Véronique Guillotin	25
Mme Élisabeth Doineau	25
M. Jean-Louis Tourenne	25
M. René-Paul Savary	25
ARTICLES ADDITIONNELS	31
ARTICLE 10 BIS	32
ARTICLE 10 TER (Supprimé)	33
ARTICLE 10 QUATER	33
ARTICLE 10 QUINQUIES	33
ARTICLE ADDITIONNEL	34
ARTICLE 11	34
M. Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales	34
ARTICLE ADDITIONNEL	39
ARTICLE 11 BIS A	40
ARTICLES ADDITIONNELS	40

ARTICLE 12 A	41
M. Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales	41
Mises au point au sujet de votes	42
Discussion des articles (Suite)	42
ARTICLE 12	42
ARTICLES ADDITIONNELS	47
ARTICLE 12 QUATER	47
ARTICLE 12 QUINQUIES	48
Mme Michelle Gréaume	48
ARTICLE 12 SEXIES	48
ARTICLE 13	48
Mme Laurence Cohen	48
M. Dominique Théophile	49
ARTICLES ADDITIONNELS	52
ARTICLE 13 BIS	52
ARTICLE 14	53
ARTICLE ADDITIONNEL	54
ARTICLE 15	55
ARTICLE 16	56
ARTICLES ADDITIONNELS	56
ARTICLE 17 BIS (Supprimé)	57
ARTICLES ADDITIONNELS	57
ARTICLE 18	59
ARTICLES ADDITIONNELS	64
ANNEXES.....	66
Ordre du jour du vendredi 7 juin 2019	66
Analyse des scrutins publics	67

SÉANCE du jeudi 6 juin 2019

100^e séance de la session ordinaire 2018-2019

PRÉSIDENTE DE M. JEAN-MARC GABOUTY,
VICE-PRÉSIDENT

SECRÉTAIRES :
MME CATHERINE DEROCHE, M. VICTORIN LUREL.

La séance est ouverte à 10 h 45.

Le procès-verbal de la précédente séance, constitué par le compte rendu analytique, est adopté sous les réserves d'usage.

Modification de l'ordre du jour

M. le président. – Par lettre en date du mercredi 5 juin 2019, le Gouvernement a demandé l'inscription de la suite du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé à l'ordre du jour du vendredi 7 juin, le matin, l'après-midi et, éventuellement, le soir.

Acte est donné de cette demande.

Organisation du système de santé (Procédure accélérée - Suite)

M. le président. – L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Discussion des articles (*Suite*)

ARTICLE 8 (*Suite*)

M. le président. – Amendement n°310, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Alinéa 2

Après le mot :

hospitaliers

supprimer la fin de cet alinéa.

Mme Michelle Gréaume. – Cet amendement de repli supprime la définition du Gouvernement sur les hôpitaux de proximité précisant que ceux-ci « orientent les patients qui le nécessitent, conformément au principe de pertinence des soins, vers les

établissements de santé de recours et de référence ou vers les autres structures adaptées à leurs besoins ».

Cette rédaction laisse entendre que les hôpitaux de proximité seront avant tout des établissements qui orientent les patients vers d'autres structures de soins, notamment les hôpitaux généraux.

Selon nous, l'hôpital de proximité doit d'abord être une structure qui délivre des soins avec le souci d'assurer un meilleur maillage territorial du service public hospitalier.

À l'automne dernier, le député LaREM Olivier Véran a fait adopter un amendement d'incitation financière à la réorientation des urgences vers la médecine de ville. Nous avons l'impression qu'à multiplier les redirections, le Gouvernement finira par nous mener dans l'impasse !

Mme Laurence Cohen. – Très bien !

M. le président. – Amendement n°667 rectifié, présenté par Mme Guillotin, MM. Artano, A. Bertrand et Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Castelli, Collin et Corbisez, Mmes Costes et N. Delattre, MM. Gabouty, Gold, Guérini et Jeansannetas, Mme Jouve et MM. Requier, Roux et Vall.

I. – Alinéa 2, dernière phrase

Supprimer les mots :

et en complémentarité avec ces acteurs

et les mots :

pour assurer la permanence des soins et la continuité des prises en charge

II. – Après l'alinéa 6

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Contribuent, en fonction de l'offre présente sur le territoire, à la permanence des soins et la continuité des prises en charge en complémentarité avec les structures et professionnels de la médecine ambulatoire.

Mme Véronique Guillotin. – Cet amendement adapte la rédaction concernant la mission de permanence et de continuité des soins, afin de souligner son caractère articulé et complémentaire avec les organisations mises en place sur les territoires.

Nous proposons de repositionner cette exigence au sein des missions partagées des hôpitaux de proximité avec les autres acteurs de santé du territoire : il est essentiel que la contribution des hôpitaux de proximité sur ces divers sujets se fasse en cohérence avec les projets des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

L'amendement étend la responsabilité territoriale partagée à l'ensemble des missions partagées et non pas uniquement à la permanence des soins, hôpitaux de proximité et professionnels de ville devant agir ensemble en faveur de la santé de la population.

M. le président. – Amendement n°71 rectifié *ter*, présenté par Mmes Micouleau, A.M. Bertrand et Bonfanti-Dossat, MM. Brisson, Chatillon, Cuypers, Danesi et Decool, Mmes Delmont-Koropoulos et Estrosi Sassone, MM. B. Fournier, Gremillet, Guerriau, Houpert et Laménié, Mme Lamure, M. Lefèvre, Mme Lherbier et MM. Mandelli, Meurant, Morisset, Poniatowski, Rapin et Sido.

I. – Après l’alinéa 6

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Assurent la continuité et la permanence des soins, en complémentarité des professionnels de santé de ville du territoire.

II. – Alinéa 7

Après le mot :

imagerie

insérer les mots :

, de télésanté

Mme Brigitte Micouleau. – Les hôpitaux de proximité sont envisagés comme plateforme de rencontre entre les professionnels de santé ville et de l’hôpital au service d’une population du territoire. Si l’article 8 précise bien le cadre d’intervention global de ces établissements, il ne fait pas mention explicitement du rôle majeur que pourront avoir les hôpitaux de proximité en matière de continuité et de permanence des soins, en complémentarité de l’offre libérale.

Cet amendement précise ces deux missions, considérées comme fondamentales par les usagers des services hospitaliers sur les territoires. Il souligne aussi leur rôle en matière de télésanté, conçue comme une de leurs missions.

*Les amendements n°s 112 rectifié *ter* et 492 rectifié *bis* ne sont pas défendus.*

M. le président. – Amendement n°588, présenté par MM. Amiel et Théophile, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung.

Après l’alinéa 6

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Assurent la continuité et la permanence des soins, en complémentarité des professionnels de santé de ville du territoire.

M. Michel Amiel. – Les hôpitaux de proximité doivent assurer la continuité et la permanence des soins. Il faut en effet une offre de soins, partout et tout le temps. La gradation des soins ne doit pas être opposée à la permanence des soins : les deux doivent fonctionner ensemble. La gradation permet en effet de

proposer une offre de soins de premier recours au plus près des populations.

Madame la ministre, vous vouliez partager les plateaux d’imagerie médicale entre praticiens libéraux et hospitaliers. Afin d’assurer la cohérence de cette première offre de soins, nous souhaitons voir la permanence et la continuité figurer au rang des missions des hôpitaux de proximité.

Nous avons retoqué l’indemnité de réorientation évoquée par Mme Cohen car il s’agit d’une fausse bonne idée tant sur le plan médical que financier.

M. le président. – Amendement n°372 rectifié *bis*, présenté par Mme Guillotin, MM. Arnell, Artano et A. Bertrand, Mme M. Carrère, MM. Castelli, Collin et Corbisez, Mme N. Delattre, MM. Gabouty, Gold, Guérini et Jeansannetas, Mme Jouve et MM. Léonhardt, Requier, Roux, Vall et Husson.

Alinéa 7

Après le mot :

imagerie

insérer les mots :

, de télésanté

Mme Véronique Guillotin. – La e-santé jouera un rôle majeur durant les prochaines années dans la modernisation de la profession médicale et répondra à la désertification médicale. L’adosser aux hôpitaux de proximité leur donnera une plus-value, aidera les CPTS et permettra de constituer de vrais plateaux de e-santé reconnus et partagés.

M. le président. – Amendement identique n°720 rectifié, présenté par Mme Van Heghe et les membres du groupe socialiste et républicain.

Mme Sabine Van Heghe. – Ce projet de loi ne mentionne pas le rôle majeur que pourraient avoir les hôpitaux de proximité en matière de télésanté. Ceux-ci doivent pouvoir être de véritables plateaux techniques pour la réalisation d’actes de télésanté, utilisables par tous les professionnels de santé du territoire.

Cet amendement, suggéré par l’Uniopss et l’APF, propose d’intégrer la télésanté comme mission pleine et entière des hôpitaux de proximité.

M. Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales. – Avis défavorable à l’amendement n°310 qui revient sur la gradation des soins hospitaliers, à savoir l’orientation vers la structure la plus adaptée à la prise en charge des patients. En sens inverse, il faut privilégier la prise en charge des patients au plus près de leurs besoins.

Une autre série d’amendements en discussion commune visent à préciser dans les missions des hôpitaux de proximité leur contribution à la permanence des soins et au développement de la télésanté.

Sur le premier aspect, la rédaction adoptée en commission a permis de mettre en exergue la contribution indispensable des hôpitaux de proximité à la permanence des soins et à la continuité des prises en charge, en complémentarité avec les professionnels de la ville. L'amendement n°667 me paraît le plus adapté : il précise la rédaction adoptée en commission tout en inscrivant plus explicitement cette exigence dans les missions des hôpitaux de proximité. Avis favorable, donc, ce qui permet de satisfaire, au moins pour partie, les amendements n°71 rectifié *ter* et 588 dont je demande le retrait.

Enfin, la télésanté semble déjà incluse dans l'activité générale de médecine. Mais je ne vois pas d'obstacle à la rendre explicite : sagesse sur les amendements n°372 rectifié *bis* et 720 rectifié.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. – Maintenant le principe d'orientation des patients vers les services les mieux adaptés, qui est la base du parcours de soins. Avis défavorable sur l'amendement n°310.

Avis favorable sur l'amendement n°667 rectifié et retrait des amendements n°71 rectifié *ter* et 588 au profit de l'amendement n°667 rectifié.

Enfin, avis défavorable sur les amendements n°372 rectifié *bis* et 720 rectifié. Nous ne souhaitons pas rendre obligatoire la télésanté dans les hôpitaux de proximité. Ce serait prématuré, voire risqué. Laissons les professionnels s'organiser.

Mme Laurence Cohen. – Madame la ministre, sans que cela soit inscrit dans la loi, les hôpitaux orientent leurs patients vers les services les plus adaptés à leurs pathologies. Notre amendement est de repli. Avec trois gradations différentes pour les hôpitaux de proximité, vous portez un coup important au système de santé publique en affaiblissant davantage l'hôpital public, colonne vertébrale de notre système de soins. Ces hôpitaux ne serviront qu'à réorienter les patients et faire fuir les professionnels de santé. Vous justifiez cette politique par une démographie médicale en berne, mais voyez où on en est aujourd'hui du fait des politiques antérieures ! Quand les remèdes ne fonctionnent pas, on les change de fond en comble ! Vous refusez de le faire.

M. Michel Amiel. – L'hôpital de proximité, à notre avis, répond parfaitement à ce qui est souhaitable. Je retire l'amendement n°588 au profit de l'amendement n°667 rectifié, mais l'esprit est le même : souligner le rôle essentiel de l'hôpital de proximité en première intention.

Les jeunes médecins, en zone rurale, apprécieront de travailler dans ce genre de structures qui les aidera dans leur travail.

L'amendement n°588 est retiré.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Madame Cohen, je ne peux pas vous laisser dire cela. Je ne propose pas cette réorganisation en raison de la démographie

médicale qui, nous le savons tous, est catastrophique. Je le fais parce que la médecine française est en train d'évoluer considérablement : elle s'est hyperspécialisée, ce qui fait sa force, avec des plateaux techniques très perfectionnés. Laisser croire aux Français que l'on pourrait faire partout pareil ne serait pas correct.

Il y a certains dispositifs réservés à 10, 50, 100 centres en France, mais qui nécessitent un minimum de gestes annuels. La seule façon de conserver cette excellence, c'est de graduer les soins, comme le font tous les pays industrialisés. Énormément de pathologies pourront être prises en charge en proximité, comme soigner une pyélonéphrite.

Ce projet de loi a pour objectif d'assurer la proximité, de revitaliser les territoires, une meilleure articulation des hôpitaux et la gradation des soins en rendant obligatoire l'orientation vers un hôpital de recours en cas de besoin.

Les Français doivent avoir accès la fois à la proximité et à une haute qualité des soins.

M. Bernard Jomier. – La gradation des soins est déjà inscrite dans les pratiques médicales. Il est important de développer la gradation dans l'organisation des soins. Il était inutile de rappeler ce principe ; vous instillez même un doute en l'écrivant. Le fait que le texte ne soit pas suffisamment précis nourrit des inquiétudes parce qu'on peut douter de l'objectif final.

Mme Véronique Guillotin. – La e-santé serait véritablement un plus pour les hôpitaux de proximité. J'insiste.

L'amendement n°71 rectifié ter est retiré.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Sagesse sur l'amendement n°372 rectifié *bis* sur le e-santé.

L'amendement n°310 n'est pas adopté.

L'amendement n°667 rectifié est adopté.

Les amendements identiques n°372 rectifié bis et 720 rectifié sont adoptés.

M. le président. – Amendement n°585, présenté par MM. Amiel et Théophile, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung.

Alinéa 3

Compléter cet alinéa par les mots :

et les établissements publics de santé gérant des secteurs de psychiatrie

M. Michel Amiel. – La psychiatrie est le parent pauvre de la médecine, pour ne pas dire plus, dans certaines zones du territoire. C'est pourquoi il apparaît nécessaire de préciser la coopération avec les

établissements publics de santé gérants des secteurs de psychiatrie dès l'hôpital de proximité.

La psychiatrie joue aussi un rôle essentiel de prévention, et donc d'économie de santé.

M. Alain Milon, rapporteur. – Ce sujet, essentiel, est satisfait par la définition très large donnée par le texte aux coopérations entre hôpitaux de proximité et les autres acteurs. En outre, avec cet amendement, la rédaction de l'article deviendrait peu lisible. Retrait ou avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Sagesse.

L'amendement n°585 est adopté.

M. le président. – Amendement n°716 rectifié, présenté par M. Jomier et les membres du groupe socialiste et républicain.

I. – Alinéa 4

1° Remplacer le mot :

nécessaire

par les mots :

et une ligne d'hospitalisation de premier recours nécessaires

2° Remplacer les mots :

de leurs

par les mots :

des

II. – Alinéa 6

Après le mot :

prévention

insérer les mots :

, notamment en addictologie,

III. – Alinéa 7

1° Après le mot :

médecine

insérer les mots :

polyvalente, notamment de gériatrie,

2° Après les mots :

actes techniques

insérer les mots :

et des activités interventionnelles de jour,

M. Bernard Jomier. – Cet amendement s'inspire des travaux du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) dans son rapport de mai 2018, qui a redéfini les missions des établissements de santé afin de répondre aux besoins d'une population vieillissante.

Ainsi, le Haut Conseil s'est exprimé pour le développement « des établissements de santé communautaires assurant une ligne d'hospitalisation de premier recours, au service des médecins de ville, bien intégrés dans leur environnement, principalement axés sur la médecine polyvalente et la filière gériatrique, pouvant servir de point d'appui à la régulation des soins non programmés et des urgences, avec le cas échéant un plateau d'imagerie de proximité et de biologie de routine, et pouvant comporter, en fonction des spécificités territoriales, un centre de suivi de grossesse de proximité ».

À partir de cette définition, nous proposons que les hôpitaux de proximité assurent bien une ligne d'hospitalisation de premier recours au service des médecins de ville, exercent une activité de médecine polyvalente comprenant des activités interventionnelles de jour et développent une filière de gériatrie. Il convient d'y ajouter les consultations avancées et la prévention notamment en addictologie.

Cette définition permettrait une clarification indispensable du rôle et des missions des hôpitaux de proximité comme premier niveau de la gradation des soins hospitaliers susceptible d'encadrer l'ordonnance à venir, de manière à ce que le Parlement ne donne pas un blanc-seing au Gouvernement sur un sujet majeur pour l'avenir de notre système de santé et pour l'accès aux soins.

M. Alain Milon, rapporteur. – Ces propositions, pertinentes, sont déjà incluses dans le texte, suffisamment large. Avis du Gouvernement sur le contour des missions futures des hôpitaux de proximité, au regard des propositions du HCAAM.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Ces modifications touchent en réalité au fond du texte. La notion de lignes d'hospitalisation de premier recours n'a pas de définition partagée ni reconnue. Je ne suis donc pas favorable à cette rédaction.

Sur le 2°, l'addictologie fait partie intégrante de la mission de la prévention et la promotion de la santé dans les hôpitaux. Vous proposez une mission spécifique alors que ce domaine est déjà couvert : l'avis est donc défavorable.

La médecine polyvalente et la gériatrie sont également prises en compte. De plus, le droit des autorisations ne connaît que la médecine en général, pas la médecine polyvalente.

Les hôpitaux de proximité, dans la rédaction actuelle, pourront pratiquer des activités interventionnelles de jour. Là encore, avis défavorable.

M. Bernard Jomier. – Nous sommes au cœur des injonctions contradictoires du Gouvernement. J'entends la cohérence de votre raisonnement sur le fait de ne pas lister les activités. Mais du fait de la rédaction du texte, les hôpitaux de proximité font l'objet d'une définition trop floue, qui en reste aux grands principes. Ce n'est pas convenable car l'hôpital de proximité est un maillon essentiel de l'offre de soins

dans les territoires. Nous ne pouvons pas accepter un renvoi à l'ordonnance.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Monsieur Jomier, ce n'est pas flou. Une activité de médecine comprend toutes les disciplines qu'il ne convient pas de lister. Le public en Seine-Saint-Denis n'est pas le même que dans la Creuse. Il est évident que chaque territoire devra développer des activités spécifiques. Cette rédaction large est assumée : faisons confiance aux hôpitaux pour qu'ils répondent aux besoins de leurs territoires. La prévention pourra prendre la forme de l'addictologie, ou du dépistage du cancer du col de l'utérus.

M. René-Paul Savary. – Merci de nous faire rêver avec les hôpitaux de proximité, madame la ministre, mais je partage les doutes de mes collègues. Il faudra des moyens financiers et humains. Derrière l'affichage de la suppression du *numerus clausus*, il n'y a pas forcément d'augmentation du nombre de médecins et dans certaines universités, il pourra même y en avoir moins. *Idem* pour les hôpitaux de proximité, qui sont censés pouvoir tout faire.

Un peu d'humilité. À moyens constants, on n'arrivera pas à tout transformer d'un coup de baguette magique !

C'est pour cela que le recours aux ordonnances nous contrarie. Il aurait fallu décliner les spécificités territoriales. N'hésitez pas à nous associer, nous les représentants des territoires. Peut-être pourrions-nous vous rendre service... (*Applaudissements sur les bancs du groupe Les Républicains, ainsi que sur quelques bancs du groupe UC*)

Mme Sylvie Goy-Chavent. – Très bien !

M. Pascal Savoldelli. – Je partage l'avis de mes deux collègues. Je vois le Gouvernement essayer de nous diviser, territoires à territoires. Je veux bien que les hôpitaux de proximité se spécialisent, mais en Île-de-France vous fermez 1 200 lits de longue suite. Est-ce une approche spécifique à la région ? À l'hôpital Charles-Foix d'Ivry, à Limeil-Brévannes, vous fermez aussi des lits de longue suite.

Derrière la notion de territorialisation, il faut des actes. Nous craignons la relégation de personnels de santé.

Madame la ministre, vous accélérez la captation de la médecine publique par le privé. C'est votre projet, assumez-le ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe CRCE ; Mmes Martine Filleul et Michelle Meunier applaudissent également.*)

M. Alain Milon, rapporteur. – Nous vivons de profondes mutations de la société, autant dans les mentalités des étudiants que dans la pratique de la médecine qui appelle des changements d'organisation des hôpitaux et des territoires.

En discutant des hôpitaux de proximité hors du cadre des ordonnances, nous serions parvenus sans doute au même résultat : l'hôpital de proximité doit

avoir des missions nationales mais aussi locales, puisque la proposition de soins n'est pas la même dans le Pas-de-Calais ou sur la Côte d'Azur (*M. Pascal Savoldelli approuve ironiquement.*), dans l'Ariège ou dans le Vaucluse.

Après avoir entendu le Gouvernement, avis défavorable.

L'amendement n°716 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°774 rectifié, présenté par MM. Gremillet, Pierre, Raison, D. Laurent et Panunzi, Mmes Thomas, Chain-Larché et Deromedi, M. Pointereau, Mmes Garriaud-Maylam et Malet, MM. Brisson, Reichardt, Bonhomme et Karoutchi, Mme Lassarade et MM. de Nicolaÿ, Chatillon et Magras.

I. – Après l'alinéa 4

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Disposent d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;

II. – Alinéa 7

Supprimer les mots :

et n'exercent pas d'activité de chirurgie ni d'obstétrique

III. – Alinéa 8

Supprimer cet alinéa.

IV. – Alinéa 9

Après le mot :

postnatales

insérer les mots :

, des activités de chirurgie et d'obstétrique

M. Daniel Gremillet. – Nous avons très tôt ce matin examiné un amendement de suppression de l'article. Mais je l'ai retiré, faisant confiance au président Milon.

Cet amendement assure au niveau des territoires une présence et une capacité d'intervention minimales. Il me semble nécessaire de l'écrire, ce qui permettra d'en débattre lors de la réunion de la commission mixte paritaire.

M. le président. – Amendement n°356 rectifié, présenté par Mme M. Carrère, MM. Arnell, Artano, Cabanel, Castelli, Collin et Corbisez, Mme Costes, MM. Gold et Jeansannetas, Mmes Jouve et Laborde et MM. Léonhardt, Requier, Roux et Vall.

Alinéa 7

1° Remplacer les mots :

ou donnent accès à des

par le mot :

de

2° Remplacer les mots :

n'exercent pas d'activité de chirurgie ni

par les mots :

exercent des activités de chirurgie et

M. Jean-Yves Roux. – Cet amendement garantit que les hôpitaux de proximité disposent d'un plateau technique, et exercent des activités de chirurgie et d'obstétrique.

Les fermetures de maternités en zones rurales contribuent à la désertification médicale. L'obstétrique doit bénéficier d'un maillage territorial serré.

M. le président. – Amendement n°614 rectifié, présenté par Mme Sollogoub, M. Canevet, Mme Guidez, MM. Henno et Janssens, Mmes Vermeillet et C. Fournier, M. Moga, Mmes Férat et Perrot, M. Cazabonne et Mmes de la Provôté, Saint-Pé et Vullien.

Alinéa 7

Après le mot :

médicale

rédigé ainsi la fin de cet alinéa :

. Ils peuvent, par dérogation et sur autorisation de la Haute Autorité de santé, réaliser des activités de chirurgie ambulatoire.

Mme Nadia Sollogoub. – Je le retire au profit de l'amendement n°774 rectifié, qui me semble mieux rédigé.

L'amendement n°614 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°311 rectifié, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Alinéa 7

Remplacer les mots :

n'exercent pas d'activité de chirurgie ni d'obstétrique

par les mots :

sont dotés d'un service d'urgences ouvert en permanence, d'une maternité de niveau I, de services de médecine et de chirurgie, de services de soins de suite et de structures pour les personnes âgées, en lien avec un réseau de centres de santé et la psychiatrie de secteur

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Nous devons être ambitieux : plutôt que de réduire les services en fonction des moyens et de la détérioration des infrastructures, nous proposons que les hôpitaux de proximité répondent aux besoins actuels et futurs, avec un service d'urgence ouvert en permanence.

Pouvez-vous m'assurer que l'hôpital de Lens, le service d'urgence sera ouvert en juillet et en août, alors que le bassin d'emploi réunit plus de 250 000 habitants ? Sa fermeture serait une catastrophe. Notre groupe est d'ailleurs solidaire du mouvement de grève actuel.

Les hôpitaux de proximité devront aussi disposer d'une maternité de niveau 1, de services de médecine et de chirurgie, de services de soins de suite et de structures pour les personnes âgées.

Nous disposons des moyens financiers pour assurer la sécurité des établissements et revaloriser les rémunérations et les carrières pour attirer les professionnels et améliorer les conditions de travail. L'excellence de proximité est possible !

M. le président. – Amendement n°719 rectifié, présenté par M. Jomier et les membres du groupe socialiste et républicain.

Alinéa 7

Après le mot :

chirurgie

insérer les mots :

nécessitant la mise en œuvre des techniques d'anesthésie générale

Mme Michelle Meunier. – Il n'est pas réaliste de permettre à chaque hôpital de proximité de disposer d'un service de réanimation en raison du faible flux d'opérations, mais ils doivent pouvoir pratiquer des actes de petite chirurgie sans anesthésie générale.

M. le président. – Amendement n°775 rectifié, présenté par MM. Gremillet, Pierre, Raison, D. Laurent et Panunzi, Mmes Thomas, Chain-Larché et Deromedi, M. Pointereau, Mmes Garriaud-Maylam et Malet, MM. Brisson, Reichardt, Bonhomme et Karoutchi, Mme Lassarade et MM. de Nicolay, Chatillon et Magras.

Alinéa 9

Après le mot :

postnatales

insérer les mots :

, des activités de chirurgie et d'obstétrique,

M. Daniel Gremillet. – Les hôpitaux de proximité doivent conserver une capacité d'intervention en chirurgie et en obstétrique. Le vide attire le vide, le monde attire le monde. Ayons le courage de défendre nos territoires !

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable à tous ces amendements qui soulèvent néanmoins une question importante : les hôpitaux de proximité ont-ils vocation à proposer l'ensemble des missions hospitalières ? L'exigence d'accessibilité des soins va de pair avec l'exigence de qualité et de sécurité.

Ce texte est l'occasion de repenser la structuration de l'offre de soins hospitaliers à l'échelle des territoires selon une logique de complémentarité. Il ne faut pas y voir un risque de déclassement pour les établissements, mais de montée en gamme et de consolidation.

Les amendements n^{os}356 rectifié et 311 rectifié vont plus loin que les exigences actuelles : les 243 établissements actuellement labellisés perdraient leur statut, et le mode de financement afférant.

Les amendements n^{os}744 rectifié et 775 rectifié sont en partie satisfaits puisque certaines activités de chirurgie seront possibles par dérogation. Si toutes les activités sont possibles, le mode de financement dérogatoire n'est plus justifié.

Retrait ou défavorable à l'amendement n^o719 rectifié : la HAS déterminera les actes de chirurgie qui bénéficieront d'une dérogation - *a priori*, des actes standardisés, comme la chirurgie de la cataracte. Le type d'anesthésie n'est pas le critère le plus pertinent.

La médecine et la chirurgie évoluent. Nous avons intérêt, dans les territoires, à agir sur la prévention - sport, nutrition, consommation d'alcool ou de boissons sucrées... Cela fera plus pour la santé des habitants qu'un hôpital qui soigne les malades.

Je l'ai dit en 2016, au risque de choquer : on ne peut installer de plateaux techniques, de médecins spécialisés à chaque coin de rue.

Mme Laurence Cohen. – Ce n'est pas ce que nous demandons !

M. Alain Milon, rapporteur. – Les plus grandes urgences, ce sont les accidents de la route - par définition, à distance de l'hôpital. Or nous arrivons quand même à les traiter !

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis. Pour maintenir une liste de garde sept jours sur sept, 24 heures sur 24, il faut huit urgentistes à temps plein, avec le personnel médical paramédical qui va avec. Pour une maternité, c'est huit obstétriciens, huit anesthésistes, huit infirmiers de bloc opératoire ! Les ressources n'existent pas sur les territoires. Actuellement, 20 % des services d'urgence ont moins de 15 000 passages par an, soit deux patients par heure.

Nous n'avons plus assez d'anesthésistes, d'obstétriciens, d'urgentistes. Il faut donc orienter ces ressources humaines capitales dans un système de soins gradués, pour assurer la qualité des soins partout. Sinon, nous aurons des listes de garde non fournies, à la merci de la moindre absence.

Nous sommes face à un défi. Ce projet de loi propose, pour y répondre, une organisation structurée, qui a été pensée par des groupes de travail, avec le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, les syndicats, les fédérations hospitalières, les associations de malades...

Nous vous proposons un schéma type qui assure une médecine de proximité de qualité, avec un SMUR optionnel en fonction des nécessités et des caractéristiques du territoire. N'inscrivons pas dans la loi des obligations qui ne pourront être tenues faute de ressources humaines. Si la solution ne tenait qu'aux

moyens financiers, nous l'aurions trouvée depuis longtemps !

M. Laurent Duplomb. – Si l'on manque de médecins, c'est à force de relever le niveau des protocoles : désormais, il faut huit personnes pour sauver quelqu'un, quand il en fallait deux hier !

Moi qui vis en milieu rural, j'ai moins de chances de survivre à un AVC que celui qui vit place Bellecour, en plein Lyon. Pourtant, je paye les mêmes impôts ! Assurons au moins le même service à chaque citoyen, quel que soit le territoire.

M. René-Paul Savary. – Merci, madame la ministre, d'avoir dit la vérité des choses. Les hôpitaux de proximité n'auront pas la chirurgie et l'obstétrique. Cela concernera donc désormais non plus 243 mais 500 à 600 hôpitaux. (*On le confirme sur divers bancs.*)

Pour les AVC ou le diabète, tout le monde est à la même enseigne, puisque le réseau est assez organisé pour assurer une égalité territoriale. L'adaptation ne doit pas se traduire par une régression mais offrir les mêmes chances à tous. D'où l'importance d'avoir des garanties sur l'équipement en scanners, par exemple.

Vous nous proposez un moyen de répondre le mieux possible aux besoins de la population, mais il demeure que plus d'hôpitaux de proximité signifie moins d'hôpitaux généraux.

Mme Céline Brulin. – J'entends qu'il faut développer la prévention dans les territoires, et regrette que les crédits qui y sont dédiés diminuent au lieu d'augmenter. Mais elle ne remplacera pas les hôpitaux de proximité. Nous sommes dans un cercle vicieux : à mesure que les services hospitaliers de proximité reculent, la démographie des médecins libéraux recule aussi.

Le centre hospitalier intercommunal Caux-Vallée de Saine montre qu'un service de proximité performant peut offrir des services diversifiés, orienter efficacement les patients, attirer des médecins sur le territoire, mais aussi accompagner les gens en détresse sociale.

Démunir encore nos hôpitaux de proximité ne fera qu'aggraver la désertification médicale que les Français ne supportent plus.

M. Yves Daudigny. – Madame la ministre, vous ne pouvez écarter la question des moyens d'un revers de main.

L'hôpital d'Hirson, dans l'Aisne, a le profil du futur hôpital de proximité. Malgré le travail des élus et de l'ARS pour le restructurer, les comptes restent déficitaires. Cet hôpital a un service d'urgence, un service de garde avec deux médecins présents 24 h sur 24. Si demain l'une de ces deux présences était mise en cause pour des raisons financières, c'est toute la sécurité d'un bassin de vie en grande difficulté sociale qui serait menacée. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SOCR*)

M. Bernard Jomier. – Très juste.

Mme Sylvie Goy-Chavent. – Nous assistons à une déliquescence du système de santé. Quand on vit dans un territoire isolé, mieux vaut ne pas faire un AVC ! Et combien de femmes accouchent dans leur voiture parce que la maternité a fermé ? (*On renchérit à droite.*)

Oui, nous manquons de professionnels de santé ; mais *quid* des étudiants qui partent se former en Roumanie ? Leur formation ne coûte rien à la France mais après six années d'études à l'étranger, ils se voient bloqués à l'internat car ils n'ont pas accès à l'entraînement. On se prive ainsi de 500 ou 600 jeunes par an !

M. Raymond Vall. – Dans la ruralité profonde, du vendredi au lundi, c'est l'angoisse. Ce sont les pompiers qui doivent gérer les appels. Comment concevoir un hôpital de proximité, auquel une maison de santé est parfois adossée, sans au moins un ou deux médecins pour assurer une veille médicale ? On apporterait ainsi une petite réponse à la désertification médicale.

M. Michel Amiel. – Monsieur Duplomb, il y a quarante ans, quand j'étais étudiant en médecine, on mettait la victime d'AVC dans un lit en espérant que la nature lui serait favorable. Depuis, il y a eu une protocolisation, heureusement ! Grâce aux *Stroke Centers*, on réalise partout sur le territoire un geste thérapeutique complexe, qui nécessite un praticien hyperspécialisé. C'est ce qui fait qu'aujourd'hui, on sauve les victimes d'AVC. Certes, il vaut mieux avoir cet AVC en bas de l'escalier de la Timone, à Marseille, qu'en pleine campagne ; mais jamais nous n'avons eu une médecine aussi sophistiquée partout.

Elle induit des exigences en matière de personnel. Je préfère que ma fille accouche à 40 km dans un hôpital bien équipé, où elle aura été conduite dans les conditions sanitaires convenables, que dans un hôpital de proximité, dans des conditions catastrophiques.

Mme Gisèle Jourda. – L'Aude a payé un lourd tribut pour conserver une médecine d'urgence. C'est le département qui paie l'hélicoptère de secours à la personne.

Nous avons un hôpital à Carcassonne, qui connaît des difficultés, et en montagne, un SMUR à Quillan. L'été, ce dernier est fermé, faute de personnel. Ce texte doit être l'occasion de définir des priorités. À Quillan, une personne de 43 ans a fait un malaise sur la voie publique : le SMUR était fermé, elle est décédée. L'urgence au plus près des populations doit être une priorité. Ce n'est pas le cas dans ce texte. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SOCR*)

Mme Laurence Cohen. – Nous partageons le diagnostic, mais pas les réponses à y apporter. Partout, les urgences, sursaturées, sont en grève. Le problème tient au manque de médecins en général : faute de médecin libéral sur le territoire, on se rend

aux urgences même pour des cas non critiques. Tout est lié !

Il faut redonner de l'attractivité à la profession. Les personnels de santé ont besoin de reconnaissance, de revalorisation salariale. Cela suppose de débloquent des crédits.

Vous faites des gestes bien limités, enfermée que vous êtes dans un Gouvernement qui choisit de restreindre les dépenses publiques. On comptait 8 millions de passages aux urgences en 1988, 24 millions en 2018. Et en 1988, tous les hôpitaux avaient un service d'urgence, avec obligation pour chaque professionnel de faire des gardes ! La situation est pire que catastrophique.

M. Daniel Gremillet. – S'il n'y avait la perspective de passer de 250 à 500 hôpitaux de proximité, le débat ne serait pas le même. La baisse de l'offre de soins sur certains territoires relève de la non-assistance à personne en danger ! Il ne sera plus possible d'y habiter (*M. Michel Laugier approuve.*)

Je fais confiance au président Milon. Madame la ministre, écoutez les élus ! Nous ne pouvons partir à l'aveuglette, sans certitudes. Mes amendements, dites-vous, sont partiellement satisfaits. Votons-les, pour qu'ils le soient entièrement ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe Les Républicains et sur quelques bancs des groupes UC et RDSE*)

Mme Michelle Gréaume. – Dans un rapport au Premier ministre, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie préconise de multiplier les petits hôpitaux de proximité. Or la réforme des GHT fait tout le contraire. On réduit les services hospitaliers quand on ne les ferme pas ; or partout, la situation sanitaire est grave. Dans le Nord, tous les curseurs sont au rouge. Oui au maillage territoire, non au bricolage avec les médecins de ville : beaucoup de malades ne se soignent plus faute de pouvoir avancer les frais.

M. Bernard Bonne. – Nous n'avons pas assez d'une semaine pour débattre d'un tel texte ! Le problème est double. D'abord, le financement. Pour financer notre système de santé à sa juste valeur, il faudra accepter de lui accorder plus que 1,8 % à 2 % du budget.

Ensuite, les moyens humains. Nous avons l'illusion que le *numerus clausus* s'arrêtera demain. C'est faux, il sera remplacé par une nouvelle formule, et il n'y aura pas plus de médecins demain. Sans professionnels, les hôpitaux seront des coquilles vides. Acceptons de former plus de médecins !

M. Alain Milon, rapporteur. – Il faut mettre en regard la nécessaire proximité, qui suppose une obligation de moyens pour soigner au mieux sur tout le territoire, et la nécessaire attractivité, pour permettre aux médecins de vivre de leur profession.

Le nerf de la guerre, c'est le financement. Or à chaque PLFFS, personne n'est d'accord pour augmenter les taxes sur le tabac, ou sur l'alcool. Le

patronat s'oppose à une hausse des cotisations, les retraités à une hausse de la CSG. Une partie de l'hémicycle s'est élevée contre la taxation des laboratoires pharmaceutiques, l'autre partie sera contre ma proposition de taxer les mutuelles... Au bout du compte, l'Ondam est insuffisant.

Il faudra nous mettre d'accord dans le PLFSS pour donner enfin à la sécurité sociale les moyens nécessaires.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Dans les territoires, ni la médecine libérale ni les hôpitaux locaux n'attirent : 30 % des postes de praticiens hospitaliers sont vacants ; cela touche particulièrement les urgentistes. Les médecins susceptibles de pourvoir les postes n'existent tout simplement pas.

La T2A a entraîné une concurrence entre hôpitaux. On a laissé des hôpitaux mourir à petit feu dans certains territoires : ils perdaient en activité, donc en financement, donc en capacité de recrutement. Résultat, des établissements moribonds, avec des lignes de garde peu pourvues, des intérimaires qui s'en mettent plein les poches en profitant du système.

M. Patrice Joly. – Parce qu'on les laisse faire !

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Je vous propose une loi de cohérence, de remise en ordre. Je veux que les hôpitaux mutualisent leurs moyens au lieu de se faire concurrence. Cessons de financer les hôpitaux de proximité à l'activité. Ils ont vocation à rendre service à leur territoire, pas à multiplier les actes. Je vous proposerai un modèle de financement dans le PLFSS ; il n'est pas encore finalisé.

Je vous propose des hôpitaux de proximité recentrés sur le cœur des besoins des territoires. Le plateau technique est indispensable. En fonction de l'offre de soins sur le territoire et de la faisabilité, la HAS pourra proposer de développer d'éventuelles activités de chirurgie simple, par exemple l'opération de la cataracte.

J'ai voulu que les hôpitaux de proximité soient obligés de proposer des consultations avancées de spécialistes. Trop souvent, les patients ne sont pas adressés à un cardiologue, un endocrinologue ou un ophtalmologue car le transport coûte trop cher... Là, le chirurgien viendra de l'hôpital pivot, le malade sera opéré dans l'hôpital de recours, avec une qualité des soins garantie.

Je reviens du congrès des urgentistes. Je ne suis pas sourde, je suis consciente des problèmes. La loi y répondra en partie en réorganisant les parcours de soins, mais il y a aussi des problèmes spécifiques, comme l'exiguïté des locaux, etc.

Pour un service d'urgence, il faut huit urgentistes à temps plein ; nous ne les avons pas, et aucun pays au monde ne les a.

Mme Laurence Cohen. – Parce que les mêmes politiques sont menées dans tous les pays !

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Nous avons au moins des infirmiers pour des délégations de soins, ce n'est pas le cas en Allemagne.

Nous prévoyons que les SMUR pourront être maintenus dans les hôpitaux de proximité, en fonction de l'offre avoisinante, mais il faudra une mutualisation avec les autres services pour que la ligne de garde soit occupée.

N'inscrivons pas dans la loi des dispositions que nous serons incapables de tenir. Ce serait menacer un schéma pensé pour arrêter la course à l'activité et permettre à l'hôpital de revivre, le réinvestir et le rendre attractif. Avis défavorable à tous ces amendements.

M. Michel Amiel. – Très bien !

M. Pascal Savoldelli. – Je ne mets pas en doute vos propos, madame la ministre, mais la moindre des choses serait de répondre à Mme Apourceau-Poly qui vous a interrogée sur la fermeture des urgences de l'hôpital de Lens en juillet-août. Dans ce bassin de 300 000 personnes, il y a 70 000 passages aux urgences par an ; sept urgentistes sur dix-huit ont démissionné de cet hôpital ! Nous attendons votre réponse, c'est une question d'éthique. (*Applaudissements sur les bancs des groupes CRCE et SOCR*)

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Je n'ai pas sur moi les listes de garde de tous les hôpitaux de France et ne peux donc vous répondre sur ce cas particulier. Cela dit, je réunirai prochainement tous les services d'urgence pour préparer l'été, en tenant compte des problèmes de vacances et de possible canicule. Chaque année, nous anticipons la période estivale avec les fédérations hospitalières et les syndicats.

À la demande du groupe LaREM, l'amendement n°774 rectifié est mis aux voix par scrutin public.

M. le président. – Voici le résultat du scrutin n°141 :

Nombre de votants337
Nombre de suffrages exprimés310

Pour l'adoption.....27
Contre283

Le Sénat n'a pas adopté.

M. le président. – Au vu de ce résultat et pour gagner du temps, accepteriez-vous de considérer que le vote est le même sur les amendements suivants, qui sont très proches ? (*Protestations sur les bancs du groupe SOCR*)

M. Bernard Jomier. – Nous souhaitons un scrutin public sur l'amendement n°719 rectifié.

Mme Laurence Cohen. – Et nous, sur l'amendement n°311 rectifié.

Mme Maryse Carrère. – Je souhaite que mon amendement n°356 rectifié soit mis aux voix.

M. le président. – Soit, nous procédons aux scrutins publics.

À la demande du groupe LaREM, l'amendement n°356 rectifié est mis aux voix par scrutin public.

M. le président. – Voici le résultat du scrutin n°142 :

Nombre de votants.....	341
Nombre de suffrages exprimés.....	339
Pour l'adoption.....	38
Contre.....	301

Le Sénat n'a pas adopté.

À la demande du groupe LaREM, l'amendement n°311 rectifié est mis aux voix par scrutin public.

M. le président. – Voici le résultat du scrutin n°143 :

Nombre de votants.....	341
Nombre de suffrages exprimés.....	326
Pour l'adoption.....	22
Contre.....	304

Le Sénat n'a pas adopté.

L'amendement n°719 rectifié n'est pas adopté.

M. Bernard Jomier. – Monsieur le président, vous avez indiqué, avant le vote de tous les amendements en discussion commune, que l'ensemble faisait l'objet d'une demande de scrutin public. Certes, nous n'en avons pas fait la demande écrite pour notre amendement n°719 rectifié mais d'autres étaient dans ce cas.

M. le président. – Effectivement, j'avais dit cela en recevant une liasse de demandes de scrutin public. Vérification faite, aucune ne portait sur votre amendement. Toutes les demandes provenaient du groupe LaREM.

Mme Laurence Rossignol. – On ne peut pas lui faire confiance ! (*Souires*)

À la demande du groupe LaREM, l'amendement n°775 rectifié est mis aux voix par scrutin public.

M. le président. – Voici le résultat du scrutin n°144 :

Nombre de votants.....	341
Nombre de suffrages exprimés.....	326
Pour l'adoption.....	30
Contre.....	296

Le Sénat n'a pas adopté.

M. le président. – Amendement n°717 rectifié, présenté par Mme Rossignol et les membres du groupe socialiste et républicain.

Après l'alinéa 6

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Participent à la lutte contre la désertification médicale dans une approche territoriale de la santé en garantissant l'accès aux services d'obstétrique et d'orthogénie dans l'offre hospitalière de proximité.

Mme Laurence Rossignol. – J'ai compris le cadre de la discussion : les temps changent, les médecins changent, les pathologies chroniques évoluent, les plateaux techniques seront de plus en plus pointus. Il faut prendre en compte les spécificités territoriales et faire confiance aux professionnels. Pas faux mais il y a des invariants historiques, à commencer par la nécessité pour les femmes d'accoucher et leur besoin d'accéder à des centres d'orthogénie, dans lesquels elles peuvent être conseillées sur leur besoin de contraception mais aussi en matière d'IVG. Or ces centres sont souvent adossés à des maternités, qui sont nombreuses à fermer.

La ministre explique que le manque de professionnels en France se retrouve partout en Europe. Juste ! Mais c'est parce que, partout en Europe, on a appliqué la même politique : réduire le nombre de prescripteurs pour réduire les dépenses. La disparition des médecins n'est pas un phénomène naturel comme la disparition des espèces ; elle résulte de choix politiques. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SOCR*)

M. le président. – Amendement n°182 rectifié, présenté par MM. J. Bigot et Bérít-Débat, Mme Bonnefoy, M. Dagbert, Mme M. Filleul, MM. Houllégatte, Jacquin et Madrelle, Mmes Prévillé et Tocqueville, MM. Sueur et Montaugé, Mme Harribey, MM. Vaugrenard, Todeschini et Marie, Mme Lepage, M. M. Bourquin, Mme G. Jourda, MM. P. Joly, Duran et Lurel, Mmes Artigalas, Grelet-Certenais et Conconne, MM. Manable et Tissot, Mme Taillé-Polian, MM. Kerrouche, Courteau et Temal et Mme Monier.

Après l'alinéa 6

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Participent à la lutte contre la désertification médicale dans une approche territoriale de la santé.

M. Claude Bérít-Débat. – Poursuivons notre dialogue de sourds sur la désertification médicale. La santé est aussi une question d'aménagement du territoire, d'égalité entre les territoires. AVC, accouchements ne sont pas rares ; éloigner les structures d'accueil, c'est faire prendre un risque aux patients, aux couples, sans parler du surcoût financier. Il faut pouvoir accéder à des services d'urgence dans un rayon de 30 mn. Faisons de l'hôpital de proximité, comme le veut la commission de l'aménagement du

territoire, l'outil de la lutte contre la désertification médicale.

M. Alain Milon, rapporteur. – Selon que l'on est au vuifer ou non, le discours change... (*Mme Catherine Deroche approuve.*) Les hôpitaux de proximité seront bien évidemment un catalyseur de l'accès aux soins. L'amendement n°182 rectifié, trop vague, est satisfait, comme l'amendement n°717 rectifié. Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Nous avons déjà beaucoup parlé de la lutte contre la désertification médicale : avis défavorable à l'amendement n°182 rectifié.

Madame Rossignol, beaucoup a été fait pour réduire les dépenses de santé mais c'est loin d'être la seule explication de la situation de la démographie médicale. Au Royaume-Uni, il y a deux fois moins de médecins généralistes qu'en France et les médecins du secteur public ne sont pas payés à l'acte mais salariés par le NHS. Parmi les causes, il y a aussi l'élévation du niveau de vie, qui entraîne un allongement de la durée de vie et l'émergence de maladies chroniques, le désir des jeunes médecins de concilier leur vie professionnelle avec une vie personnelle. Cette série de facteurs n'a pas été anticipée.

Je sais et comprends la grande sensibilité dans notre pays à la question des maternités. Dans certains pays comme l'Australie ou le Canada, pour des raisons géographiques, il n'y a pas de maternités à moins de 45 mn. En Norvège, en moyenne, les femmes font 4 ou 5 h de route pour aller accoucher. J'entends cependant les angoisses et tout sera fait pour sécuriser les femmes. Notez qu'en Guyane, en Corse, les distances à la maternité sont parfois déjà importantes. Une femme de Calvi, où il n'y a jamais eu de maternité, doit accoucher à Bastia, à 1 h 30 de route. Je vous soumettrai dans le PLFSS pour 2020 un « pacte maternité ».

Le maillage des maternités en France est bon : il y a 550 maternités pour 60 millions d'habitants contre 40 à 50 en Suède pour 20 millions d'habitants. En Angleterre ou en Suède, 70 % des accouchements se font dans des maternités à plus de 2 000 accouchements annuels. La France a choisi de maintenir des maternités de taille plus modeste, 20 % seulement des accouchements se font dans de très grosses maternités.

Ce maillage, nous essayons de le préserver mais quand l'une des quatre professions indispensables à une maternité manque - infirmiers de bloc, anesthésistes, obstétriciens et pédiatres, il y a transformation en centre de périnatalité.

Votre inquiétude sur l'IVG est tout à fait légitime. Les IVG instrumentales devraient pouvoir être pratiquées dans les hôpitaux de proximité, dans des centres de périnatalité, par des sages-femmes, des obstétriciens. Sans doute faut-il poser la question à la HAS.

Je crois avoir rassuré les élus locaux que vous êtes. Nous n'avons pas de politique de fermeture des maternités ; nous les préservons, notamment celles qui sont très éloignées d'une offre de soins.

Avis défavorable à l'amendement n°717 rectifié.

Mme Laurence Cohen. – Le groupe CRCE votera cet amendement, tout en regrettant que notre amendement de redéfinition des hôpitaux de proximité, avec les maternités en leur cœur, ait été rejeté.

À vous entendre, madame la ministre, tous les problèmes sont réglés ou en voie de l'être et votre texte est parfait, ce qui n'est pas finalisé sera réglé par ordonnances. Bref, c'est « Circulez, il n'y a rien à voir ! ».

Il n'empêche, il y a eu de nombreuses fermetures de maternité et vous n'en excluez pas d'autres. Résultat, des femmes accouchent dans des camions de pompiers ou des voitures. La maternité de Creil, de niveau 3, a fermé ; les femmes doivent se rendre à Senlis où une panne d'électricité et de graves dysfonctionnements ont mis en péril la santé des parturientes. Quel drôle de politique !

Mme Laurence Rossignol. – Madame la ministre, je ne doute pas de votre engagement et de la sincérité de vos opinions. Je ne prétends pas qu'aucune maternité ne doit fermer, je suis également attentive à la question de la sécurité.

Attention aux comparaisons : les pays nordiques n'ont pas du tout la même répartition géographique de la population. Ils n'ont pas 36 000 communes et une population éparpillée comme la nôtre ; la leur est concentrée dans de grands centres urbains.

Je vous ai sollicité à propos de la maternité de Creil. Le président de la République a considéré que ce n'était pas un petit sujet puisqu'il a chargé le préfet de l'Oise, et non l'ARS, de rouvrir le dossier de sa fusion avec Senlis.

Cela étant dit, mon amendement portait sur les centres d'orthogénie, qui sont souvent tenus par des associations. Il faut les inscrire dans la loi ; l'IVG, la planification, on ne peut pas faire 100 % confiance aux médecins des hôpitaux de proximité pour les traiter.

Vous envisagez que les sages-femmes puissent pratiquer les IVG instrumentales dans les centres de périnatalité et les hôpitaux de proximité... Parfait ! Vous serez donc favorable à l'amendement que j'ai déposé à l'article 27 ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe SOCR*)

M. Patrice Joly. – La fermeture programmée de la maternité d'Autun, qui assure 130 à 240 naissances par an, risque de mettre en difficulté les femmes du Morvan, qui devront faire 1 h 20 de route pour atteindre la maternité la plus proche. Pourquoi ne pas raisonner en réseau ? Les professionnels de la maternité qui se trouve à 20-30 mn au sud d'Autun pourraient se partager.

M. le président. – Je vais mettre aux voix l'amendement. (*Il est procédé au vote à main levée.*)

Il y a doute. Je vais procéder de nouveau au vote. (*Mme Martine Berthet regagne sa place dans l'hémicycle.*)

Mme Laurence Rossignol. – Pour compter les personnes qui se trouvent derrière les rideaux, comme hier soir ? (*Protestations sur les bancs du groupe Les Républicains*)

L'amendement n°717 rectifié n'est pas adopté.

Mme Laurence Rossignol. – Peut-on avoir les chiffres ?

M. le président. – 19 voix pour, 19 voix contre.

M. Alain Milon, rapporteur. – C'est une remise en cause du président !

Mme Laurence Rossignol. – Nous étions majoritaires avant le recomptage et l'arrivée de Mme Berthet !

M. le président. – J'ai fait procéder au recomptage en raison du geste ambigu d'un votant.

Mme Martine Berthet. – Je suis en séance depuis son ouverture. Je me suis absentée quelques secondes à peine. (*On en convient sur les bancs du groupe SOCR.*)

Mme Laurence Rossignol. – Dont acte.

L'amendement n°182 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°57 rectifié, présenté par Mme Noël, MM. D. Laurent, Darnaud et Morisset, Mme Deromédi et M. Laménie.

Après l'alinéa 6

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ... – Il est créé un label des structures de villes hospitalières dénommé "centre ambulatoire universitaire" décerné selon un cahier des charges. Les centres ambulatoires universitaires sont des structures hospitalières de proximités dotées de prérogatives de soins, d'enseignement et de recherche médicale. Ils servent à la formation clinique des internes (voire aussi des externes) en médecine générale, leur formation théorique continuera de s'effectuer en faculté.

M. Mathieu Darnaud. – Notre système de santé, hospitalo-centré, est inadapté aux mutations de la société du XXI^e siècle. La médecine générale n'est pas reconnue à sa juste valeur. Les spécialistes, parce qu'ils sont essentiellement formés à l'hôpital, ont une vision des territoires erronée. Une partie de leur formation doit se dérouler dans des centres ambulatoires universitaires.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cet amendement est satisfait par l'existence des maisons de santé universitaires. Ne multiplions pas les labels. Retrait ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Avis défavorable.

L'amendement n°57 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°252, présenté par M. Daudigny.

Alinéa 7

Après le mot :

médecine

insérer les mots :

ou de soins de suite et de réadaptation

M. Yves Daudigny. – Voici un amendement d'interrogation. L'hôpital de proximité devra avoir la médecine pour activité de soins socle. *De facto*, les 150 établissements qui assurent une activité de soins de suite et de réadaptation ne seraient pas éligibles. Ils renforceraient pourtant le maillage territorial des hôpitaux de proximité.

M. Alain Milon, rapporteur. – Le code de la santé publique autorise déjà ces établissements à accéder au statut d'hôpital de proximité, il n'a jamais été appliqué. En tout état de cause, la transition des établissements de soins de suite et de réadaptation suppose un accompagnement. Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Les établissements de soins de suite et de réadaptation ont été consultés. Certains d'entre eux pourraient s'engager dans une transition vers le statut d'hôpital de proximité. Ce qui compte, c'est le modèle socle : de la médecine, un plateau technique. Nous procéderons au cas par cas. L'inverse, bien sûr, est vrai : les hôpitaux de proximité pourront proposer des activités de soins de suite et de réadaptation. Tout est possible dans la rédaction que nous avons retenue. Avis défavorable.

M. Yves Daudigny. – Merci pour cette ouverture.

L'amendement n°252 est retiré.

M. le président. – Amendement n°718 rectifié, présenté par M. Jomier et les membres du groupe socialiste et républicain.

Alinéa 7

Après le mot :

spécialités

insérer les mots :

disposent d'un dispositif spécialisé pour l'accueil et la prise en charge des victimes d'un accident d'exposition au virus d'immunodéficience humaine,

Mme Michelle Meunier. – Chaque année, près de 6 500 personnes découvrent leur séropositivité en France. Malgré une offre de dépistage importante, près d'un tiers des découvertes de séropositivité est trop tardive. En cause, un manque d'information, d'accès et une stigmatisation encore trop présents.

Le traitement post-exposition (TPE) est un dispositif d'urgence qui doit être débuté le plus vite possible

après exposition au risque, au mieux dans les 4 h et au plus tard dans les 48 h. Il est essentiel que le maillage territorial des structures pouvant le prescrire soit le plus fin possible.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis du Gouvernement.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Avis défavorable. Tout médecin est formé à la procédure à suivre en cas d'accident d'exposition et les hôpitaux de proximité comptent des médecins.

M. Bernard Jomier. – L'amendement portait sur l'élargissement de la prescription du TPE. Dans un courrier relativement récent à un élu d'Île-de-France, vous indiquiez, madame la ministre, que vous n'étiez pas favorable à un élargissement de la prescription du TPE aux médecins généralistes. Votre position a-t-elle évolué ?

L'amendement n°718 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°210 rectifié bis, présenté par Mme Berthet, M. Bascher, Mmes L. Darcos et Delmont-Koropoulos, MM. Meurant et Sol, Mme Puissat, M. Pellevat, Mme Noël, M. Mandelli, Mmes Gruny et Garriaud-Maylam, M. B. Fournier, Mmes Bruguière et Bonfanti-Dossat, MM. Bonhomme, J.M. Boyer et Duplomb, Mme Deroche, M. Laménié, Mme Lamure et M. Sido.

Alinéa 9

Après le mot :

réadaptation

insérer les mots :

, des missions de dépistage des maladies chroniques chez les patients à risque

Mme Martine Berthet. – La prévalence des maladies chroniques dues au vieillissement de la population ne cesse d'augmenter, véritable problème de santé publique. Le dépistage systématisé de certaines maladies chroniques permettrait une prise en charge plus précoce et ainsi une réduction des conséquences, il est insuffisamment développé. Ainsi, on constate chaque année une baisse d'environ 6 % des ostéodensitométries réalisées pour l'ostéoporose.

Cet amendement étend les missions des hôpitaux de proximité afin de soutenir le développement du dépistage de maladies chroniques chez les patients à risques, notamment celles identifiées comme prioritaires dans la stratégie « Ma Santé 2022 ».

M. le président. – Amendement identique n°703, présenté par M. Daudigny et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

M. Yves Daudigny. – Cet amendement étend les missions des hôpitaux de proximité afin de soutenir le développement du dépistage de maladies chroniques chez les patients à risques.

M. Alain Milon, rapporteur. – Les hôpitaux de proximité se voient proposer des missions de prévention en général, ce qui couvre le dépistage. Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

Les amendements identiques n°s 210 rectifié bis et 703 sont retirés.

M. le président. – Amendement n°95 rectifié, présenté par MM. Temal, Duran et Antiste, Mme Lepage, MM. Mazuir et Manable, Mmes Perol-Dumont et Artigalas, M. Tissot, Mmes Blondin, M. Filleul et Ghali, M. P. Joly, Mme Conconne, M. Tourenne et Mme Monier.

I. – Alinéa 9

Supprimer les mots :

ainsi que les activités de soins palliatifs

II. – Après l'alinéa 9

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Conformément à la loi n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs, les hôpitaux de proximité exercent les activités de soins palliatifs. »

M. Rachid Temal. – Le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie évalué à 60 %, soit 311 000 personnes, celles qui auraient eu besoin de soins palliatifs. La prise en charge n'est assurée que pour environ 71 000 personnes. À cela, il faut ajouter une forte inégalité territoriale : 70 % des lits étaient concentrés dans cinq régions.

Garantissons à chaque patient qui en a besoin l'offre de soins palliatifs.

M. Alain Milon, rapporteur. – Durant l'examen de la loi Claeys-Leonetti, Mme Touraine s'était engagée à mettre en place des soins palliatifs sur tout le territoire. Cette promesse n'a pas été tenue.

Le déploiement des soins palliatifs repose sur une collaboration entre tous les acteurs, et non seulement sur les hôpitaux de proximité. Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

M. Rachid Temal. – Dans le Val-d'Oise, la question du maintien de l'unité de soins se pose à l'hôpital de Pontoise alors que le département compte 1,2 million d'habitants. Certes, il faut des coopérations mais l'inscription dans la loi permet de les encourager.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Les soins palliatifs sont assurés par des unités mobiles mais aussi par les médecins généralistes que nous formons pour qu'ils interviennent à domicile et dans les Ehpad. Votre amendement mettrait en place un modèle unique, il ne serait pas adapté à certains territoires très jeunes où il y a d'autres besoins. Nous avons choisi de rendre optionnels les soins palliatifs, comme l'addictologie et

les centres de planification, dans les hôpitaux de proximité. Assigner à un hôpital de proximité des obligations rigidifie un modèle que nous ne souhaitons pas unique. Je ne vais pas convaincre le Sénat de l'utilité de la différenciation !

Mme Christine Prunaud. – La loi Claeys-Léonetti a représenté une avancée. Elle prévoyait un important effort sur les soins palliatifs. Dans mon département, une personne est rentrée trois semaines en soins palliatifs au GHT de Saint-Brieuc pour ensuite être dirigée dans deux Ehpad différents dont elle est sortie après 15 jours pour revenir à domicile, à charge de sa famille, sans protection médicale. Comment est-il possible qu'en France, au XXI^e siècle, on ne soit pas capable de mettre en place des espaces protégés de soins palliatifs ? Sur la fin de vie comme sur les soins palliatifs, nous sommes totalement obsolètes. (*Applaudissements sur les bancs du groupe CRCE ; Mmes Sabine Van Heghe et Michelle Meunier applaudissent également.*)

M. Bernard Jomier. – Les unités de soins palliatifs sont relativement récentes, la première a été créée à la demande de François Mitterrand il y a 35 ou 36 ans. Elles font désormais consensus, comme fait consensus le fait que, dans notre pays, on ne meurt pas bien. Cela nourrit le débat éthique sur la fin de vie. Madame la ministre, votre projet de révision de la loi Bioéthique ne portera pas sur ce sujet. Je le regrette, votre projet de loi était l'occasion de poser des balises. Certes, nos amendements ne sont pas parfaits...

Mme Laurence Rossignol. – Le projet de loi non plus !

M. Bernard Jomier. – ... et vous ne vous privez pas de nous le rappeler, mais le sujet mérite d'être traité.

L'amendement n°95 rectifié n'est pas adopté.

La séance est suspendue à 13 h 30.

PRÉSIDENTICE DE M. GÉRARD LARCHER

La séance reprend à 15 heures.

Hommage à l'occasion du 75^e anniversaire du Débarquement du 6 juin 1944

M. Gérard Larcher, président du Sénat. – Je souhaite excuser M. le Premier ministre qui assiste aux cérémonies commémoratives du 75^e anniversaire du débarquement allié du 6 juin 1944. Nos collègues sénateurs de Normandie, dont les présidents de commission Philippe Bas, Hervé Maurey et Catherine Morin-Desailly ainsi qu'un certain nombre de sénateurs représentant les Français établis hors de France ont l'honneur d'y représenter la Haute Assemblée.

Sur les plages de Normandie, territoire cher à mon cœur, des dunes de Varreville au port d'Ouistreham, 136 000 hommes - Américains, Britanniques, Belges, Néerlandais, Norvégiens, Grecs, Danois et Français, engagés volontaires dans les forces alliées, venus aussi d'Afrique, venus du ciel et d'une mer déchaînée décidèrent du sort de la guerre et, par-delà, de la liberté et de l'avenir de la démocratie. Ce jour-là, 3 500 hommes sont tombés.

Âgés souvent de 20 ans à peine, pour beaucoup n'ayant jamais ou si peu entendu parler de la France, au milieu de cet enfer de feu et d'acier, ils n'ont pas hésité et avancé sur le sol de France, bravant les balles et les obus, tombant les uns après les autres, pour abattre un régime diabolique ; ils ont avancé pour nous libérer.

Parmi eux figuraient des membres du commando Kieffer, dont le commandant de vaisseau Hubert qui donna sa vie parmi les premiers à Ouistreham. Comment ne pas penser à nos marins tombés il y a quelques jours en Afrique, héritiers de ce commando, qui donnent leur vie avec le même héroïsme ?

Ce débarquement est à jamais inscrit dans nos esprits, par tant de souvenirs, tant d'images. Sur ces plages, une certaine manière de vivre, de croire et d'espérer l'a emporté sur l'ennemi, sur le nazisme.

Aujourd'hui, je veux aussi avoir une pensée pour les populations civiles si durement éprouvées les nuits des 6, 7 et 8 juin en Normandie.

L'heure est d'abord au recueillement et au souvenir. Elle est aussi à ce que nous avons choisi de construire en commun, dans la diversité : l'idée européenne, peut-être née sur les plages de Normandie, avec la liberté et la démocratie restaurée, avec le sentiment que ces guerres fratricides étaient la négation de l'Europe, de ses valeurs et de sa culture, que tant de souffrances et de destructions ne pouvaient avoir été vaines, que nous devons donner un sens au sacrifice en nous engageant résolument dans la seule voie qui assure la paix, en Europe et la paix dans le monde, celle de la réconciliation entre les peuples. (*Applaudissements prolongés*)

Modification de l'ordre du jour

M. le président. – M. le Premier ministre m'informe que M. François de Rugy, ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire, présentera mercredi 12 juin le texte de la déclaration de politique générale qu'il prononcera lui-même au même moment à l'Assemblée nationale. Le Premier ministre demandera au Sénat l'approbation de cette déclaration en application de l'article 49, alinéa 4 de la Constitution.

Acte est donné de ces communications. Je réunirai la Conférence des présidents mardi prochain pour régler l'ordre du jour en conséquence.

Les 13, 14 et 15 juin seront ici réunis les sénats d'Europe et les sénats d'Afrique pour parler aussi de paix, de co-développement et de démocratie ; c'est un rendez-vous important.

Questions d'actualité

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

La séance est retransmise en direct sur Public Sénat, sur le site Internet du Sénat et sur Facebook.

Au nom du Bureau du Sénat, j'appelle chacun à observer au cours de nos échanges l'une des valeurs essentielles du Sénat : le respect, des uns et des autres comme du temps de parole.

Projet de fusion Renault-Fiat-Chrysler

M. Dany Wattebled. – (*Applaudissements sur les bancs du groupe Les Indépendants ; M. François Patriat applaudit également.*) Depuis quinze ans, l'emploi industriel n'avait pas progressé en France ; depuis 2017, le secteur a créé des milliers d'emplois. Avec 1 027 projets d'investissement étrangers sur son sol, dont 339 dans l'industrie, la France est le deuxième pays d'Europe le plus attractif, derrière le Royaume-Uni mais devant l'Allemagne. La France et l'Allemagne vont prochainement présenter un document de politique industrielle européenne comprenant une proposition de réforme des règles de concurrence. C'est indispensable pour peser au niveau mondial.

Après le refus par la Commission européenne du projet de fusion entre Alstom et Siemens, la proposition adressée par Fiat-Chrysler à Renault, à peine émise, a été retirée. Sans fusion, Renault, déjà en froid avec son partenaire Nissan, n'est-il pas fragilisé ? L'action, qui avait chuté après l'incarcération de Carlos Ghosn, vient encore de perdre 6 % après l'annonce du retrait de l'offre.

D'autres acteurs sont dans une situation préoccupante. Ascoval est en sursis. Le choix du repreneur était-il bon ? Je salue le courage des salariés dans cette épreuve.

Les différentes interventions de l'État sur Whirlpool, Alstom, General Electric ou Ford n'ont pas empêché les licenciements. Comptez-vous définir une politique industrielle, et comment ? (*Applaudissements sur les bancs du groupe Les Indépendants ; M. Jean-Marc Gabouty applaudit également.*)

M. Bruno Le Maire, ministre de l'économie et des finances. – Notre politique industrielle porte ses fruits : pour la première fois depuis dix ans, nous créons des emplois industriels, le nombre d'ouvertures d'usines est supérieur à celui des fermetures.

Le projet de fusion Renault-Fiat, retiré ce matin, était-il une opportunité industrielle pour Renault ? Oui.

Toutes les conditions du succès étaient-elles réunies ? Non. J'avais fixé quatre conditions : qu'elle s'inscrive dans le cadre de l'alliance avec Nissan, que l'emploi soit protégé, la gouvernance garantie et le projet de batteries électriques avec l'Allemagne poursuivi.

Or Nissan n'était pas prêt à voter en faveur de l'opération au conseil d'administration. Nous avons demandé quelques jours supplémentaires pour discuter avec notre partenaire japonais, mais Fiat a retiré son offre.

Renault reste une entreprise solide, performante. En partance pour Tokyo, je souhaite consolider l'alliance avec Nissan qui a apporté technologie, emploi et sécurité financière. Nous sommes ouverts à toute perspective de consolidation industrielle, dans la sécurité et sans précipitation, pour garantir les intérêts industriels de Renault et de la France. (*Applaudissements sur les bancs des groupes LaREM, RDSE et Les Indépendants, ainsi que sur quelques bancs du groupe UC*)

Situation politique en Nouvelle-Calédonie

M. Pierre Frogier. – Le 12 mai dernier, les élections provinciales en Nouvelle-Calédonie ont été largement remportées par la famille politique à laquelle j'appartiens, qui a obtenu 41 % des suffrages et vingt des quarante sièges à pourvoir de la province du Sud, plus trois sièges dans la province Nord, à majorité indépendante.

Le scrutin conforte le résultat du référendum du 4 novembre au cours duquel 57 % des Néo-Calédoniens ont voté contre l'indépendance. Ce message s'adresse à la France, à la représentation nationale.

Malgré cela, grâce à un jeu d'alliances, c'est un indépendantiste qui a été élu président du Congrès, et le même scénario pourrait se reproduire dans quelques jours pour l'élection à la présidence du gouvernement.

La majorité des Calédoniens a le sentiment que son choix d'un avenir dans la France est ignoré, qu'on l'emmène subrepticement là où elle ne veut pas aller.

C'est pourquoi je vous demande l'organisation le plus tôt possible du deuxième référendum prévu par les accords de Nouméa, avant que la situation ne dégénère. (*Applaudissements sur les bancs des groupes Les Républicains et UC ; M. Jean-Marc Gabouty applaudit également.*)

Mme Annick Girardin, ministre des outre-mer. – J'adresse nos félicitations aux élus, que ce soit dans les provinces ou au Congrès. Ces mandats sont les derniers dans le cadre des accords de Nouméa.

Nous ne trouverons une solution partagée pour l'avenir de la Nouvelle-Calédonie que par le dialogue et le respect.

Le comité des signataires qui s'était réuni en décembre dernier se réunira à nouveau dès l'élection du gouvernement, le 13 juin prochain.

L'accord de Nouméa prévoit qu'un tiers des membres du Congrès peut réclamer l'organisation d'un deuxième référendum. Si la démarche est faite, nous l'organiserons. Le Premier ministre fixera bientôt une date de rendez-vous car nous devons reprendre le chemin du dialogue. *(Applaudissements sur les bancs des groupes LaREM et RDSE)*

Reprise d'Ascoval

Mme Valérie Létard. – *(Applaudissements sur les bancs du groupe UC et sur quelques bancs du groupe Les Républicains)* Au moment où le Sénat se penche sur l'avenir de la filière sidérurgique, à travers une mission d'information qui rendra ses conclusions mi-juillet, je veux vous interpeller sur la situation de l'aciérie d'Ascoval de Saint-Saulve. Les salariés - dont je salue le courage dans l'incertitude - ont rencontré le repreneur, M. Marc Meyohas, président de Greybull Capital. Ce groupe, également propriétaire de British Steel, a été placé en redressement judiciaire.

M. Meyohas propose un projet de filière sidérurgique ferroviaire intégrée entre l'aciérie nordiste et l'usine d'Hayange qui réalise des rails pour la SNCF - et dépend de British Steel. Cette stratégie a toute sa pertinence ; encore faut-il la faire émerger.

Or l'État n'a pas suffisamment anticipé. Il a trop souvent joué le rôle d'État-pompier.

Mme Marie-Noëlle Lienemann. – Très juste !

Mme Valérie Létard. – Que comptez-vous faire pour la reprise d'Ascoval ? Discutez-vous avec les Britanniques ? Comment faire pour obtenir des commandes rapidement ? *(Applaudissements sur les bancs des groupes UC et Les Républicains)*

Mme Sophie Primas. – Très bien !

Mme Agnès Pannier-Runacher, *secrétaire d'État auprès du ministre de l'économie et des finances.* – Le 2 mai 2019, le tribunal de Strasbourg a confirmé la reprise d'Ascoval. Une première tranche de financement de 15 millions d'euros a été accordée. La procédure collective qui touche British Steel n'a pas de conséquence juridique directe sur Ascoval, mais je mesure l'inquiétude des salariés de Saint-Saulve, car leur usine a vocation à travailler avec celle d'Hayange, qui est un site de British Steel.

Tout a été prévu dans la structuration du montage pour qu'Ascoval ne dépende pas des difficultés prévisibles des hauts fourneaux britanniques, dans le contexte du Brexit. Fin juin, début juillet, l'aciérie va pouvoir travailler sur de nouvelles commandes. Nous renouvelons notre soutien à Ascoval et sommes confiants sur le projet choisi, d'autant qu'Hayange est un site rentable pour British Steel. Nous sommes bien sûr en contact avec nos homologues britanniques.

(Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM ; M. Jean-Marc Gabouty applaudit également.)

Culture du don

M. Bernard Buis. – *(Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM)* Hier, un collectif emmené par France Générosités et le Mouvement associatif a lancé l'alerte sur la situation actuelle et future des dons. Certes, nous devons réduire les dépenses publiques, il en va de notre crédibilité vis-à-vis des investisseurs étrangers. Bien sûr, certains abusent et profitent de la défiscalisation des dons comme d'une niche fiscale. Ils en détournent ainsi la philosophie.

L'enjeu est de changer les mentalités. Monsieur le ministre, vous avez ouvert des pistes et proposé des réponses concrètes. Vous l'avez dit, les associations sont un trésor à préserver. Agissons avec mesure et précision. En modifiant la fiscalité, on provoque des changements de comportements.

Comment comptez-vous répondre à ces inquiétudes légitimes après deux ans de baisse des dons ? *(Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM)*

M. Gabriel Attal, *secrétaire d'État auprès du ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse.* – La France est une terre de solidarité et de générosité. Les dons des particuliers ont augmenté de 70 % en dix ans, le mécénat d'entreprise a doublé en cinq ans.

Malgré la baisse des dons de 4 % en 2018, il y a lieu d'être optimiste. Avec la transformation de l'ISF en IFI, les contribuables ont préféré attendre.

Avec Jean-Michel Blanquer, nous travaillons à des mesures concrètes pour faire redémarrer les dons. Ce matin, je rassemblais les grandes fondations, philanthropes et mécènes à la Gaîté Lyrique. Nous travaillons sur une éducation à la philanthropie et à l'engagement à l'école ; en la matière, les exemples étrangers sont encourageants.

Nous devons lever les freins aux dons. Une mission parlementaire est en cours pour réfléchir à différentes pistes : réforme de la réserve héréditaire, plateformes numériques.

Le mécénat n'est pas une niche fiscale, il doit être conforté, tout en luttant contre les dévoiements. Nous avons ainsi libéré le mécénat des PME-TPE. Nous travaillons avec tous les acteurs. *(Applaudissements sur les bancs des groupes LaREM et RDSE)*

Hausse des tarifs d'électricité

M. Henri Cabanel. – *(Applaudissements sur les bancs du groupe RDSE)* Le 1^{er} juin, le prix de l'électricité a augmenté de 6 % et augmentera encore en août. Pour un ménage moyen qui se chauffe à l'électricité, cela représentera un surcoût de 90 euros.

Face au tollé, le Gouvernement a annoncé que la formule de fixation du prix de l'électricité serait revue à l'occasion du projet de loi sur l'énergie. Mais derrière les formules techniques, il y a une volonté politique. Cette augmentation est deux fois supérieure à celle des coûts d'EDF, de 3 %, le surplus de hausse favorisant la bonne santé des concurrents d'EDF. L'Autorité de la concurrence avait d'ailleurs rendu un avis défavorable à la proposition de la Commission de régulation de l'énergie.

Comment justifier cet écart ? Nous examinerons bientôt une proposition de loi sur la précarité énergétique. Nous serons attentifs à ce que ce ne soient pas les plus modestes qui paient. Non seulement leur logement est souvent mal isolé, mais les taxes qui pèsent sur l'électricité sont soumises à cette taxe injuste qu'est la TVA. Le Gouvernement veillera-t-il à ce que la formule des prix de l'électricité soit modifiée pour protéger les ménages des hausses intempestives ? (*Applaudissements sur les bancs du groupe RDSE*)

M. François de Rugy, ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire. – Je rappelle que le mode de calcul du tarif régulé de l'électricité est le fruit d'une disposition législative votée en 2010 et confirmée en 2015, compromis entre l'opérateur historique et l'ouverture de la concurrence.

M. Ladislav Poniatowski. – On peut la changer !

M. François de Rugy, ministre d'État. – Le prix de l'électricité vendue en gros sur le marché a beaucoup augmenté ces deux dernières années, ce qui explique cette hausse. Parmi les leviers, il y a l'accès régulé à l'électricité nucléaire historique (Arenh), avec un prix garanti de 42 euros par mégawatt/heure - même si EDF demande qu'il soit revu à la hausse.

Dans la loi Énergie-Climat, un article permettra de voir si nous pouvons élargir l'accès à l'électricité à coût maîtrisé. Cela permet de ne pas totalement suivre l'augmentation du prix du marché. Je rappelle enfin que nous avons refusé toute hausse des tarifs en hiver et augmenté le montant et le nombre de bénéficiaires du chèque énergie. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM*)

Fermeture du train de fret Perpignan-Rungis

M. Pascal Savoldelli. – (*Applaudissements sur les bancs du groupe CRCE*) Dans le cadre du projet de réforme constitutionnelle, le président de la République veut inscrire la protection de l'environnement dans la Constitution.

Pourtant, la ligne de fret Perpignan-Rungis, économiquement rentable, va fermer. Elle achemine 1 400 tonnes de fruits et légumes par jour à Rungis. Résultat ? 25 000 camions en plus sur les routes, avec la pollution et la dégradation de la voirie que cela engendrera.

Fret SNCF est prêt à investir 25 millions d'euros pour renouveler la flotte de wagons. Mais pour que cela soit rentable, la SNCF doit avoir le monopole sur la ligne. Allez-vous lui accorder ? Avez-vous un plan de relance du fret ferroviaire, durement impacté depuis l'ouverture à la concurrence en 2006 ? (*Applaudissements sur les bancs du groupe CRCE et sur quelques bancs des groupes SOCR et UC*)

M. François de Rugy, ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire. – Avec la ministre des transports, nous avons réuni les acteurs : la SNCF, les plateformes de Rungis et de Perpignan et les clients – producteurs et grossistes – de cette ligne.

Nous sommes engagés dans une politique de développement du fret ferroviaire. Jamais nous n'avons autant investi dans le rail ! (*On le conteste vivement à droite comme à gauche.*)

Vous pouvez vociférer, cela ne change rien aux chiffres : les investissements ont augmenté de 40 % et les commandes de rails ont doublé. (*Brouhaha de protestations*)

M. Pierre-Yves Collombat. – Deux fois zéro est égal à zéro !

M. François de Rugy, ministre d'État. – Pour autant, nous ne sommes pas favorables au monopole. Contrairement à vous, nous considérons que la multiplication des opérateurs ferroviaires assurera un meilleur service, à un moindre coût. La réforme ferroviaire permettra d'accélérer la modernisation des services ferroviaires pour que les chargeurs de marchandises utilisent davantage le train et moins le camion. Pour Rungis, la SNCF s'est engagée à poursuivre le service jusqu'à la fin de l'année aux mêmes conditions et à faire des propositions concrètes pour les années suivantes. (*Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM et sur quelques bancs du groupe UC*)

M. Pascal Savoldelli. – Vous allez mettre 80 000 camions sur les routes alors que nous avons les agents, les locomotives, la possibilité de louer des wagons neufs réfrigérés dès demain ! La SNCF est prête, pourvu qu'on lui confie le monopole de cette ligne.

L'écologie, ce n'est pas que des paroles, mais aussi des actes ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe CRCE et sur plusieurs bancs du groupe SOCR ; Mme Martine Berthet et M. Marc Laménie applaudissent également.*)

Mme Laurence Cohen. – Bravo !

Moyens du ministère du Sport

M. Gilbert-Luc Devinaz. – (*Applaudissements sur les bancs du groupe SOCR*) Demain s'ouvre la coupe du monde féminine de football, l'engouement populaire est fort. En 2024, Paris accueille les Jeux olympiques

et les Jeux paralympiques, l'attente collective est énorme.

Pourtant, le mouvement sportif doute : trois années consécutives de baisse du budget du ministère des Sports hors JO, diminution des contrats aidés, rôle flou de l'Agence nationale du sport, avenir incertain des 1 600 conseillers sportifs et techniques sans oublier la baisse significative du CNDS.

Sous couvert d'une plus grande autonomie laissée aux fédérations et aux collectivités territoriales, n'engage-t-on pas un désengagement de l'État ? Comment former les futurs sportifs sans aide de l'État ? Faudra-t-il laisser la place au privé au risque d'un abandon des disciplines les moins en vue ?

Votre modèle casse la dynamique sportive, le risque d'un déclassement de l'excellence du sport à la française est là. Un vrai débat parlementaire aurait pu lever ces interrogations.

Où en sont le programme Sport et société, l'institut du sport pour tous, la déclinaison territoriale de l'agence nationale du sport ? Allez-vous maintenir votre position sur le détachement d'office des 1 600 conseillers techniques et sportifs ? (*Applaudissements sur les bancs des groupes SOCR et CRCE*)

Mme Roxana Maracineanu, ministre des sports. – L'organisation du sport français n'a pas beaucoup évolué depuis les années 1960. Les fédérations étaient balbutiantes, les collectivités locales n'existaient pas et le monde économique ne s'intéressait pas au sport. Le monde a changé. (*Exclamations sur les bancs du groupe SOCR*) Aujourd'hui, une majorité de Français fait du sport en dehors d'un club et un Français sur deux ne pratique aucune activité physique. Il était devenu impératif de requestionner notre modèle.

Avec l'agence nationale du sport, l'État garde la main. L'opérateur marche sur ses deux jambes : haute performance et sport pour tous, au plus près des territoires.

L'État doit être plus agile, stratégique et partenaire.

M. Patrick Kanner. – Et les conseillers techniques ?

Mme Roxana Maracineanu, ministre. – J'entends dire que le ministère des Sports serait affaibli.

M. Patrick Kanner. – Votre budget, madame !

Mme Roxana Maracineanu, ministre. – Je suis fière d'appartenir à un Gouvernement qui mène une politique ambitieuse du sport. (*Exclamations sur les bancs des groupes SOCR et CRCE*) C'est la réalité ! Nous vous présenterons une exécution budgétaire en 2018 à son plus haut niveau depuis 10 ans.

M. le président. – Veuillez conclure.

Plusieurs voix sur les bancs du groupe SOCR. – Madame la ministre, répondez à la question !

Mme Roxana Maracineanu, ministre. – Le Gouvernement s'engage derrière Paris 2024 pour en faire un grand événement populaire des politiques sportives.

M. le président. – Madame la ministre, moi aussi, je travaille au chronomètre ! Vous n'avez plus de temps de parole.

Petites lignes aériennes

M. Jacques Genest. – (*Applaudissements sur les bancs du groupe Les Républicains*) Lors de la restitution du grand débat, le président de la République a dit : « Les Français ont confiance dans leurs élus locaux et ce nouvel acte de décentralisation doit porter sur des politiques de la vie quotidienne », dont les transports. Il a bien compris que le détonateur de la crise des gilets jaunes est la hausse du prix du carburant.

Lors de l'examen de la loi Mobilités, un tir de barrage a visé les petites lignes aériennes essentielles aux territoires enclavés - Aurillac, Le Puy, Biarritz, Clermont-Ferrand et d'autres. N'en déplaise à certains, ces lignes sont empruntées, non par des privilégiés, mais par des acteurs essentiels à l'économie locale. Le Gouvernement s'engage-t-il à renoncer à une nouvelle contribution au décollage ? (*Applaudissements sur les bancs des groupes Les Républicains et UC ; Mmes Josiane Costes et Maryse Carrère applaudissent également.*)

M. le président. – La parole est à M. de Rugy. (*Exclamations sur les bancs du groupe Les Républicains*)

M. François de Rugy, ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire. – Oui, c'est moi qui réponds à cette question en tant que ministre de tutelle des transports car Mme Borne est retenue à l'Assemblée nationale par le débat sur la loi Mobilités. Les lignes aériennes, dites « petites », apportent un surcroît de service pour les territoires comme Aurillac ou Castres qui sont éloignés de Paris en train comme en voiture.

Ce qui a été voté à l'Assemblée nationale ne consiste pas à surenchérir le coût des billets d'avion mais à prélever un surplus non utilisé de la taxe Chirac, créée pour financer des mesures de solidarité internationale, afin d'apporter 30 millions d'euros à 40 millions d'euros de plus à l'Afitf.

Nous avons refusé la taxation du kérosène sans distinction - la demande émanait du mouvement des gilets jaunes auquel, monsieur le sénateur, vous avez apporté votre soutien lors d'une précédente séance de questions au Gouvernement. Nous n'en voulons pas sur les lignes intérieures car cela aurait un effet de concurrence déloyale avec nos voisins. Nous portons cette bataille au niveau européen.

Enfin, nous continuons à subventionner ces lignes en cherchant, là aussi, les meilleurs opérateurs car

certaines compagnies veulent se désengager. *(Applaudissements sur les bancs du groupe LaREM)*

M. Jacques Genest. – Pas d'autoroute, pas de TGV, même pas de train parfois ! Augmentation du prix de l'électricité alors que vous nous dites de prendre des voitures électriques ou des trottinettes ! Vous augmentez une taxe pour financer une agence qui coûte très cher en fonctionnement.

M. le président. – Veuillez conclure dans vos choix. *(Sourires)*

M. Jacques Genest. – Arrêtez l'écologie punitive. *(Applaudissements sur les bancs du groupe Les Républicains)*

Déremboursement des médicaments homéopathiques

M. Yves Détraigne. – *(Applaudissements sur les bancs du groupe UC)* La commission de la transparence de la HAS n'a pas rendu sa décision mais il est à craindre que les médicaments homéopathiques ne soient plus remboursés.

Pourtant, 70 % de Français sont favorables à la liberté de choix entre l'homéopathie et l'allopathie. Trois quarts d'entre eux pensent que l'homéopathie est efficace. Une étude de 2006, réalisée à la demande du ministère de la Santé, a montré son intérêt pour la santé publique. À un niveau de gravité égal, les résultats sont comparables avec un gain réel dans l'économie de prescription de médicaments conventionnels. Un patient ainsi traité consomme trois fois moins d'antibiotiques et d'anti-inflammatoires. L'homéopathie est très utilisée pour les femmes enceintes et des enfants, systématiquement prescrite comme support de traitement anticancéreux.

La fin du remboursement homéopathique entraînerait une hausse des dépenses de santé mais elle aurait aussi des conséquences économiques. Les trois principaux laboratoires ont choisi de s'implanter dans l'Hexagone, ils emploient plus de 3 200 personnes réparties sur le territoire français.

Allez-vous, oui ou non, dérembourser ces traitements peu onéreux qui permettent de réduire la consommation de médicaments allopathiques ? *(Applaudissements sur les bancs du groupe UC ; M. Joël Labbé et Mme Martine Berthet applaudissent également.)*

Mme Christelle Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé. – La commission de la transparence de la HAS est une instance collégiale, scientifique et indépendante. Les conclusions détaillées qu'elle a rendues le 15 mai se fondent sur la littérature disponible et les données fournies par les trois laboratoires auxquels vous avez fait référence.

Depuis les années 1960, l'homéopathie bénéficie d'un régime dérogatoire. Il fallait mettre fin à ce débat

en mobilisant une expertise scientifique indépendante. Nous avons un principe fort pour les remboursements de médicaments : il est fonction de l'efficacité évaluée par une expertise indépendante. C'est la raison pour laquelle la ministre a saisi la HAS en août 2018.

La grande majorité des médicaments homéopathiques sont vendus sans ordonnance, ils ne sont pas remboursés. Certains sont remboursés à 30 % par l'assurance maladie. Il ne s'agit donc pas de faire des économies.

Nous comprenons votre inquiétude sur l'emploi mais les laboratoires s'adapteront. Nous ne sommes pas en train d'interdire l'homéopathie. Elle continuera à se vendre en France et à l'international. *(Quelques applaudissements sur les bancs du groupe LaREM)*

Prédation de l'ours

Mme Maryse Carrère. – *(Quelques applaudissements sur les bancs du groupe RDSE)* L'espace montagnard s'apprête à vivre sa transhumance. Monsieur le ministre, vous ne pouvez pas ignorer cette pratique ancestrale qui fait vivre l'économie locale.

Les éleveurs sont à bout de force, la menace d'attaques de prédation est constante à mesure que l'ours ou le loup se rapproche des villages. L'indemnisation sonne comme un aveu d'échec, les mesures de protection sont inefficaces face à des prédateurs au comportement inquiétant. La présence humaine est la seule solution contre les prédateurs : allons-nous proposer à nos éleveurs de veiller nuit et jour à 2 000 mètres d'altitude ?

L'heure n'est plus à la prévention, il faut agir. En moins de cinq jours, un ours a commis trois attaques, près des habitations. Il a été déclaré « anormalement prédateur ». À quand une étude d'impact sur les conséquences économiques, sociales et sanitaires de la réintroduction de l'ours ? Quand entendrez-vous les éleveurs ? Jusqu'où êtes-vous prêt à aller dans le protocole « Ours à problème » ? *(Quelques applaudissements sur les bancs du groupe RDSE, Mmes Frédérique Puissat et Martine Berthet, ainsi que M. Loïc Hervé applaudissent également.)*

M. François de Rugy, ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire. – Je connais ce problème de cohabitation entre l'activité humaine et la nature dans sa biodiversité car la biodiversité, il ne faut pas en parler de manière théorique et vous avez bien fait d'évoquer ses aspects concrets.

L'ours est une espèce protégée. Je vous le dis clairement comme je l'ai dit clairement aux éleveurs. Nous avons réintroduit deux ours slovènes dans les Pyrénées atlantiques à l'automne dernier. Il n'y en a qu'une dizaine dans tout le massif et nous souhaitons leur maintien.

Nous n'aurons donc pas de politique d'éradication de l'ours mais nous accompagnons les éleveurs dans

leur cohabitation. Cet après-midi, à Toulouse, se tenait une réunion entre associations de protection de la nature et éleveurs. Le boycott de certains, d'un côté comme de l'autre, ne facilite pas le dialogue.

Avec le ministre de l'Agriculture, nous proposons une meilleure information des éleveurs sur la localisation de l'ours, un accompagnement financier pour la protection des troupeaux - les parcs et les chiens sont subventionnés à 100 %, un dispositif d'effarouchement graduel et une revalorisation de l'indemnisation. *(Quelques applaudissements sur les bancs du groupe LaREM)*

Mme Maryse Carrère. – Les éleveurs transhument la boule au ventre. S'ils boycottent la rencontre de Toulouse, c'est parce qu'ils ne croient plus en ces mesures et en leur avenir. *(Applaudissements sur les bancs du groupe RDSE et sur quelques bancs des groupes UC et Les Républicains)*

Difficultés des missions locales

Mme Sabine Van Heghe. – Les 436 missions locales sont le service public local de l'insertion pour 1,3 million de jeunes. Grâce à elle, 584 000 accèdent à l'emploi, 40 000 à un contrat en alternance, 186 000 à une formation professionnelle et 223 000 à une immersion professionnelle.

Dans le Pas-de-Calais, les responsables s'inquiètent de la perspective d'une fusion ou d'une prise de contrôle par Pôle Emploi. Vos orientations politiques néfastes ne font rien pour nous rassurer : réduction drastique des emplois aidés, baisse des crédits et des effectifs de Pôle Emploi au prétexte d'une amélioration de l'emploi qui n'est pas ressentie par ceux qui en sont le plus éloignés, baisse des crédits de la convention pluriannuelle d'objectifs, retards dans le versement des subventions 2019, modifications rétroactives des règles de paiement de la garantie jeunes. Le 3 juin, les 72 missions locales franciliennes ont organisé une journée morte.

Quand arrêterez-vous de détruire méthodiquement les outils efficaces pour sortir les plus fragiles de la spirale du chômage ? *(Applaudissements sur les bancs des groupes SOCR et CRCE)*

M. Marc Fesneau, *ministre auprès du Premier ministre, chargé des relations avec le Parlement.* – Je vous prie d'excuser Mme Pénicaud, qui réunit le G7 social à son ministère. Oui, les missions locales jouent un rôle majeur pour l'insertion des jeunes. Le Gouvernement a souhaité que leurs moyens soient préservés. La répartition est faite en fonction des résultats mais aussi du contexte local par les services du ministère du travail en région.

La globalisation des crédits de la subvention socle et des crédits d'accompagnement de la garantie jeunes en 2019, qui est source de simplification dans son principe, a occasionné des difficultés que nous ne nions pas. Mme Pénicaud a donc décidé un versement

exceptionnel de 60 millions d'euros en octobre prochain.

Il n'y aura pas de fusion. Nous partageons le même objectif : accompagner les jeunes vers l'emploi et, pour mener cette bataille, des missions locales qui amplifient leurs actions.

Plan France-Très Haut Débit

M. Patrick Chaize. – *(Applaudissements sur les bancs du groupe Les Républicains)* L'aménagement numérique du territoire fait partie des engagements du président de la République. Si les efforts sont réels sur le mobile, le pari semble plus hasardeux sur le fixe. L'achèvement du 100 % FTTH est repoussé à mesure que l'horizon se rapproche. On parle maintenant de 2022, alors que le terme était le 31 décembre 2020. À Cahors, le 14 décembre 2017, le Premier ministre annonçait la fin du dispositif temporaire pour la fin mai 2018 ; il n'en est rien.

Pendant ce temps, les réseaux d'initiative publique, les RIP, ont fortement accéléré leur déploiement et renégocié favorablement leur contrat DSP, économe en argent public. Rouvrons le guichet du plan France-Très haut débit. Sa fermeture était nécessaire pour donner une petite chance de succès à AMEL, cette chance est passée. Il faut tourner la page ! *(Applaudissements sur les bancs du groupe Les Républicains)*

Mme Jacqueline Gourault, *ministre de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales.* – Le Gouvernement, les élus, les opérateurs partagent le même objectif du très haut débit sur tout le territoire. Le Gouvernement s'est donné les moyens de l'atteindre et les résultats sont là : chaque jour, 13 000 lignes FTTH sont construites.

Les collectivités territoriales ont largement contribué à ce résultat : 750 000 lignes pour 3,2 millions de lignes en 2018. Ce programme représente un investissement de la part de l'État de 3,3 milliards d'euros - dont 91 millions d'euros, pour un réseau qui vous est cher.

S'agissant de la réouverture du guichet, il faut, avant toute décision, vérifier que les opérateurs privés acceptent de financer les prises restantes : 3 à 4 millions de prises sur un total de 34 millions. Les opérateurs doivent faire part de leurs intentions, j'ai fixé la date butoir au 15 juin.

À partir de cela, un diagnostic précis sera établi territoire par territoire, avec une évaluation de l'effort financier de l'État, en collaboration avec les collectivités territoriales et des associations comme celle que vous présidez, l'Avicca, dont je salue l'implication. *(Quelques applaudissements sur les bancs du groupe LaREM)*

Déficit

M. Jérôme Bascher. – La Commission européenne vient de sauver la France d'une procédure de déficit excessif, alors qu'elle menace l'Italie. Comme l'Italie de Salvini, la France ne réduit pas son déficit structurel ; comme l'Italie de Salvini, la France choisit de réduire les impôts ; comme l'Italie de Salvini, la France a un taux élevé de chômage. Les mêmes causes produisent les mêmes effets... Et, selon le FMI, « une inquiétante menace » pèse sur notre pays.

Pensez-vous avoir raison seuls contre les institutions dont nous sommes membres ? La bonne politique économique est-elle celle de Salvini ? (*Applaudissements sur les bancs du groupe Les Républicains*)

Mme Agnès Pannier-Runacher, secrétaire d'État auprès du ministre de l'économie et des finances. – Le FMI apporte un large soutien à la France ; elle est, selon lui, « en pole position dans la zone euro ». Il salue notamment la refonte du code du travail et de la fiscalité du capital.

Nous assumons nos choix sociaux et les économies réalisées sur les finances publiques. Notre déficit est de 2,5 %, fin 2018, meilleur que les prévisions. S'il est supérieur à 3 % cette année, c'est que nous devons assumer des décisions liées au CICE décidées par la mandature précédente. (*Protestations sur les bancs du groupe SOCR et sur quelques bancs du groupe Les Républicains*) Nous avons aussi réintégré la dette de la SNCF, qui ne date pas d'hier.

Le chômage est au plus bas depuis dix ans, le taux d'emploi le plus haut depuis quarante ans. (*Protestations sur les bancs des groupes SOCR et CRCE ; huées sur les bancs du groupe Les Républicains*)

Mme Sophie Taillé-Polian. – Et la précarité aussi !

M. Jérôme Bascher. – Madame la ministre, Mme Parly avait décidé de réintégrer la dette de la SNCF au XX^e siècle, quand elle était dans un autre gouvernement... Vous êtes obligés d'en assumer les conséquences...

M. Alain Richard. – ... et d'assumer les conséquences de vos décisions aussi !

M. Jérôme Bascher. – On ne peut être de gauche sur la dépense...

Mme Sophie Taillé-Polian. – Ne vous inquiétez pas !

M. Jérôme Bascher. – ... et de droite sur la dette. Vous renoncez même aux 120 000 suppressions de postes de fonctionnaires. Sinon, c'est la faillite en chantant. Voulez-vous, par votre politique, que nous devenions italiens ? (*Quelques applaudissements sur les bancs du groupe Les Républicains*)

M. François Patriat. – Donnez-lui de l'homéopathie !

La séance est suspendue à 16 h 10.

PRÉSIDENCE DE M. DAVID ASSOULINE,
VICE-PRÉSIDENT

La séance reprend à 16 h 20.

Organisation du système de santé (Procédure accélérée - Suite)

M. le président. – Nous reprenons la suite de la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Discussion des articles (*Suite*)

ARTICLE 8 (*Suite*)

M. le président. – Amendement n°217 rectifié, présenté par Mme Féret, M. Tissot, Mme Jasmin, MM. Vaugrenard et Montaugé, Mmes Taillé-Polian et G. Jourda, MM. Daudigny, Tourenne, J. Bigot, Duran et Courteau, Mmes Guillemot, Artigalas et Perol-Dumont, MM. Temal et Bérít-Débat, Mme Monier et M. Mazuir.

Alinéas 11 à 16

Supprimer ces alinéas.

Mme Victoire Jasmin. – Cet amendement de Mme Féret supprime les alinéas qui prévoient de déterminer par ordonnance tout ce qui relève de l'organisation territoriale des établissements de santé, en l'espèce des hôpitaux de proximité.

Le Gouvernement ne doit pas être autorisé à faire l'impasse sur le débat parlementaire sur un sujet d'une telle importance.

Nul ne peut ignorer la tendance comptable et centralisatrice qui a permis de réduire l'activité de certains hôpitaux faute de moyens puis, à terme, d'organiser leurs fermetures par manque d'activité. De nouvelles fermetures sont à craindre.

M. le président. – Amendement n°312, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Alinéa 13

Après le mot :

Déterminer

insérer les mots :

, en concertation avec les associations d'élus locaux et les organisations syndicales,

Mme Laurence Cohen. – Nous ne reviendrons pas sur votre décision de légiférer par ordonnance pour éviter le débat parlementaire. Mais les associations d'élus locaux et les organisations syndicales devraient être consultées. C'est un minimum.

M. le président. – Amendement n°218 rectifié, présenté par Mme Féret, M. Tissot, Mme Jasmin, MM. Vaugrenard et Montaugé, Mmes Taillé-Polian et G. Jourda, MM. Daudigny, Tourenne, J. Bigot, Duran et Courteau, Mmes Guillemot, Artigalas et Perol-Dumont, MM. Temal et Bérît-Débat, Mme Monier et M. Mazuir.

Alinéa 14

Compléter cet alinéa par les mots :

et en rétablissant les élus locaux dans les instances décisionnelles

Mme Victoire Jasmin. – L'AMF est à l'origine de cet amendement. Les élus locaux ont perdu avec la suppression des conseils d'administration des hôpitaux, toute responsabilité dans l'organisation stratégique de ces derniers. Il est inconcevable de ne pas reconnaître que les décisions relevant de l'accès aux soins ont aussi systématiquement un impact sur les territoires en termes de transports, de services, d'emploi, d'installation des ménages...

Vous devrez traiter de la gouvernance des hôpitaux de proximité lors de la rédaction des ordonnances annoncées, en concertation avec les associations d'élus.

M. Alain Milon, rapporteur. – Renoncer aux ordonnances équivaldrait à reporter la réforme alors que la concertation est engagée. Avis défavorable.

Je partage le souhait d'associer les élus locaux. Mais inscrire cela dans la loi ne serait en rien une garantie. Retrait ou avis défavorable des amendements n°312 et 218 rectifié.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

L'amendement n°217 rectifié est retiré.

(On invite, sur quelques bancs des groupes Les Républicains et UC, Mme Laurence Cohen à faire de même.)

Mme Laurence Cohen. – Chacun veut rentrer dans sa circonscription !

M. Roger Karoutchi. – Raison de plus pour le retirer ! *(Sourires)*

Mme Laurence Cohen. – Vous pouvez tempêter, mais nous sommes ici pour débattre et le débat sur la démocratie sanitaire doit avoir lieu. Nous n'y renonçons pas, mais nous allons retirer notre amendement...

MM. Michel Amiel et Martin Lévrier. – Ah ! *(Sourires)*

Mme Laurence Cohen. – M. le rapporteur a dit que la loi ne constitue aucune garantie... Les parlementaires n'ont donc aucune garantie ! La moindre petite demande est repoussée, même quand le rapporteur y est favorable. Les soignants sont en lutte pendant ce temps. Ils sont dans la rue, pour avoir un rendez-vous avec vous, madame la ministre, et les quelques petites promesses qu'ils ont obtenues sont tout à fait insuffisantes.

L'amendement n°312 est retiré.

Mme Victoire Jasmin. – Nous sommes là pour débattre et faire notre travail de parlementaire. Je ne retire pas mon amendement.

Mme Laurence Cohen. – Très bien !

L'amendement n°218 rectifié n'est pas adopté.

L'article 8, modifié, est adopté.

ARTICLES ADDITIONNELS

M. le président. – Amendement n°174 rectifié, présenté par M. Karoutchi, Mme Berthet, MM. Brisson, Calvet, Chaize, Charon, Chatillon, Cuypers, Dallier, Danesi, Darnaud, Daubresse et de Legge, Mme Deromedi, M. Duplomb, Mmes Duranton, Eustache-Brinio, Garriaud-Maylam et Gruny, MM. Guené, Kennel et Laménie, Mme Lavarde, M. Lefèvre, Mme M. Mercier, MM. Revet, Sido, Vaspert et Vogel, Mmes Ramond, Boulay-Espéronnier et Dumas et M. Gremillet.

Après l'article 8

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Les sages-femmes sont habilitées, en équivalence à leurs responsabilités de professionnels de premier recours, à exercer un suivi gynécologique dans un établissement de santé ou un hôpital sous-dotés en effectif gynécologues obstétriciens.

M. Roger Karoutchi. – Je n'ai guère de chance, mais j'y vais ! *(Sourires)* Les besoins de la population féminine sont tels que certains établissements sous-dotés en effectifs de gynécologues obstétriciens se retrouvent démunis de tout suivi de cette spécialité. Afin que les femmes n'aient pas l'obligation de se tourner vers une sage-femme libérale de manière systématique ou un gynécologue en dehors de l'établissement dans lequel elles souhaiteraient être suivies, il est impératif de développer cet exercice pour les sages-femmes et de le faire connaître.

Je crois savoir que j'ai peu de chances... mais peu importe. Nous sommes là pour parlementer ! Habilitier les sages-femmes à exercer un suivi gynécologique dans les établissements de santé sous-dotés, c'est du bon sens !

M. Alain Milon, rapporteur. – Les compétences des sages-femmes sont énumérées à l'article

L. 412-1-1 du code de la santé publique. Votre amendement est satisfait. Retrait.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – En effet, cela fait partie de leurs missions.

M. Roger Karoutchi. – Vous auriez pu dire « sagesse » puisque l'amendement est satisfait ! Et pourquoi pas « favorable » ? (*Sourires*) Pour faire plaisir à notre rapporteur, je retire mon amendement.

L'amendement n°174 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°406 rectifié, présenté par M. Sueur et les membres du groupe socialiste et républicain.

Après l'article 8

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet, dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport sur les conditions de création d'un centre hospitalier universitaire à Orléans.

M. Jean-Pierre Sueur. – Nous sommes tous des élus de terrain, même si nous représentons collectivement la Nation.

Orléans est la seule capitale régionale sans CHU. Il y en a bien un à Tours, mais il est saturé. Le Loiret a 800 médecins de moins que l'Indre-et-Loire, pour 70 000 habitants de plus.

Près de 90 % des médecins sortant de leurs études s'installent près de leur CHU. Pourquoi ne pas transformer le CHR en CHU ? L'université d'Orléans a de nombreux atouts. C'est une impérieuse nécessité pour faire face à la désertification.

L'article 40 nous interdit de demander cette transformation par amendement. Nous demandons donc un rapport pour publication dans six mois...

M. Alain Milon, rapporteur. – Il n'y a pas de CHU dans chaque département. Il n'y a pas de CHU dans le Pas-de-Calais, le plus proche étant celui de Lille.

La Cour des comptes a produit, à notre demande, une étude sur les CHU en 2017 et en 2018, qui met en évidence une forte hétérogénéité, surprenante, entre établissements ; elle a demandé une mise en réseau entre ces derniers - pour ne pas dire qu'il fallait en supprimer.

L'installation d'un CHU n'est pas une obligation. Retrait, sinon avis défavorable, même pour cette première demande de rapport sur ce texte.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – J'entends cette demande, qui émane de différents territoires. Les ordonnances Debré ont disposé que les villes sièges de facultés de médecine ou de facultés mixtes pharmacie-médecine devaient organiser conjointement les besoins autour de centres de soins, d'enseignement et de recherche qui sont devenus les CHU.

C'est donc la présence d'une faculté de médecine qui justifie la présence d'un CHU. La fin de la Paces, l'entrée dans les études par des filières n'étant pas dans des UFR de médecine, diversifiera le recrutement. Cela et le soutien à l'installation seront plus efficaces que la création d'un CHU.

M. Jean-Pierre Sueur. – Je ne parlais pas de tous les chefs-lieux de département, mais des capitales régionales.

Tous les efforts pour coopérer avec le CHU de Tours se traduisent par beaucoup de paroles, et malheureusement par peu d'actes.

Je regrette que vous donniez un avis défavorable à un amendement qui vous demande d'étudier la chose pendant six mois. On peut allonger le délai, si vous le voulez. Ce n'est pas moi, c'est toute une population qui le demande... L'espérance ne suffit pas !

Mme Laurence Rossignol. – Madame la ministre, faites quelque chose ! (*Sourires sur les bancs du groupe SOCR*)

L'amendement n°406 rectifié n'est pas adopté.

ARTICLE 9

M. Yves Daudigny. – Nous sommes en désaccord avec cet article qui donne toute latitude au Gouvernement pour redessiner la carte de l'offre de soins hospitalière.

Un encadrement juridique plus strict des soins comme la chirurgie interdirait ces activités à certains hôpitaux. Oui à la qualité, mais la coopération doit permettre à tous les hôpitaux de conserver leur activité. La mutualisation est une piste intéressante - comme la suppression de l'obligation d'exploiter les autorisations sur un site unique. Nous ne pouvons accepter que vous laissiez le Parlement à la marge.

M. le président. – Amendement n°320, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Supprimer cet article.

Mme Cathy Apurcau-Poly. – L'article 9 habilite le Gouvernement à réformer par ordonnances le régime des autorisations des activités de soins que l'ARS doit actuellement autoriser. Les seuils minimaux d'activité seront relevés. L'argument de la sécurité des patients permettra de déclasser des hôpitaux.

Ayez l'honnêteté de reconnaître le lien entre la dégradation de la sécurité et le sous-investissement, pratiqué depuis une trentaine d'années. À Creil, à Bernay et à Die, c'est cette logique qui vous fait fermer les maternités. Nous demandons donc la suppression de cet article.

M. le président. – Amendement identique n°704, présenté par M. Jomier et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

M. Bernard Jomier. – La conjugaison des articles 8 et 9 est une demande du Gouvernement d’avoir les mains libres pour redessiner la carte sanitaire. Nous partageons les principes du Gouvernement sur la gradation de l’offre de soins. Mais, de façon tout aussi principielle, le Parlement ne peut être dessaisi.

M. Alain Milon, rapporteur. – Nous regrettons tous les ordonnances. Mais la concertation est commencée et une suppression de l’article retardera la réforme.

Madame la ministre, pour que le travail puisse continuer, notamment en CMP, je demande le retrait de ces amendements, faute de quoi l’avis de la commission sera défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Il n’y a pas de carte hospitalière cachée, venue d’en haut. L’offre de soins vient des acteurs eux-mêmes. L’objectif est de leur permettre de réaliser les projets dans le respect de la sécurité des patients. Cette réforme a été lancée en 2018. Une partie des travaux sera finie cet été ; le texte, à la fin de l’année.

L’ordonnance qui est prévue ici servira à traduire si nécessaire dans la loi le résultat de ces travaux. Ces derniers font l’objet de concertations, sont fondés sur des travaux scientifiques, et je me suis engagée à vous les présenter, avec une étude d’impact.

Les amendements identiques n^{os} 320 et 704 ne sont pas adoptés.

L’article 9 est adopté.

ARTICLE ADDITIONNEL

M. le président. – Amendement n°761, présenté par M. Jomier et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

Après l’article 9

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après la première phrase du premier alinéa de l’article L. 6145-1 du code de la santé publique, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Il est établi en différenciant les allocations de ressources et de moyens dévolues aux activités de médecine-chirurgie-obstétrique, de psychiatrie, et de soins de suite et de réadaptation. »

M. Bernard Jomier. – Les acteurs de la psychiatrie ont insisté sur votre engagement à sanctuariser le budget de la psychiatrie. Mais dans le détail, sur le terrain, il y a de nombreuses fermetures de postes. Les postes et les budgets de la psychiatrie, en fonction du principe de non-affectation des recettes aux dépenses, peuvent être « fondus » pour financer diverses activités et on connaît les pressions que subissent les hôpitaux.

Sans compromettre le statut sanitaire de la prise en charge psychiatrique ni sa nécessaire articulation avec les champs MCO et SSR, un compartimentage du compte de résultat principal en trois volets - médecine,

chirurgie, obstétrique, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation - fournirait aux autorités de tutelles des établissements de santé la garantie d’une bonne affectation des moyens dans les établissements multi-activités.

Une telle mesure, peu complexe à mettre en œuvre dans sa déclinaison opérationnelle, apparaît d’autant plus opportune qu’elle serait de nature à conforter les démarches de rapprochement entre établissements dans des GHT « tous soins », qui apparaissent comme les plus pertinents pour favoriser l’articulation et l’adéquation entre les parcours de vie et de soins des personnes.

Pour sanctuariser, il faut identifier.

M. Alain Milon, rapporteur. – L’objectif de sanctuariser est légitime, mais ne suffit pas. Des budgets supplémentaires sont annoncés par la feuille de route de la ministre. En attendant, sagesse.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Votre souci est légitime.

M. Bernard Jomier. – Cela veut dire non...

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Vous commencez à me connaître ! La psychiatrie a estimé que ses moyens étaient dilués.

Dès mon arrivée au ministère, j’ai demandé une sanctuarisation du budget de la psychiatrie, et j’ai adressé des messages très clairs aux ARS. La réforme du financement des hôpitaux permettra d’affecter spécifiquement des crédits à la psychiatrie. Nous sommes en train de revoir la tarification des MCO - médecine-chirurgie-obstétrique -, de la psychiatrie et des soins de suite et de réadaptation (SSR).

Les outils techniques proposés dans l’amendement ne répondent pas à ces objectifs. Sachez que 100 millions d’euros de financement nouveaux ont été dégagés.

Nous assurons un dialogue de gestion bien plus transparent avec les ARS, qui assurera l’effectivité de ces financements. Soyez certains de ma vigilance. Avis défavorable à votre amendement, qui complique considérablement la situation alors que je suis en train de réformer la tarification.

M. Bernard Jomier. – Oui, il faut augmenter les dotations de la psychiatrie. J’ai noté la nomination que vous avez décidée pour retravailler plus largement sur le secteur de la santé mentale. Certains GHT identifient la psychiatrie dans un budget annexe. Mais ailleurs, la tentation de récupération est trop forte. La mesure que je propose est partielle, mais elle consiste à dire : la sanctuarisation commence par une identification claire.

M. Olivier Henno. – En tant que maire, j’ai été président de l’hôpital psychiatrique de Lommelet, où vous vous êtes rendue récemment, madame la ministre. Compte tenu de l’urgence de ce secteur,

l'amendement de M. Jomier a le mérite de lui redonner une certaine confiance. Je le voterai donc.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Votre amendement percuté une réforme de la rémunération, où on valorisera la qualité des soins et où on forfaitisera les parcours. Or ces derniers peuvent être de plus en plus complexes, avec des activités échappant à la psychiatrie, et pouvant relever de la chirurgie, de la médecine, je pense au traitement de l'obésité, par exemple.

Vous voulez sanctuariser le financement de la psychiatrie, je le comprends, mais cet amendement bloque notre réforme.

L'amendement n°761 n'est pas adopté.

ARTICLE 10

Mme Laurence Cohen. – Cet article est inquiétant. La loi Touraine a instauré les GHT - une occasion de mutualiser les moyens, mais aussi de les réduire. Les soignants et les administratifs qui ne travaillent pas dans l'établissement support ont l'impression d'être sous sa tutelle.

Cet article franchit un pas supplémentaire en mutualisant la gestion des ressources humaines médicales et en fusionnant les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

Malgré les modifications en commission, je crains que la logique reste la même. Nous sommes étonnés de ces pratiques gouvernementales - sous plusieurs gouvernements - sans évaluation ni retour vers nous.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Très bien !

M. Dominique Théophile. – L'article 10 renforcera l'intégration au sein des GHT en améliorant l'offre de soins dans notre pays : suppression des doublons, mutualisation des ressources humaines...

La pénurie de soignants ne sera pas enrayée avant une dizaine d'années. Laissons les spécialistes choisir qui doit aller en maternité de niveau 2 et 3 !

Les GHT font peur aux hôpitaux de proximité. Il faudra les rassurer.

M. Yves Daudigny. – Les GHT créés par la loi Touraine sont une opportunité, sous condition d'un projet partagé et du respect des patients et des membres du personnel.

Mais une intégration plus forte pose des interrogations : absence d'un vrai projet médical, garantie pour les établissements périphériques, rôle des commissions médicales d'établissements (CME) et de groupement, association des équipes médicales aux projets, situation financière des hôpitaux...

Je veux exprimer la solidarité du groupe socialiste et républicain avec le mouvement des urgentistes et notre émotion devant les réquisitions par les gendarmes, en pleine nuit. Le conseil de l'Ordre le dit lui-même : il faut une « concertation d'urgence

impliquant tous les acteurs pour apporter une réponse durable aux professionnels de santé dont la souffrance au travail doit être entendue ». (*Applaudissements sur les bancs des groupes SOCR et CRCE*)

M. Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales. – La première fois que nous avons parlé de communautés hospitalières de territoire, c'était dans la loi HPST, en 2009, dans une démarche volontaire. Apparus en 2016, les GHT sont obligatoires.

Vous allez plus loin, avec des commissions médicales d'établissement de GHT. Cela me rappelle les intercommunalités, de plus en plus grosses, dans le but de faire des économies... sans que celles-ci soient constatées dans la réalité. Je crains qu'il en soit de même ici. Prudence ! N'allons pas trop vite.

Monsieur Daudigny, nous sommes tous solidaires, mais tous responsables. Depuis 2009, les Ondam successifs n'ont pas permis à la médecine d'urgence de faire face. Les hôpitaux n'ont pas à pallier les défaillances de la médecine de ville.

Mme Véronique Guillotin. – Les GHT, partis de la mutualisation des services d'achat, s'orientent maintenant vers des projets médicaux communs, voire des CME partagées.

À Bar-le-Duc, le GHT est parvenu à une direction commune, dans l'équilibre entre la grosse et la petite structure. Dans ce cas, les choses passent bien pour l'hôpital de proximité.

Mme Élisabeth Doineau. – Un cinquième des GHT seulement ont opté pour une structure plus intégrative. Ce serait peut-être positif que cela s'étende. Mais forcer cette intégration peut poser des difficultés.

L'hôpital support pourrait ainsi aspirer les médecins des plus petits établissements. Laissons le temps aux GHT. Cet article attise les peurs. N'imposons pas un seul modèle, les situations sont trop différentes.

Dans mon territoire, je ne pense pas que cette intégration améliorerait le recrutement.

M. Jean-Louis Tourenne. – Le regroupement des communes n'aurait pas permis de faire des économies en personnel, dit M. le rapporteur. Ce discours, qui est aussi celui de la Cour des comptes, mérite d'être nuancé. On met en cause les élus locaux, mais on oublie de dire que la coopération a accéléré l'ouverture d'équipements qui n'auraient sinon pas vu le jour. Certes, ils ont généré des frais, mais la population y a trouvé son compte. Cessons de jeter l'anathème sur les élus locaux et la coopération intercommunale.

M. Yves Daudigny. – Très juste !

M. René-Paul Savary. – Selon les cas, les regroupements fonctionnent ou non. Sans doute y a-t-il des cas où le CHU du GHT siphonne les établissements périphériques, mais aussi d'autres où le CHU ou le CHR apportent, *via* les consultations, du

temps médical dans la périphérie ; la volonté de coopération permet alors la gradation des soins.

J'ai deux GHT dans mon département ; malgré mes réticences initiales, cela semble bien se passer. Madame la ministre, tout dépend de vous ; le GHT peut être une arme de destruction massive ou un précieux outil d'aménagement du territoire.

M. le président. – Amendement n°319, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Supprimer cet article.

Mme Michelle Gréaume. – L'article 10 renforce l'emprise des GHT sans avoir au préalable évalué leur impact sur l'offre publique de soins. Selon la commission d'enquête de 2018 sur l'égal accès aux soins, la mise en place des GHT a conduit à concentrer l'activité hospitalière dans les grandes structures au détriment des hôpitaux de proximité.

Les GHT sont un outil de gestion de pénurie. Nous sommes pour la coopération, mais les GHT ont détérioré les conditions de travail des soignants et la qualité des soins. Superstructures, ils concentrent tous les pouvoirs et ont écarté les élus locaux, les représentants du personnel et des usagers des décisions.

Parallèlement, le III de cet article habilite le Gouvernement à légiférer par ordonnances pour permettre aux GHT d'approfondir l'intégration de leurs instances représentatives ou consultatives. C'est l'application des ordonnances travail à la fonction publique hospitalière !

M. Alain Milon, rapporteur. – Les GHT sont un levier de restructuration indispensable à l'hôpital public. Il faut accompagner les dynamiques locales en leur permettant d'aller plus loin dans l'intégration. La commission a souhaité faire reposer la démarche sur le volontariat. Retrait ou avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Je salue le travail de la Mecss, mené par Mme Deroche, M. Daudigny et Mme Guillotin, qui a réalisé une première évolution des GHT, peu de temps après leur création. Le développement des GHT est inégal, c'est vrai, et la mutualisation pas toujours satisfaisante. Le défi réside dans l'harmonisation.

Les GHT ne sont pas qu'un outil de gestion de la pénurie : la mutualisation des achats a permis un gain de 500 millions d'euros, plus que les 310 millions d'euros attendus.

Des missions d'évaluation sont menées par l'IGAS, par la Mecss et par l'Assemblée nationale pour évaluer l'impact des GHT sur les patients. Ils n'ont que deux ans, certains ont à peine élaboré leur projet médical. Les consultations avancées, les équipes de territoire sont une première transformation dont nous mesurons les effets.

Le regroupement fonctionne quand la volonté de coopération l'emporte sur l'esprit de compétition entre établissements. (*M. René-Paul Savary le confirme.*) La mutualisation des ressources humaines est un outil d'attractivité dans des petits hôpitaux périphériques qui ont du mal à recruter. Faire tourner les urgentistes du GHT entre les établissements, c'est bénéfique pour les malades, pour les professionnels qui maintiennent leurs compétences, pour les établissements qui maintiennent l'offre de soin sur le territoire.

L'évolution sera plus ou moins rapide selon la capacité des professionnels à écrire le projet médical, mais nous devons passer d'une vision administrative à une vision plus médicalisée, reposant sur les projets médicaux de territoire, pour retirer tout l'intérêt des GHT.

M. Olivier Henno. – Je voterai contre cet amendement assez caricatural. Comme maire et président de l'hôpital de Lommelet, j'étais initialement réticent au projet de GHT mais j'ai vu, chemin faisant, que cela permettait de mutualiser les fonctions achats ou comptabilité...

Finalement, la mutualisation permet des économies sur les dépenses administration, au profit de l'amélioration de la qualité des soins.

Mme Josiane Costes. – Dans le Cantal, la création du GHT a redynamisé le petit hôpital de Mauriac en mutualisant les urgences avec celles d'Aurillac. Selon *La Montagne*, la population est satisfaite car des internes y assurent des consultations de médecine générale dans un territoire qui souffre de la désertification médicale. Dans notre territoire, le GHT donne de bons résultats.

Mme Laurence Cohen. – Les situations sont diverses et singulières. La mutualisation des services administratifs va dans le bon sens, mais on ne peut faire des GHT à marche forcée sans projet médical partagé. Or il y a à cet égard un déficit de concertation entre les élus, les équipes médicales et les patients. Certains établissements « pilotes » absorbent et condensent les moyens, dans une logique de compétitivité. C'est l'effet de la T2A. J'entends bien que le Gouvernement compte revenir dessus, mais pour l'heure, elle existe toujours ! Les directeurs d'hôpitaux sont très inquiets : dans certains territoires, il n'y a plus rien.

L'amendement n°319 n'est pas adopté.

M. le président. – Pour votre information, nous avons adopté huit amendements en une heure quinze. À ce rythme, nous en avons pour trente heures de séance, et devons siéger toute la nuit de vendredi à samedi. Vous avez les cartes en main...

Amendement n°469, présenté par le Gouvernement.

Alinéa 3, première phrase

1° Remplacer les mots :

peut être

par le mot :

est

2° Supprimer les mots :

, après accord des commissions médicales d'établissement des établissements parties au groupement

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Cet amendement rétablit le caractère systématique de la mise en place des commissions médicales de groupement, rendue facultative par la commission des affaires sociales qui revient ainsi à la situation actuelle.

Beaucoup d'énergie a été consacrée à améliorer les fonctions support et l'organisation administrative. Il est temps de remettre le projet médical au centre du GHT, avec une vision mutualisée dans le cadre de la commission médicale de groupement.

M. Alain Milon, rapporteur. – La commission a préféré accompagner les dynamiques locales sans imposer un schéma homogène. Les situations des GHT sont très hétérogènes, comme l'a montré le travail d'évaluation de la Mecss. Certains établissements parmi les plus périphériques ont vu effectivement leurs fonctions support siphonnées par un établissement plus important. Restons vigilants pour bien associer les établissements à l'acte II des GHT. Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Je précise que cette proposition a été largement débattue avec les parties prenantes. La Fédération hospitalière de France y est favorable, nous avons eu sept réunions de travail avec 40 participants. Je ne comprends pas que l'on soit en deçà de la main. Ne perdons pas un temps précieux dans la mise en œuvre des projets médicaux partagés.

L'amendement n°469 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°235 rectifié bis, présenté par MM. A. Marc, Chasseing et Luche, Mme Mélot et MM. Lagourgue, Guerriau et Decool.

Alinéa 3, dernière phrase

Remplacer les mots :

contribue notamment à l'élaboration de

par les mots :

élabore avec le concours des établissements membres du groupement

Mme Colette Mélot. – La politique médicale de qualité et de sécurité des soins doit être élaborée par la commission médicale du groupement avec le concours des établissements, et non l'inverse. Chaque établissement doit avancer à son rythme, sans contrainte. La réussite des GHT entraînera des adhésions au fil de l'eau.

M. Alain Milon, rapporteur. – La rédaction du texte est préférable, qui reprend l'article L. 6144-1 du code de la santé publique. Nous ne souhaitons pas déposséder les CME de leurs prérogatives. Retrait ou avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Avis défavorable.

L'amendement n°235 rectifié bis est retiré.

M. le président. – Amendement n°670 rectifié bis, présenté par Mme Micouleau, M. Charon, Mme Bruguière, M. Bonhomme, Mmes Deromedi et Gruny, MM. Guerriau, Karoutchi et Laménie, Mme Lamure et MM. Savary, Sido et Sol.

Alinéa 4, première phrase

1° Après le mot :

maïeutiques

insérer les mots :

et des psychologues

2° Supprimer les mots :

, parmi les membres des commissions médicales d'établissement des établissements parties au groupement

Mme Pascale Gruny. – Les psychologues ne sont représentés dans aucune des instances des personnels des hôpitaux publics, ni *a fortiori* des GHT. Cet amendement les associe à la composition des commissions médicales des GHT.

M. le président. – Amendement n°470, présenté par le Gouvernement.

Alinéa 4, première phrase

Supprimer les mots :

, parmi les membres des commissions médicales d'établissement des établissements parties au groupement

Mme Agnès Buzyn, ministre. – La rédaction de la commission des affaires sociales définit les modalités de désignation des membres des commissions médicales de groupement, en prévoyant qu'ils sont issus des CME.

Il est inopportun à ce stade d'apporter cette précision dans la loi, faute de consensus ; la concertation est en cours pour définir un modèle cible de gouvernance. Je fais le pari de la confiance aux acteurs.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable à l'amendement n°670 rectifié bis. Par définition, les psychologues ne sont pas une profession médicale, ils n'ont pas leur place dans les commissions médicales d'établissement ou de groupement.

La commission a tenu à préciser le lien entre la commission médicale de groupement et les CME pour ne pas en faire des instances hors sol et préserver

l'attractivité des CME. Avis défavorable à l'amendement n°470.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Avis défavorable à l'amendement n°670 rectifié *bis*.

L'amendement n°670 rectifié bis est retiré.

L'amendement n°470 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°531 rectifié, présenté par MM. P. Joly, Lozach et Delcros, Mme Jasmin, MM. Manable et Tourenne, Mme Monier, MM. Mazuir et Vallini et Mmes Grelet-Certenais, Perol-Dumont, Artigalas et Harribey.

Alinéa 4, première phrase

Compléter cette phrase par les mots :

, de l'hôpital et de la médecine de ville

M. Bernard Delcros. – Cet amendement intègre la médecine de ville dans les commissions médicales de groupement, pour une meilleure coordination.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Avis défavorable.

L'amendement n°531 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°196 rectifié, présenté par Mmes Delmont-Koropoulis et Bonfanti-Dossat, M. Brisson, Mmes Deromedi et Gruny et MM. Mandelli, Piednoir, Pointereau et Laménie.

Après l'alinéa 5

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° À la dernière phrase du II de l'article L. 6132-1, après le mot : « les », sont insérés les mots : « commissions médicales des » ;

Mme Annie Delmont-Koropoulis. – Nous confions l'élaboration du projet médical partagé du GHT aux CME du groupement. Ce n'est pas aux administrations mais bien aux équipes hospitalières d'élaborer ensemble un projet.

M. Alain Milon, rapporteur. – Le code de la santé publique désigne les établissements partie comme responsables de l'élaboration du projet médical partagé. Les CME y sont associés dans leur champ de compétence, l'alinéa 10 le précise explicitement. Retrait car satisfait.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

L'amendement n°196 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°398 rectifié, présenté par M. Piednoir, Mmes Deroche et Bruguière, M. Bonne, Mme Estrosi Sassone, M. Meurant, Mmes Delmont-Koropoulis et L. Darcos, M. Savin, Mme Deromedi, MM. Lefèvre et Mandelli, Mme Lamure et MM. Laménie, Revet, Bonhomme, Karoutchi et Gremillet.

Après l'alinéa 5

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Le III de l'article L. 6132-1 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Cette convention d'association définit notamment les modalités selon lesquelles les universités du territoire coopèrent avec les parties au groupement et le centre hospitalier universitaire, au titre des activités prévues au 4° du I de l'article L. 6132-3 et aux activités hospitalo-universitaires prévues au IV du même article L. 6132-3. » ;

Mme Annie Delmont-Koropoulis. – Cet amendement associe les universités dans les activités hospitalo-universitaires prévues dans le cadre de l'association entre le GHT et le CHU.

M. Alain Milon, rapporteur. – Tous les GHT doivent s'associer à un CHU au titre des activités hospitalo-universitaires. Cette précision semble utile. Avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Les dispositions en vigueur prévoient déjà une convention d'association entre GHT et CHU. Un modèle a été mis à disposition des GHT dès janvier 2017. Retrait ou avis défavorable, car satisfait.

L'amendement n°398 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°534 rectifié *bis*, présenté par MM. Decool, Chasseing, Bignon, Capus, Fouché, Guerriau, Lagourgue, Laufoaulu, Malhuret et A. Marc, Mme Mélot et MM. Menonville et Wattebled.

I. – Alinéa 7

Rédiger ainsi cet alinéa :

a) À la deuxième phrase, les mots : « les présidents des commissions médicales d'établissement et les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de l'ensemble des établissements parties au groupement » sont remplacés par les mots : « le président de la commission médicale du groupement, les présidents des commissions médicales d'établissement et les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de l'ensemble des établissements parties au groupement, deux représentants du comité territorial des élus locaux désignés dans des conditions fixées par décret » ;

II. – Alinéa 8

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Les représentants du comité territorial des élus ne sont pas rémunérés et aucun frais lié au fonctionnement du comité stratégique ne peut être pris en charge par une personne publique.

Mme Colette Mélot. – L'offre de soins doit être organisée en concertation avec les élus locaux, *via* leur participation au comité territorial des élus locaux, car les décisions concernant l'organisation hospitalière ont un impact sur la médecine de ville.

Les élus locaux, et notamment les maires, sont les plus fins connaisseurs de la situation et des besoins

du territoire : réservons-leur deux places au sein du comité stratégique du GHT.

M. le président. – Amendement n°684, présenté par M. J. Bigot et les membres du groupe socialiste et républicain.

Alinéa 7

Compléter cet alinéa par les mots :

deux représentants du conseil territorial des élus locaux désignés dans des conditions fixées par décret

Mme Angèle Préville. – Les questions liées à l'organisation de l'offre de soins dans les territoires ne peuvent se traiter sans les élus, or le comité territorial des élus locaux n'est qu'une instance consultative à l'influence limitée.

La qualité des soins à l'hôpital doit rester le premier critère. Mais toute décision a des impacts sur l'emploi et le transport, par exemple.

Les élus locaux, qui s'investissent considérablement, sont les mieux placés pour faire part des besoins de leur territoire. Réservons deux places pour les maires au sein du conseil stratégique du GHT.

Vous allez nous dire qu'il s'agit d'un directoire opérationnel. Quelle place, alors pour les élus locaux dans la gouvernance rénovée que vous proposez ? *Quid* de la vision stratégique du GHT ?

M. Alain Milon, rapporteur. – Les amendements n°s 534 rectifié *bis* et 684 ajoutent deux représentants des élus au comité stratégique du GHT, alors qu'il existe par ailleurs un comité territorial des élus locaux. Élargissons plutôt les prérogatives de cette dernière instance afin de mieux associer les élus, sans superposer les deux structures. Retrait au profit de l'amendement n°663 rectifié.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

L'amendement n°534 rectifié bis est retiré, ainsi que l'amendement n°684.

M. le président. – Amendement n°663 rectifié, présenté par Mme Guillotin, MM. Arnell, Artano, A. Bertrand et Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Castelli, Collin et Corbisez, Mmes Costes et N. Delattre, MM. Gabouty, Gold, Guérini et Jeansannetas, Mme Jouve et MM. Requier, Roux et Vall.

Après l'alinéa 8

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Le d du 5° du II de l'article L. 6132-2 est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Il se prononce sur la stratégie du groupement hospitalier de territoire. Il donne notamment un avis sur le projet médical partagé, le projet de soins partagé ainsi que les conventions de partenariat et d'association entre le groupement hospitalier de territoire et des établissements non parties au groupement. » ;

Mme Véronique Guillotin. – Afin de l'associer plus étroitement à la stratégie de prise en charge du GHT, le comité territorial des élus locaux pourrait donner un avis sur le projet médical partagé, le projet de soins partagé et les conventions de partenariat et d'association entre le GHT et les autres établissements du territoire.

M. le président. – Amendement n°535 rectifié, présenté par MM. Decool, Chasseing, Bignon, Capus, Fouché, Guerriau, Lagourgue, Laufoaulu, Malhuret et A. Marc, Mme Mélot et MM. Menonville et Wattebled.

Après l'alinéa 8

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Le d du 5° du II de l'article L. 6132-2 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il est consulté sur la mise en œuvre du projet médical partagé. » ;

Mme Colette Mélot. – Cet amendement prévoit que le comité stratégique du GHT consulte le comité territorial des élus locaux dans le cadre de la mise en œuvre du projet médical partagé.

M. Alain Milon, rapporteur. – Ces amendements étendent de façon bienvenue les prérogatives du comité territorial des élus locaux. La rédaction de l'amendement n°663 rectifié est plus complète : retrait de l'amendement n°535 rectifié à son profit.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

L'amendement n°535 rectifié est retiré.

L'amendement n°663 rectifié est adopté.

M. le président. – Amendement n°321, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Alinéas 9 et 10

Supprimer ces alinéas.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Ces alinéas poursuivent le démantèlement du service public hospitalier, alors que 80 services d'urgences sont en grève pour demander plus de moyens en personnel et en matériel ; les urgentistes de Saint-Étienne viennent d'ailleurs de les rejoindre.

Le Gouvernement leur oppose la mutualisation dans les GHT. La situation catastrophique, la grande souffrance du personnel hospitalier attestent pourtant de l'échec des politiques de baisse drastique des dépenses.

Vous n'entendez pas le cri d'alarme des soignants et renforcez l'intégration des établissements de santé alors que nous ne disposons d'aucun bilan des GHT depuis leur création en 2016. Pire, vous voulez légiférer par ordonnances. Nous déplorons l'orientation de votre politique autant que la méthode choisie.

M. le président. – Amendement n°471, présenté par le Gouvernement.

Alinéa 9

Remplacer cet alinéa par deux alinéas ainsi rédigés :

3° Le I de l'article L. 6132-3 est complété par un 5° ainsi rédigé :

« 5° La gestion des ressources humaines médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques, en cohérence avec la stratégie médicale du groupement élaborée avec le concours de la commission médicale de groupement. »

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Cet amendement rétablit le caractère obligatoire de la mutualisation de la gestion des ressources humaines médicales dans le cadre des GHT. La commission des affaires sociales l'avait rendue facultative.

L'ambition politique initiale des GHT était d'optimiser la prise en charge des patients dans une logique de gradation des soins. Or de nombreux acteurs déplorent que les énergies aient été consacrées à l'optimisation des fonctions support ou de la gestion administrative.

L'article 10 vise à changer le centre de gravité des GHT, pour prioriser les organisations médicales et soignantes, en réponse aux attentes exprimées par les professionnels hospitaliers.

Actuellement, des établissements se font concurrence pour recruter des spécialistes, se livrant à une surenchère dans la rémunération. Les GHT favoriseront la mise en place d'équipes médicales de territoire grâce à une gestion unifiée ; ils augmenteront enfin la visibilité et les opportunités de déroulement de carrière pour les praticiens.

Le modèle cible de la gestion des ressources humaines médicales et l'articulation des compétences entre établissements est en cours de discussion avec les parties prenantes. Aucun des participants n'appelle à revenir à un simple droit d'option comme le propose votre commission.

Franchement, comment comprendre qu'un établissement publie un poste de praticien hospitalier contradictoire avec la stratégie médicale du GHT ou surenchérisse pour s'attacher un anesthésiste au détriment d'un hôpital périphérique ? Nous remédions à ces dysfonctionnements en rétablissant la rédaction initiale de l'article 10.

M. le président. – Amendement n°197 rectifié, présenté par Mmes Delmont-Koropoulis et Bonfanti-Dossaï, M. Brisson, Mmes Deromedi et Gruny et MM. Mandelli, Piednoir et Laménie.

Alinéa 9

Remplacer le mot :

cohérence

par le mot :

conformité

Mme Annie Delmont-Koropoulis. – Cet amendement renforce la prévention d'une dérive

bureaucratique déconnectée des réalités de la prise en charge médicale. Les décisions de gestion des ressources médicales doivent être conformes à la stratégie médicale du groupement et pas simplement cohérentes avec cette stratégie. Cette mention pourrait permettre au directeur d'établissement de s'abriter derrière une absence d'incohérence pour prendre des décisions, sans fondement médical.

M. Alain Milon, rapporteur. – La commission a rendu optimale la mutualisation des ressources humaines médicales pour s'adapter à la diversité des situations locales. Cela lève en partie vos inquiétudes : avis défavorable à l'amendement n°321.

J'entends les arguments de la ministre mais la commission a préféré privilégier le volontariat, compte tenu de l'hétérogénéité des GHT. Avis défavorable à l'amendement n°471.

Le terme de « conformité » est trop contraignant. Retrait ou avis défavorable à l'amendement n°197 rectifié.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Avis défavorable aux amendements n°321 et 197 rectifié.

L'amendement n°321 n'est pas adopté.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Dans l'Artois, les quatre établissements du GHT, Lens, Béthune, Hénin-Beaumont et La Bassée n'ont pas de services à échanger, pas de médecins à se voler : ils n'ont plus rien ! Mettre un pauvre avec un pauvre ne fait pas un riche, mais un plus pauvre encore. Dans nos hôpitaux, on ferme des services, on supprime des lits, les médecins démissionnent. À Lens, il risque de ne pas avoir d'urgences cet été. Que fait-on ?

L'amendement n°471 n'est pas adopté.

L'amendement n°197 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°403 rectifié, présenté par MM. Darnaud et Genest, Mme Bruguière, MM. D. Laurent, Charon et Courtial, Mmes Noël et Imbert, MM. Segouin, Pointereau, Bazin et Saury, Mme Lamure et MM. Bouchet, Dufaut et Magras.

Après l'alinéa 9

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° Le II de l'article L. 6132-3 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'établissement support du groupement hospitalier de territoire peut déléguer la gestion des pôles inter-établissements à un des établissements parties à la convention constitutive par voie d'avenant. Cette délégation est révocable selon des modalités prévues par la convention constitutive. » ;

Mme Corinne Imbert. – Mis sous tutelle avec la création des GHT, les centres hospitaliers non support s'inquiètent d'une perte d'autonomie et de la convergence annoncée des moyens vers les hôpitaux support.

Certains gèrent un équipement lourd ou une activité avec une prééminence certaine par rapport à l'établissement support. Cet amendement permet, par voie d'avenant et avec l'accord exprès de l'établissement support, de gérer par délégation un pôle inter-établissements afin de recentrer des moyens sur l'établissement qui a développé une expertise dans le domaine concerné.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cette proposition pourrait valoriser certains établissements partie à un GHT. L'amendement ouvre une possibilité. Sagesse.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – L'amendement est déjà satisfait : il est possible, pour un pôle inter-établissements, d'être porté par un établissement qui n'est pas l'établissement support. C'est le portage administratif et comptable qui relève forcément de l'établissement support, qui porte le budget du GHT. Avis défavorable.

L'amendement n°403 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°472, présenté par le Gouvernement.

Alinéa 14

Rétablir cet alinéa dans la rédaction suivante :

« 2° Élaborer un programme d'investissement et un plan global de financement pluriannuel uniques par dérogation aux 4° et 5° de l'article L. 6143-7 ;

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Il s'agit de rétablir le droit d'option permettant aux établissements membres d'un GHT volontaires de présenter un programme d'investissement. La commission a supprimé ce qui n'est qu'une possibilité, non une obligation.

La logique précédente faisait avancer tous les GHT au même rythme. Permettons aux GHT de présenter un programme de fonctionnement pluriannuel, sur la base du volontariat, pour s'adapter aux différents niveaux de maturité.

M. Alain Milon, rapporteur. – La commission a supprimé cette disposition pour souligner l'inadaptation des modes de financement de l'hôpital - c'était un amendement d'appel ! Nous évoquons déjà la question en 2012 dans le rapport de la Mecss sur la T2A que j'ai commis avec Jacky Le Menn et souhaitons poursuivre la réflexion.

Je n'ai pas pu déposer un amendement créant une banque des investissements en raison des règles de recevabilité financière. À l'instar de l'Éducation nationale, les établissements publics de santé pourraient ne pas payer leurs locaux. Cette enveloppe, qui obère le budget des établissements, serait alors sortie de l'Ondam. Avis favorable à l'amendement n°472.

L'amendement n°472 est adopté.

M. le président. – Amendement n°278, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Alinéas 16 à 26

Supprimer ces alinéas.

Mme Laurence Cohen. – Cet amendement de repli supprime l'habilitation visant la fusion des instances représentatives ou consultatives des établissements.

Le renforcement de la gouvernance médicale des GHT, même facultatif, est contraire à une démocratie sanitaire de proximité.

À l'alinéa 24, vous rendez possible la fusion des CHSCT. On étend les ordonnances Travail à la fonction publique hospitalière ! Vu la souffrance au travail à l'hôpital public, il serait aberrant de supprimer la seule instance où la question des conditions de travail est posée ! L'article 10 bis, introduit à l'Assemblée nationale, va dans notre sens. Il est incohérent de fusionner les CHSCT tout en maintenant une commission des usagers par établissement.

L'amendement n°631 rectifié n'est pas défendu.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

L'amendement n°278 n'est pas adopté.

L'article 10, modifié, est adopté.

M. le président. – En 45 minutes, nous avons examiné 19 amendements. Il y a un progrès. (*On s'en félicite.*)

La séance, suspendue à 18 h 15, reprend à 18 h 20.

La séance reprend à 18 h 20.

ARTICLES ADDITIONNELS

M. le président. – Amendement n°261 rectifié ter, présenté par MM. Bonne, Darnaud et Genest, Mme Ramond, MM. Vaspart, Pointereau, Morisset et Henno, Mme Sollogoub, MM. Houpert et Courtial, Mme Férat, M. D. Laurent, Mme Lamure, MM. Sido et Mandelli, Mmes Deroche et Bruguière, M. Brisson, Mme Vullien, MM. Bonnacarrère et J.M. Boyer, Mme Berthet, MM. Savary et Bascher, Mme Puissat, MM. Charon et Piednoir, Mmes Raimond-Pavero et Lassarade, MM. B. Fournier, Vogel, Moga, Bouloux, Mouiller et Cuypers, Mme Gruny, M. Chaize, Mmes Deromedi, M. Mercier et Vermeillet, M. Sol et Mme L. Darcos.

Après l'article 10

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le VII de l'article L. 6132-1 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :
« Les établissements ou services médico-sociaux publics peuvent être associés au projet médical partagé

des groupements hospitaliers de territoire auxquels ils ne sont pas partie. »

M. Bernard Bonne. – Le texte ne prévoit, pour les Ehpad publics, que la possibilité d'être partie au GHT ; cela est doublement dissuasif.

Les Ehpad sont réticents à intégrer une structure dominée par l'hôpital d'autant que cela peut les contraindre à renoncer à travailler avec le secteur économique local.

Les hôpitaux, de leur côté, ne sont pas forcément favorables à leur intégration car les Ehpad pourraient avoir une position dominante dans les instances du GHT en raison de leur nombre qui peut être potentiellement élevé.

Or il est essentiel que la réflexion des GHT sur les filières gériatriques soit partagée avec les Ehpad publics du territoire. C'est pourquoi il faut associer les Ehpad publics à l'élaboration du projet médical partagé du GHT sans qu'ils en soient nécessairement partie.

M. Alain Milon, rapporteur. – Les établissements ou services médico-sociaux publics peuvent être partie à un GHT mais cette possibilité est peu utilisée. M. Bonne, auteur d'un rapport sur les Ehpad, a cherché une solution plus souple, l'association, qui est intéressante. Avis favorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – N'alourdissons pas la loi. L'amendement est satisfait par la législation en vigueur. Par exemple, le GHT Psy Sud Paris coopère avec des établissements médico-sociaux.

L'amendement n°261 rectifié ter est adopté et devient un article additionnel.

L'article 10 bis A est adopté.

M. le président. – Amendement n°740 rectifié, présenté par M. Sueur et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

Après l'article 10 bis A

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet, dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport sur les conditions de travail des personnels travaillant au sein des services d'accueil et d'urgences.

M. Jean-Pierre Sueur. – Je ne vais pas vous apprendre la grande inquiétude des personnels des urgences. J'ai rencontré des infirmiers assurant l'accueil aux urgences, ils m'ont dit quelles étaient leurs conditions de travail effectives, elles sont très difficiles.

Les premiers à effectuer un bilan de la pathologie, ils voient la fréquentation des urgences augmenter dans des proportions qui, selon la Drees, ne se justifient pas par l'évolution de la démographie française, alors que le nombre de lits d'aval baisse. Cette tendance est renforcée par la demande sociale. Une part non négligeable des patients est en grande

précarité. Et la détresse sociale nécessite une prise en charge spécifique. À cela, il faut ajouter la recrudescence des violences, autant physiques que verbales, dont ils sont la cible.

Malgré tout cela, ils peinent à faire reconnaître la spécificité de leur travail. La circulaire du 22 juillet 1997 exclut les personnels d'accueil des urgences du décret du 5 février 1997, relatif à la nouvelle bonification indiciaire.

Nous demandons, c'est le moins que l'on puisse faire, un rapport sur leurs conditions de travail.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis mais je veux rassurer M. Sueur : j'ai fait des annonces devant le congrès des urgentistes.

M. Jean-Pierre Sueur. – Madame la ministre, vous pourriez faire bénéficier le Parlement de vos annonces. Vous renvoyez à néant notre amendement, cosigné par de nombreux sénateurs, alors que les conditions de travail aux urgences sont insupportables.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Je ne voulais pas abuser de votre temps... J'ai annoncé un plan de modernisation des urgences par les ARS, des financements en cas de situation exceptionnelle de tension, une homogénéisation de la prime individuelle de risque pour le personnel paramédical, une prime de coopération pour le personnel paramédical quand il s'inscrit dans les protocoles de coopération avec les médecins, de façon à dégager du temps médical et, enfin, j'ai annoncé une mission nationale confiée au Conseil national des urgences hospitalières et au député Thomas Mesnier

L'amendement n°740 rectifié n'est pas adopté.

ARTICLE 10 BIS

M. le président. – Amendement n°706, présenté par Mme Rossignol et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

.... – Le deuxième alinéa de l'article L. 1112-3 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « L'existence de cette commission et les moyens de la saisir sont mentionnés sur les documents d'accueil remis aux patients ou aux usagers de l'établissement. »

Mme Laurence Rossignol. – Les commissions d'usagers ne sont pas suffisamment connues et utilisées. C'était un amendement d'appel.

L'amendement n°706 est retiré.

L'article 10 bis est adopté.

ARTICLE 10 TER (Supprimé)

M. le président. – Amendement n°279, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Le cinquième alinéa de l'article L. 6143-5 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il est également composé d'un collège composé de parlementaires, le sénateur et le député dont la circonscription d'élection est le siège de l'établissement principal. »

Mme Michelle Gréaume. – Nous proposons de rétablir cet article, adopté par l'Assemblée nationale, et d'en modifier la rédaction afin de créer, au sein du conseil de surveillance du GHT, un collège composé de parlementaires ayant voix délibérative.

À l'Assemblée nationale a été relevé le flou entourant les décisions du GHT dont on sait le pouvoir grandissant sur l'offre territoriale de soins. Madame la ministre, vous avez renvoyé le règlement de ce problème à une ordonnance.

Les représentants qui siègent au comité territorial des élus locaux n'ont qu'une voix consultative. Compte tenu de leurs responsabilités, de leur investissement et de leur connaissance du territoire, ils méritent mieux.

L'amendement n°632 rectifié n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement n°467, présenté par le Gouvernement.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Après le huitième alinéa de l'article L. 6143-5 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le sénateur, désigné par le Sénat, et le député dont la circonscription d'élection est le siège de l'établissement principal peuvent participer au conseil de surveillance avec voix consultative. »

Mme Agnès Buzyn, ministre. – C'est dans le même esprit mais je préfère ma rédaction.

L'amendement n°279 est retiré.

M. Alain Milon, rapporteur. – L'amendement n°279 posait un problème de rédaction. Celui du Gouvernement rappelle notre débat sur le rôle des parlementaires depuis l'interdiction du cumul des mandats. Hors sol, ils veulent s'enraciner en intégrant diverses instances... Il y aura une parité entre député et sénateur mais la parité politique sera-t-elle respectée ? Avis défavorable.

L'amendement n°467 n'est pas adopté.

L'article 10 ter demeure supprimé.

ARTICLE 10 QUATER

M. le président. – Amendement n°804, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 2

Supprimer le mot :

et

L'amendement rédactionnel n°804, accepté par le Gouvernement, est adopté.

L'article 10 quater, modifié, est adopté.

ARTICLE 10 QUINQUIES

M. le président. – Amendement n°473, présenté par le Gouvernement.

Supprimer cet article.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Donner compétence au conseil de surveillance de l'hôpital pour délibérer sur les orientations stratégiques et financières pluriannuelles de l'établissement, c'est revenir sur la gouvernance des hôpitaux publics depuis plusieurs années et mettre en question les équilibres de la loi HPST. La responsabilité de la gestion financière et la politique d'investissement incombent au directoire.

Je souhaite que le conseil de surveillance joue pleinement son rôle. C'est pourquoi je souscris à l'ajout par la commission des affaires sociales à l'article 10 quater. Il est bon que le directeur communique à la présidence du conseil de surveillance les documents stratégiques et financiers nécessaires à l'accomplissement des missions du conseil.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cet article a été introduit à l'initiative de Bernard Jomier. Il reprend une préconisation du rapport Fourcade. Nous souhaitons son maintien. Avis défavorable.

L'amendement n°473 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°721 rectifié, présenté par M. Jomier et les membres du groupe socialiste et républicain.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Après le treizième alinéa du même article L. 6143-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les projets de constitution ou de participation à une des formes de coopération prévues aux chapitres II et IV du titre III du livre I^{er} de la présente partie. »

M. Bernard Jomier. – Pour renforcer le conseil de surveillance, nous proposons qu'il soit informé des projets de coopération territoriale. Cela est conforme à la logique du plan Santé 2022, sans modifier les compétences du directoire.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cette demande est satisfaite par la définition des prérogatives du conseil de surveillance. Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Avis défavorable.

L'amendement n°721 rectifié est retiré.

L'article 10 quinques est adopté.

ARTICLE ADDITIONNEL

M. le président. – Amendement n°156 rectifié *ter*, présenté par MM. Vaspart, Longeot, Bizet, Raison et Mandelli, Mme Morhet-Richaud, MM. Duplomb, Perrin, Pellevat, Nougéin, D. Laurent, del Picchia, Paul et Revet, Mmes Troendlé et Deromedi, M. Sol, Mmes Gruny et A.M. Bertrand, MM. Genest et Darnaud, Mmes Raimond-Pavero, Garriaud-Maylam et Chauvin, MM. Meurant, Brisson, Priou, B. Fournier, Rapin et J.M. Boyer, Mmes Lanfranchi Dorgal et Lamure et MM. Segouin et Gremillet.

Après l'article 10 *quinquies*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au dixième alinéa de l'article L. 6143-1 du code de la santé publique, les mots : « donne son avis » sont remplacés par les mots : « délibère également ».

M. Jean-François Longeot. – Le conseil de surveillance des établissements hospitaliers, créé par la loi HPST, est dépourvu de tout pouvoir d'action.

Confirmation en est donnée par le rapporteur du Sénat : « On peut douter que, telles que les définit le projet de loi, les compétences du conseil de surveillance lui permettent, de façon satisfaisante, d'influencer la stratégie de l'établissement ou de contrôler sa gestion ».

Avec cet amendement, il est proposé de redonner du pouvoir aux élus.

M. Alain Milon, rapporteur. – L'amendement renforce les prérogatives du conseil de surveillance mais sa portée est limitée : on remplace un avis par une délibération. Sagesse.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Vous substituez à un pouvoir consultatif un pouvoir de délibération. Le conseil de surveillance en dispose déjà sur les enjeux hautement stratégiques. Il possède également des prérogatives de contrôle important. L'article 10 *quater* complète ses compétences en prévoyant la communication de documents supplémentaires par le directeur de l'établissement. Ne remettons pas en cause les équilibres entre les instances. Avis défavorable.

L'amendement n°156 rectifié ter n'est pas adopté.

ARTICLE 11

M. Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales. – Je veux clarifier quelques éléments en amont de notre discussion sur la transition numérique du secteur de la santé. Je salue l'engagement et la détermination de la ministre : la feuille de route qui a été élaborée fin avril porte une solide ambition.

La création d'une plate-forme des données de santé ne présente pas les risques que certains

députés ont cru identifier. L'extension du périmètre des données versées au SNDS, la commission des affaires sociales y a ajouté les GIR, est un enjeu de santé publique. La loi Informatiques et libertés reste parfaitement opérationnelle.

En revanche, se pose la question du transfert de compétences, puisque la CNAM était jusqu'alors l'unique gestionnaire du SNDS. Je m'interroge également sur la suppression de la finalité de recherche et d'étude. Est-ce à dire que d'autres formes de traitement des données pourraient être envisagées ?

M. Dominique Théophile. – Cet article transfère les principales missions de l'Institut national des données de santé au GIP qui sera financé par un budget annuel de 40 millions d'euros, abondé pour moitié par l'État à hauteur de 80 millions d'euros sur quatre ans.

Le *Health Data Hub* fonctionnera comme un guichet unique et sécurisé pour les centres de recherche, les hôpitaux, les start-ups, les laboratoires. Cet écosystème fera de la France un pays leader dans ce domaine.

Se posent toutefois la question de la confidentialité des données et celle de l'optimisation des données pour les territoires d'outre-mer. Je pense au Zika, à la dengue et au chikungunya qui ont fortement touché La Réunion et les Antilles Françaises. Je veux saluer les chercheurs, neurologues, neurobiologistes et infectiologues qui s'associent pour mener des recherches sur ces maladies tropicales.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – L'article 11 démultiplie les usages des données de santé tout en garantissant leur haut niveau de protection. La prise en charge sanitaire des Français s'en trouvera améliorée, grâce à l'intelligence artificielle. Le SNDS est élargi aux données cliniques, des PMI et de la médecine scolaire pour créer la plateforme *Health Data Hub* en bon anglais. Certaines données seront appariées de manière automatique au SNDS, d'autres le seront de manière ponctuelle pour répondre à des besoins précis.

Cette configuration, qui allie agilité et sécurité, n'est pas compatible avec un gestionnaire unique, même si la CNAM conservera ses compétences sur le SNDS historique.

L'exigence d'une finalité précise est supprimée, ce qui suscite des inquiétudes, pour ne pas faire obstacle à la constitution de bases de données pérennes croisant données sanitaires, sociales ou environnementales. Cette exigence n'apportait pas de garanties supplémentaires par rapport aux finalités limitées du SNDS décrites dans la loi. La loi Informatique et libertés et le RGPD s'appliquent pleinement au dispositif. Le Conseil d'État a salué l'équilibre atteint par cet article qui ne méconnaît, selon lui, aucune exigence de valeur constitutionnelle ou conventionnelle.

M. le président. – Amendement n°322, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Supprimer cet article.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – La nouvelle plateforme doit restructurer une base de données de 1,2 milliard de feuilles de soins et d'environ 500 millions d'actes médicaux dispersés entre les hôpitaux, les cliniques et laboratoires de biologie médicale.

Nous craignons que cette base, financée par l'État, soit mise gratuitement à la disposition des géants du numérique. Microsoft, Thales et d'autres se sont déjà portés candidats pour héberger les données. On peut aussi redouter des cyberattaques ; plusieurs millions de dossiers médicaux ont été piratés aux États-Unis entre 2010 et 2017. Les criminels s'intéressent davantage à notre carte vitale qu'à notre carte bancaire ! Les risques sont trop importants, mieux vaut supprimer cet article.

L'amendement n°322, rejeté par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°33 rectifié bis, présenté par MM. Bonne et Henno, Mmes Malet, M. Mercier, Puissat et Bonfanti-Dossat, M. Bascher, Mmes Deroche, Deromedi, Bruguière et Estrosi Sassone, M. B. Fournier, Mme Chauvin, M. Hugonet, Mme Gruny, MM. Genest, Karoutchi, D. Laurent, Laménie, Lefèvre, Mandelli, Mayet, Morisset, Mouiller, Pellevat, Perrin, Raison, Savary, Saury, Vogel et Cuypers, Mme Imbert, MM. Bouloux, Charon, Sido et J.M. Boyer et Mme Lamure.

Au début de cet article

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... – Le premier alinéa du I de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ces conditions ne s'appliquent pas dans le cas où l'hébergement des données de santé à caractère personnel fait l'objet d'un transfert ou d'une convention conclue entre plusieurs personnes morales de droit public dont l'une assure la tutelle administrative et financière des autres. »

Mme Viviane Malet. – Les collectivités sont contraintes d'obtenir une certification à l'hébergement de données de santé lorsque cet hébergement est le fruit d'une convention constitutive ou d'un transfert décidé par délibération. Cela contrevient manifestement à l'esprit initial de la loi Touraine de janvier 2016 qui entendait réserver l'obligation de certification aux personnes morales de droit privé.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cet amendement apporte une clarification bienvenue entre la loi de 2016 et la déclinaison réglementaire qui en a été faite s'agissant des collectivités territoriales hébergeant des données de santé, notamment les MDPH pour les départements et les CCAS pour les communes. Cette

obligation de certification peut coûter jusqu'à 400 000 euros. Avis favorable

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Les règles de sécurité doivent s'appliquer à tous quand il s'agit de données de santé. Avis défavorable.

L'amendement n°33 rectifié bis est adopté.

M. le président. – Amendement n°468, présenté par le Gouvernement.

Alinéa 12

Compléter cet alinéa par les mots :

, lorsque ces données sont appariées avec les données mentionnées aux 1° à 6° du présent I

Mme Agnès Buzyn, ministre. – La commission des affaires sociales a associé les données du GIR, celles qui concernent le niveau de perte d'autonomie des personnes âgées, au SNDS. C'est pertinent pour travailler sur la dépendance mais certaines ne sont pas des données de santé. Je propose de limiter l'intégration de ces données au cas où elles sont appariées avec d'autres données du SNDS.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis très favorable !

L'amendement n°468 est adopté.

M. le président. – Amendement n°805, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 20

Remplacer la référence :

article 79

par la référence :

article 36

L'amendement rédactionnel n°805, accepté par le Gouvernement, est adopté.

M. le président. – Amendement n°806, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales.

I. – Alinéa 26

Après les mots et les signes :

et les mots : «

insérer les mots :

la procédure définie

II. – Alinéa 39

Supprimer cet alinéa.

L'amendement rédactionnel n°806, accepté par le Gouvernement, est adopté.

M. le président. – Amendement n°324, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Alinéa 48

Après les mots :
constitué entre
insérer les mots :

l'Assurance maladie,

Mme Laurence Cohen. – Selon *Le Monde*, dans un article du 23 janvier, nous ne disposons d'aucune donnée pour 78 % de la population. Les fichiers de l'assurance maladie, alimentés par les cartes Vitale, ne contiennent pas le diagnostic des patients, seulement le nom des médicaments à rembourser. Avec la plateforme, le recueil des données sera désormais plus large. Mais qui est propriétaire de ces données ? Les usagers ? L'État ? Certainement pas, ce sont les assurés. Pourquoi, dès lors, exclure l'assurance maladie du pilotage de la plateforme quand c'est elle qui collecte les données ?

M. Alain Milon, rapporteur. – Cet amendement pose plusieurs problèmes. Évoque-t-il la CNAM ou le réseau des CPAM ? La CNAM n'assure pas la collecte des données de santé mais gère l'entrepôt. Le projet de loi lui retire d'ailleurs cette compétence. Ne mettons pas la CNAM en situation de juge et partie. Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Avis défavorable. Le GIP dispose d'une gouvernance très large et représentative : État, patients, producteurs de données, comme les hôpitaux publics et la CNAM, et utilisateurs des données comme les équipes de recherche.

Mme Laurence Cohen. – Compte tenu des explications fournies, je n'insiste pas.

L'amendement n°324 est retiré.

M. le président. – Amendement n°219 rectifié *bis*, présenté par Mmes Berthet et Lassarade, MM. Meurant et Sol, Mmes Bonfanti-Dossat et Bruguière, M. B. Fournier, Mmes Garriaud-Maylam et Gruny, M. Mandelli, Mme Noël, M. Pellevat, Mme Puissat, MM. J.M. Boyer et Bonhomme, Mme Deroche, MM. Duplomb et Laménie, Mme Lamure et M. Sido.

Alinéa 48

Après les mots :
système de santé,
insérer les mots :

des représentants des professionnels de santé,

Mme Martine Berthet. – La représentation des professionnels de santé était assurée au sein de l'Institut national des données de santé. Il faut en faire de même pour le GIP.

M. le président. – Amendement identique n°649 rectifié, présenté par Mme Guillotin, MM. Arnell, Artano, A. Bertrand et Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Castelli, Collin et Corbisez, Mme N. Delattre,

MM. Gabouty et Guérini, Mme Jouve et MM. Requier et Vall.

M. Jean-Claude Requier. – Les professionnels de santé sont les premiers producteurs de données de santé, il faut prévoir explicitement leur présence au sein du GIP.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis favorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Le GIP intègre déjà tous les producteurs de données de santé. Évitions de trop détailler au risque de créer des guerres de représentation Avis défavorable.

M. Alain Milon, rapporteur. – Effectivement, je me rallie à l'avis défavorable de Mme la ministre.

L'amendement n°649 rectifié est retiré, de même que l'amendement n°219 rectifié bis.

M. le président. – Amendement n°280, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Alinéa 48

Supprimer les mots :
et privés

Mme Laurence Cohen. – C'est un amendement de repli. Le terme « d'utilisateurs privés » nous inquiète. Les données de santé sont, par définition, sensibles. Nous souhaitons une maîtrise publique.

M. le président. – Amendement n°323, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Alinéa 48

Après le mot :
privés

insérer les mots :

à des fins non commerciales

Mme Michelle Gréaume. – La refonte de la collecte des données de santé est ambitieuse mais elle suscite des inquiétudes. Il ne faudrait pas qu'elle conduise à des fuites de données ou à leur utilisation lucrative. Or le dossier spécial santé d'*Alternatives économiques*, du 7 novembre 2018, l'indique bien, la multiplication des détenteurs de données augmente le risque de dispersion par inadvertance ou par manœuvre crapuleuse. Il ne se passe pas un jour sans que l'on entende parler d'une faille de sécurité. Ces données sensibles ne doivent pouvoir être utilisées que pour un motif d'intérêt public.

La protection des patients et des données de santé ne fait pas l'objet d'un clivage politique, apportons une garantie législative.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable à l'amendement n°280 : la qualité de GIP est une garantie du primat de la puissance publique.

Quant à l'amendement n°323, là encore, il y a des garanties : la nécessaire conformité aux référentiels de la CNIL, le critère d'intérêt public. Rejet.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Mêmes avis.

L'amendement n°280 n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°323.

M. le président. – Amendement n°399 rectifié, présenté par M. Piednoir, Mmes Deroche et Bruguière, M. Bonne, Mme Estrosi Sassone, M. Meurant, Mme L. Darcos, MM. Savin, Perrin et Raison, Mme Deromedi, MM. Lefèvre et Mandelli, Mme Lamure et MM. Laménie, Revet, Bonhomme, Karoutchi et Gremillet.

Alinéa 48

Après le mot :

compris

insérer les mots :

les établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel et

M. Marc Laménie. – Cet amendement associe les universités au GIP dénommé Plateforme des données de santé. Pour promouvoir l'innovation et la recherche, il faut associer l'ensemble des forces de recherche.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cet amendement est satisfait par le texte. Retrait ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

L'amendement n°399 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°563, présenté par MM. Théophile et Amiel, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung.

I. – Alinéas 53, 72, 73 et 77

Remplacer le mot :

éthique

par les mots :

d'intérêt public

II. – Alinéa 78, première phrase

Supprimer le mot :

, éthiques

M. Dominique Théophile. – Le « Comité éthique et scientifique pour les recherches, les études, et les évaluations dans le domaine de la santé » doit être renommé en cohérence avec les missions qui lui sont assignées.

M. Alain Milon, rapporteur. – La suppression du terme « éthique » ne me semble pas opportune. Il faut garantir la sécurité de certaines extractions de

données, même si elles n'ont pas toutes trait à la personne humaine. Retrait ou avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Avis favorable.

L'amendement n°563 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°124 rectifié *bis*, présenté par Mme Deroche, M. Piednoir, Mme L. Darcos, M. Brisson, Mme Micoulet, MM. Dallier, Sol, Vogel et Morisset, Mme Puissat, M. Panunzi, Mmes Gruny et Deromedi, M. Bazin, Mme Bruguière, M. Longuet, Mmes Imbert, Bonfanti-Dossat et Lassarade, MM. Paul, del Picchia, Revet et Savary, Mme M. Mercier, M. D. Laurent, Mmes Procaccia et Troendlé, M. Mouiller, Mme Garriaud-Maylam, M. Mandelli, Mme Chauvin, MM. Bonne et Pierre, Mme Delmont-Koropoulis, M. Genest, Mme Estrosi Sassone, M. Rapin, Mmes Berthet, A.M. Bertrand et Lamure et M. Laménie.

I. – Alinéa 56

Après les mots :

contribuer à

insérer les mots :

définir et

et après les mots :

standardisation pour

insérer les mots :

la production,

II. – Après l'alinéa 57

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° De conclure une ou plusieurs conventions nationales avec une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes ou de médecins spécialistes, visant à définir les modalités selon lesquelles les professionnels de santé représentés par ces organisations syndicales seront incités à produire et fournir au groupement d'intérêt public certaines données de santé en respectant les normes de standardisation établies par le groupement d'intérêt public.

Mme Catherine Procaccia. – Il s'agit de suivre l'utilisation de certaines thérapies innovantes.

L'amendement permet à la Plateforme des données de santé, en collaboration avec les acteurs adéquats, de participer à la définition des normes de standardisation et à leur compatibilité avec les normes européennes et internationales.

Il lui permet de conclure des conventions nationales avec les organismes pertinents afin d'inciter les professionnels de santé à produire et fournir ces données, par le biais des registres adéquats, et dans le respect des normes.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cet amendement attribue une nouvelle mission à la PDS. Cette précision nous a semblé judicieuse et compatible avec l'ambition affichée par le Gouvernement. À titre personnel, je n'y suis pas favorable.

Avis favorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – L'interopérabilité est un sujet majeur, mais elle ne doit pas faire partie de la mission de la PDS. Des amendements à l'article 12 vous permettront de travailler sur ce sujet. Avis défavorable car ce n'est pas du tout comme cela que l'on construit le système.

L'amendement n°124 rectifié bis est retiré.

M. le président. – Amendement n°650 rectifié, présenté par Mme Guillotin, MM. Arnell, Artano, A. Bertrand, Cabanel, Castelli et Corbisez, Mme N. Delattre, M. Gabouty, Mme Jouve et MM. Léonhardt, Requier et Vall.

Après l'alinéa 56

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les données de santé traitées par ce groupement d'intérêt public sont accessibles aux fédérations hospitalières de tout statut. »

M. Jean-Claude Requier. – La PDS fait entrer notre système de santé dans le XXI^e siècle.

L'*open data* est un politique nécessaire. La plateforme doit aussi ouvrir ces données aux fédérations hospitalières.

M. Alain Milon, rapporteur. – Un régime d'exception existe pour les acteurs liés à la puissance publique pour accéder aux données de santé. Évitions d'ouvrir une brèche importante dans la sécurité du SNDS. Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

L'amendement n°650 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°722 rectifié, présenté par Mme Grelet-Certenais et les membres du groupe socialiste et républicain.

Alinéas 68 et 69

Supprimer ces alinéas.

Mme Nadine Grelet-Certenais. – L'article 11 élargit l'usage des données de santé. Un renforcement de leur protection est nécessaire. Nous sommes sensibles à l'analyse du CCNE publié récemment. Le risque de reproduction des données existe, sans que leur anonymisation ne constitue une garantie suffisante.

Évitions un traitement trop large de ces données.

M. le président. – Amendement identique n°780 rectifié *bis*, présenté par Mme Imbert, MM. Charon, Pointereau et Sol, Mmes Malet et Garriaud-Maylam, M. Morisset, Mmes Deromédi, Puissat, Deroche et

Richer, MM. D. Laurent et Savary, Mme Lassarade, M. Mouiller, Mme Gruny, M. Gremillet et Mme Morhet-Richaud.

Mme Corinne Imbert. – Il est défendu. Comme membre du CCNE, je suis très sensible à son avis.

M. Alain Milon, rapporteur. – Je comprends l'interrogation mais cela n'est pas conforme à la loi Informatique et Libertés. Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Avis défavorable. Il nous semble risqué d'échapper à la CNIL, mais les règles de sécurité demeurent. Il s'agit simplement, pour l'État, de pouvoir utiliser pleinement ces données sans en référer à chaque fois à la CNIL - par exemple en cas d'épidémie. Mais rien n'empêche les contrôles *a posteriori*.

L'amendement n°780 rectifié bis est retiré.

L'amendement n°722 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°723 rectifié, présenté par Mme Grelet-Certenais et les membres du groupe socialiste et républicain.

Alinéa 90

Remplacer cet alinéa par deux alinéas ainsi rédigés :

XIV. – Un décret institue un comité de suivi chargé d'évaluer l'application du présent article. Ce comité, composé à parité d'hommes et de femmes, comprend notamment deux députés et deux sénateurs, désignés par les commissions compétentes en matière d'affaires sociales de leurs assemblées respectives, un représentant de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, un représentant d'association d'utilisateurs du système de santé. Ses membres ne sont pas rémunérés et aucun frais lié au fonctionnement de ce comité ne peut être pris en charge par une personne publique.

Il transmet chaque année au Parlement un rapport sur ses travaux, qui donne lieu à un débat dans chaque assemblée.

Mme Nadine Grelet-Certenais. – Les modalités de création et de gestion de la plateforme des données de santé ne sont pas suffisamment encadrées par le projet de loi, qui fixe un cadre général afin que le Gouvernement avance progressivement sur ce dossier, sauf que notre cadre législatif ne permet pas un contrôle parlementaire continu sur un sujet aussi sensible et convoité commercialement que les données de santé.

C'est pourquoi nous souhaitons remplacer le rapport sur le bilan d'efficacité du nouveau GIP par un comité de suivi *ad hoc* composé notamment de parlementaires.

M. Alain Milon, rapporteur. – Les modifications apportées au SNDS ne justifient pas un tel dispositif. Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Le GIP remet un rapport d'activité annuel au Parlement. Il sera soumis au contrôle financier de l'État. Avis défavorable.

L'amendement n°723 rectifié n'est pas adopté.

L'article 11, modifié, est adopté.

ARTICLE ADDITIONNEL

M. le président. – Amendement n°448, présenté par M. Lurel.

Après l'article 11

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 1111-8 est complété par un paragraphe ainsi rédigé :

« ... – Nul ne peut solliciter d'une personne physique l'accès à ses données de santé à titre de contrepartie à la conclusion d'un contrat ou l'octroi d'un avantage. Le manquement à cette obligation est puni des sanctions prévues à l'article 226-21 du code pénal. » ;

2° Après l'article L. 1460-1, il est inséré un article L. 1460-... ainsi rédigé :

« Art. L. 1460-... – Les données de santé à caractère personnel recueillies à titre obligatoire et destinées aux services ou aux établissements publics de l'État ou des collectivités territoriales ou aux organismes de sécurité sociale ne peuvent faire l'objet d'un droit patrimonial. »

M. Victorin Lurel. – Comprenant l'inquiétude des collègues, je prends le problème autrement.

Le *Canard Enchaîné* a publié un numéro spécial sur la fin de la vie privée, dans lequel il est relaté que l'AP-HP elle-même vous demande d'acquiescer à la mise à disposition de vos données par un simple clic, alors que si vous vous y opposez, il faut renvoyer un formulaire par mail ! Mais des compagnies américaines peuvent les acheter. Évitions la patrimonialisation et la marchandisation des données de santé. La CNIL est insuffisante : son contrôle n'empêche pas la commercialisation des données à l'insu du patient.

M. le président. – Amendement n°707, présenté par Mme M. Filleul et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

Après l'article 11

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le premier alinéa de l'article L. 1460-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les données de santé à caractère personnel recueillies à titre obligatoire et destinées aux services ou aux établissements publics de l'État ou des collectivités territoriales ou aux organismes de sécurité sociale ne peuvent faire l'objet d'un droit patrimonial. »

Mme Nadine Grelet-Certenais. – Il est défendu.

M. Alain Milon, rapporteur. – L'utilisateur devient le gestionnaire unique de ses données de santé. L'utilisation de données par les assurances est déjà prohibée.

Aux termes de l'article 11, l'usage des données de la PDS est contrôlé par l'État. Avis défavorable aux deux amendements.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Ces amendements sont déjà satisfaits. On ne peut pas plus vendre ses données personnelles que ses organes. Avis défavorable. Cette interdiction figure au code de la santé publique.

M. Victorin Lurel. – Vous avez raison, le droit en vigueur satisfait mon amendement. Mais dans la pratique, cela ne se passe pas ainsi. J'invite le Gouvernement à être vigilant. Même l'AP-HP avait vendu des données ! Peut-être faut-il sécuriser davantage ? Pour accepter l'utilisation de ses données, un clic suffit, mais pour refuser, il faut un long mail, justifiant, en plus, un « motif légitime ». Mais je le retire.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Les hôpitaux ont des entrepôts de données de santé anonymisées. Avec votre amendement, les hôpitaux ne pourraient plus contractualiser avec des équipes de recherche qui financent la collecte des données. Il n'y a pas moyen de retrouver l'individu auxquelles les données sont rattachées.

Les amendements n°s 448 et 707 sont retirés.

M. le président. – Amendement n°91 rectifié, présenté par M. Savary, Mme A.M. Bertrand, MM. Bonne, Bouloux et J.M. Boyer, Mmes Bruguière, Canayer et Chain-Larché, M. Chaize, Mme Chauvin, MM. Cuypers et Danesi, Mme L. Darcos, M. Daubresse, Mme de Cidrac, M. de Legge, Mme Delmont-Koropoulis, M. del Picchia, Mmes Deroche, Deromedi, Di Folco et Estrosi Sassone, M. B. Fournier, Mme Garriaud-Maylam, MM. Genest et Gremillet, Mme Gruny, M. Guené, Mme Imbert, MM. Karoutchi, Kennel et Laménié, Mmes Lamure et Lassarade, MM. D. Laurent, Lefèvre et Longuet, Mme Malet, M. Mandelli, Mme M. Mercier, M. Meurant, Mme Morhet-Richaud, MM. Morisset, Mouiller, Perrin, Piednoir, Pierre, Pointereau et Poniatowski, Mmes Procaccia et Puissat, MM. Raison, Rapin, Revet, Saury et Sido, Mme Thomas et M. Vogel.

Après l'article 11

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À titre expérimental et pour une durée de trois ans, le ministre chargé de la santé peut instituer des zones d'expérimentation, à l'échelle d'un établissement de santé public participant au service public hospitalier ou d'un réseau de santé, afin de développer le recours à l'intelligence artificielle en matière de santé.

Les conditions de mise en œuvre du premier alinéa sont définies par voie réglementaire. Elles précisent

notamment les conditions d'évaluation des expérimentations en vue d'une éventuelle généralisation.

Au cours de la troisième année de l'expérimentation, le ministre chargé de la santé présente au Parlement un rapport d'évaluation des expérimentations menées au titre du présent article.

Mme Annie Delmont-Koropoulos. – Le rapport du Pôle interministériel de prospective et d'anticipation des mutations économiques (Pipame) recommande la création de zones d'expérimentation, accessibles à tous les acteurs innovants, notamment en intelligence artificielle.

Un cadre administratif standardisé sera défini par décret ; des investissements en infrastructures numériques - capteurs, réseaux, centres de données - permettront à l'ensemble des équipements de santé de fournir des données numériques sur leur usage, des mesures cliniques et biologiques ou des statuts de fonctionnement.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cette idée est apparue judicieuse à la commission. Avis favorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Avis défavorable. Le dispositif proposé n'explicite aucune dérogation aux règles en vigueur et ne simplifie donc rien. Il pourrait même apporter de la confusion.

L'amendement n°91 rectifié est adopté et devient un article additionnel.

ARTICLE 11 BIS A

M. le président. – Amendement n°325, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Alinéa 3

Rédiger ainsi cet alinéa :

« L'État ne peut exiger de l'agence de lui transmettre les données collectées. »

M. Pascal Savoldelli. – Certains fichiers de patients ont été détournés, comme on l'a vu lors des mobilisations des gilets jaunes. L'AP-HP a reconnu des dysfonctionnements. Nous cherchons donc à ce que des garanties empêchent un fichage à destination politique ou judiciaire. Ces faits ont suscité des émotions dans la communauté médicale.

Monsieur le président Milon, vous avez, avec le président Bas, demandé des explications au Gouvernement. Aussi, l'indépendance de la PDS vis-à-vis de l'État doit être garantie. Tel est l'objet de notre amendement.

M. Alain Milon, rapporteur. – Les données personnelles ne font pas l'objet d'un droit patrimonial. Le droit de l'État sur ces données n'en relève pas. La loi prévoit déjà l'exercice d'un accès dérogatoire par l'État - nécessaire en cas d'épidémie.

Retrait ou avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

L'amendement n°325 n'est pas adopté.

L'article 11 bis A est adopté, de même que l'article 11 bis.

ARTICLES ADDITIONNELS

M. le président. – Amendement n°708, présenté par Mme Taillé-Polian et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

Après l'article 11 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 111-7-2 du code de la consommation, il est inséré un article L. 111-7-... ainsi rédigé :

« Art. L. 111-7-... – Le référencement des professionnels de santé par des opérateurs de prises de rendez-vous médicaux en ligne, effectué sans leur consentement, en particulier en vue de rediriger le patient vers un professionnel bénéficiant de liens contractuels avec l'opérateur, est interdit pour tout opérateur de plateforme en ligne mentionné à l'article L. 111-7 mettant en relation des patients avec des professionnels de santé. »

Mme Nadine Grelet-Certenais. – Actuellement, 17 opérateurs privés se partagent le marché de la prise de rendez-vous médical en ligne, une pratique de plus en plus adoptée par les patients : Doctolib se dit le premier opérateur, devant une plateforme américaine et une plateforme indienne.

Pour éviter l'irruption de logiques marchandes, nous devons protéger les Français contre des dérives similaires à celles qui ont été observées dans le domaine hôtelier. Certaines plateformes proposent un professionnel similaire, faisant partie de leurs clients, lorsque les usagers recherchent un autre professionnel non référencé.

M. Alain Milon, rapporteur. – Qu'en pense le Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. – La régulation des plateformes en ligne est un sujet complexe à traiter au niveau européen et pour tous les secteurs. L'article L. 111-7-1 du code de la consommation prévoit que l'autorité administrative peut sanctionner les plateformes si elles ne respectent pas le RGPD. Attendons le règlement européen, plutôt que de prendre des dispositions franco-françaises. Retrait ou défavorable.

M. Alain Milon, rapporteur. – Je suis l'avis du Gouvernement.

L'amendement n°708 n'est pas adopté.

L'amendement n°226 n'est pas défendu.

ARTICLE 12 A

M. Alain Milon, rapporteur de la commission des affaires sociales. – Le déplacement du dossier médical partagé (DMP) progresse mais encore seule la moitié des CHU sont compatibles. La commission a souhaité forcer les éditeurs à l'interopérabilité, *via* une labellisation. Il ne faudrait pas revenir aux atermoiements du dossier médical partagé. Certains exemples étrangers sont inspirants. Ainsi, 99 % des patients estoniens disposent d'une carte d'identité numérique et d'un dossier médical partagé et les facturations se font par la voie électronique.

Nous ne pouvons plus tolérer notre retard alors que nous avons eu une idée prometteuse, le DMP, dès 2004.

M. le président. – Amendement n°807, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales.

Rédiger ainsi cet article :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 1110-4-1 est ainsi modifié :

a) La dernière phrase est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :

« Ces référentiels sont élaborés en concertation avec les représentants des professions de santé, d'associations d'usagers du système de santé agréées, des établissements de santé, des établissements et services des secteurs médico-social et social et des opérateurs publics et privés du développement et de l'édition des systèmes d'information et services et outils numériques en santé. Ils sont approuvés par arrêté du ministre chargé de la santé. » ;

b) Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les référentiels d'interopérabilité mentionnés au premier alinéa s'appuient sur des standards ouverts en vue de faciliter l'extraction, le partage et le traitement des données de santé dans le cadre de la coordination des parcours de soins, de l'amélioration de la qualité des soins et de l'efficacité du système de santé ou à des fins de recherche clinique, chaque fois que le recours à ces standards est jugé pertinent et possible par le groupement d'intérêt public mentionné à l'article L. 1111-24. » ;

2° Après le même article L. 1110-4-1, il est inséré un article L. 1110-4-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 1110-4-1-2. – I. – La conformité d'un système d'information ou service ou outil numérique en santé aux référentiels d'interopérabilité mentionnés à l'article L. 1110-4-1 est attestée dans le cadre d'une procédure d'évaluation et de certification définie par décret en Conseil d'État.

« II. – Est conditionnée à des engagements de mise en conformité aux référentiels d'interopérabilité dans les conditions prévues au I l'attribution de fonds publics dédiés au financement d'opérations de conception,

d'acquisition ou de renouvellement de systèmes d'information ou de services ou outils numériques en santé destinés à être utilisés ou mis en œuvre par :

« 1° Les professionnels de santé et les personnes exerçant sous leur autorité, les établissements et services de santé, le service de santé des armées et tout autre organisme participant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code ;

« 2° Les professionnels des secteurs médico-social et social et les établissements ou services des secteurs médico-social et social mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

« III. – Les conventions d'objectifs et de gestion mentionnées à l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens mentionnés à l'article L. 1435-3 du code de la santé publique et les contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins mentionnés à l'article L. 1435-4 du même code comprennent des engagements relatifs à l'acquisition ou à l'utilisation de systèmes d'information ou services ou outils numériques en santé dont la conformité aux référentiels d'interopérabilité mentionnés à l'article L. 1110-4-1 dudit code est attestée dans les conditions prévues au I du présent article.

« IV. – Des modalités complémentaires d'incitation à la mise en conformité des systèmes d'information et services ou outils numériques en santé aux référentiels d'interopérabilité mentionnés à l'article L. 1110-4-1 peuvent être prévues par décret en Conseil d'État.

« V. – Les II et III du présent article entrent en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2023. »

M. Alain Milon, rapporteur. – Il est défendu.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Merci, très sincèrement, à la commission des affaires sociales d'avoir affiné les dispositions de l'article 12 A.

C'est dans cette même optique que j'ai lancé une action en faveur de l'interopérabilité. Cet amendement va dans le même sens. Mais il semble nécessaire de le sous-amender, *via* le sous-amendement n°825 pour aligner le périmètre des articles L. 1110-4-1 et L. 1110-4-1-1 du code de la santé publique. Cela permet à la CNAM de rentrer dans le jeu.

M. le président. – Sous-amendement n°825 à l'amendement n°807 de M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales, présenté par le Gouvernement.

Amendement n°807

1° Alinéas 3 à 7

Remplacer ces alinéas par sept alinéas ainsi rédigés :

1° L'article L. 1110-4-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 1110-4-1. – Afin de garantir l'échange, le partage, la sécurité et la confidentialité des données de santé à caractère personnel, doivent être conformes aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité élaborés par le groupement d'intérêt public mentionné à l'article L. 1111-24, pour le traitement de ces données, leur conservation sur support informatique et leur transmission par voie électronique :

« 1° Les systèmes d'information ou services ou outils numériques destinés à être utilisés par les professionnels de santé et les personnes exerçant sous leur autorité, les établissements et services de santé, le service de santé des armées et tout organisme participant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code ;

« 2° Les systèmes d'information ou services ou outils numériques destinés à être utilisés par les professionnels des secteurs médico-social et social et les établissements ou services des secteurs médico-social et social mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

« 3° Les systèmes d'information ou services ou outils numériques mis en œuvre par les organismes d'assurance maladie, ayant pour finalité principale de contribuer directement à la prévention ou au suivi du parcours de soins des patients.

« Ces référentiels sont élaborés en concertation avec les représentants des professions de santé, d'associations d'usagers du système de santé agréées, des établissements de santé, des établissements et services des secteurs médico-social et social et des opérateurs publics et privés du développement et de l'édition des systèmes d'information et services et outils numériques en santé. Ils sont approuvés par arrêté du ministre chargé de la santé.

« Les référentiels d'interopérabilité mentionnés au premier alinéa du présent article s'appuient sur des standards ouverts en vue de faciliter l'extraction, le partage et le traitement des données de santé dans le cadre de la coordination des parcours de soins, de l'amélioration de la qualité des soins et de l'efficacité du système de santé ou à des fins de recherche clinique, chaque fois que le recours à ces standards est jugé pertinent et possible par le groupement d'intérêt public mentionné à l'article L. 1111-24. » ;

2° Alinéa 10

Remplacer les mots :

destinés à être utilisés ou mis en œuvre par :

par les mots :

mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 1110-4-1.

3° Alinéas 11 et 12

Supprimer ces alinéas.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis favorable au sous-amendement.

Le sous-amendement n°825 est adopté.

L'amendement n°807, sous-amendé, est adopté et l'article 12 A est ainsi rédigé.

M. le président. – Je tiens, nonobstant la liberté du président qui me succédera au plateau à la reprise, à dissiper certaines illusions : il est impossible de finir ce soir. Je serai prêt à reprendre demain à 9 h 30.

La séance est suspendue à 19 h 55.

PRÉSIDENCE DE M. PHILIPPE DALLIER,
VICE-PRÉSIDENT

La séance reprend à 21 h 30.

Mises au point au sujet de votes

Mme Christine Lavarde. – Sur les scrutins n°s133, 135, 138 et 139, Laurent Duplomb et Louis-Jean de Nicolaÿ souhaitaient voter contre.

M. le président. – Acte vous est donné de cette mise au point. Elle sera publiée au *Journal officiel* et figurera dans l'analyse politique du scrutin.

M. Claude Kern. – Sur le scrutin n°134, MM. Cazabonne, Détraigne, Dubois, Janssens, Kern, Louault et Mmes Goulet, Létard, Saint-Pé, Tetuanui et Vermeillet souhaitaient voter pour.

MM. Bockel, Capo-Canellas et Mmes Joissains et Morin-Desailly souhaitaient s'abstenir.

Enfin, MM. Cigoloti et Laurey, ainsi que Mme Dindar ne souhaitaient pas prendre part au vote.

M. le président. – Acte vous est donné de ces mises au point. Elles seront publiées au *Journal officiel* et figureront dans l'analyse politique du scrutin.

Discussion des articles (*Suite*)

ARTICLE 12

M. le président. – Amendement n°327, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

I. – Alinéa 4

Compléter cet alinéa par les mots :

, et facilitant l'accès à l'information sur les droits définis au titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie et sur les recours en cas de refus de soins définis à l'article L. 1110-3

II. – Après l'alinéa 15

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

« ...° Toute information lui permettant de faciliter son accès à la protection complémentaire ou au droit à l'aide

prévus aux articles L. 861-1 et L. 863-1 du code de la sécurité sociale, ou au droit à l'aide prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ;

« ...° Toute information lui permettant de faire valoir ses droits en cas de refus de soins définis à l'article L. 1110-3 du présent code, de saisir le conciliateur de l'assurance maladie conformément à l'article L. 162-15-4 du code de la sécurité sociale, de saisir le Défenseur des droits conformément au titre II de la loi organique n°2011-333 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des droits et d'introduire un contentieux général tel que défini aux articles L. 142-1 à L. 142-3 du code de la sécurité sociale ou un contentieux technique tel que défini aux articles L. 142-1 à L. 142-3 du même code ;

Mme Laurence Cohen. – Défendu.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

Mme Laurence Cohen. – Cet amendement élargit les informations disponibles sur l'espace numérique de santé (ENS) afin que les usagers puissent introduire des contentieux pour refus de soins, car ceux-ci se multiplient envers les étrangers. Ils doivent pouvoir contacter le Défenseur des droits.

L'amendement n°327 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°725, présenté par Mme Grelet-Certenais et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

Alinéa 6

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Art. L. 1111-13-1. – I. – L'espace numérique de santé est ouvert sous réserve du consentement de son titulaire ou de son représentant légal, après avoir été dûment informé des conditions de fonctionnement de l'espace numérique de santé, de ses responsabilités en tant que gestionnaire de ses données de santé dans un espace numérique et des modalités de sa clôture en application du 3° du IV.

Mme Nadine Grelet-Certenais. – Dans le mouvement de transformation du marché de la santé, on s'oriente vers un usager autonome, producteur de données. Vous souhaitez placer le patient au cœur du système numérique : son consentement libre et éclairé est indispensable. Nous nous opposons à l'automatisme de l'ouverture de l'ENS, pas suffisamment protectrice.

Le consentement est un pilier de la loi du 6 janvier 1978.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cela est contraire à la position de la commission des affaires sociales. Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Avis défavorable.

L'amendement n°725 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°574, présenté par MM. Théophile et Amiel, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung.

Alinéa 9, première phrase

Remplacer les mots :

, ou le représentant légal de celui-ci,

par les mots :

le représentant légal de celui-ci, ou un tiers de confiance nommément désigné par celui-ci,

M. Michel Amiel. – Cet amendement répond à l'impératif de confidentialité que doivent observer les praticiens pour leurs patients de plus de 15 ans.

Afin de coordonner l'usage de l'ENS avec le secret médical applicable à la personne mineure, il est nécessaire de permettre l'accès d'un tiers de confiance à l'espace numérique du mineur. Ce tiers sera habilité à être averti des soins administrés par le professionnel de santé sans que cela contrevienne à la disposition de l'article L. 1111-5 du code de la santé publique, qui mentionne les cas de santé sexuelle et reproductive ici visés.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cet amendement n'est pas nécessaire. En cas de refus des parents, le mineur doit se faire accompagner d'une personne majeure de son choix, mais il n'est pas nécessaire de prévoir qu'elle ait accès à l'ENS. En outre, le code civil dispose que le représentant légal demeure responsable de la santé du mineur jusqu'à ses 18 ans.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Nous avons beaucoup réfléchi à ce sujet, mais les parents doivent rester responsables de l'accès à l'ENS des mineurs - nous n'avons pas voulu modifier les contours de l'autorité parentale. Nous avons cependant transposé à l'ENS les dérogations existant pour les dossiers papier, afin de protéger les informations, notamment pour les jeunes filles mineures souhaitant une IVG.

Nous n'avons pas souhaité rendre la situation plus compliquée. Avis défavorable.

M. Michel Amiel. – Il peut y avoir des ambiguïtés entre code civil et code de la santé publique, mais je vous fais confiance.

L'amendement n°574 est retiré.

M. le président. – Amendement n°577, présenté par MM. Théophile et Amiel, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung.

Alinéa 14

Compléter cet alinéa par les mots :

, et facilitant l'accès à l'information sur les droits définis au titre 1^{er} du livre 1^{er} de la première partie du présent code et sur les recours en cas de refus de soins définis à l'article L. 1110-3

M. Michel Amiel. – Cet amendement élargit les informations disponibles sur l'espace numérique de santé afin que les usagers puissent avoir connaissance à la fois de leurs droits et des recours possibles en cas de refus de soins.

Toute personne doit pouvoir avoir recours à ses droits à l'assurance maladie et à une couverture complémentaire optimale.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cet amendement est satisfait : l'ENS comprend déjà ce type d'informations. Retrait ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

L'amendement n°577 est retiré.

M. le président. – Amendement n°326, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Alinéa 15

Après la seconde occurrence du mot :

soins

insérer les mots :

, les tarifs de soins

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Cet amendement élargit les informations disponibles sur l'ENS, notamment pour permettre de lutter contre le refus de soins.

M. Alain Milon, rapporteur. – Il est satisfait. L'ENS comprend ces informations. Retrait.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

L'amendement n°326 est retiré.

M. le président. – Amendement n°183 rectifié, présenté par MM. J. Bigot et Bérít-Débat, Mme Bonnefoy, M. Dagbert, Mme M. Filleul, MM. Houllégatte, Jacquin et Madrelle, Mmes Prévillat et Tocqueville, MM. Sueur, Montaugé, Vaugrenard, Todeschini et Marie, Mme Lepage, M. M. Bourquin, Mme G. Jourda, MM. P. Joly, Duran et Lurel, Mmes Artigalas et Conconne, MM. Manable et Tissot, Mme Taillé-Polian, MM. Courteau et Temal et Mme Monier.

Après l'alinéa 16

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Un outil permettant à l'assuré situé dans une zone définie en application du 1° de l'article L. 1434-4 de saisir le conciliateur de l'organisme gestionnaire, dans

les conditions fixées au premier alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale.

Mme Viviane Artigalas. – L'espace numérique de santé doit être un outil au service des citoyens et de leur droit à un égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Il doit donc intégrer une fonctionnalité permettant à l'assuré de saisir le conciliateur de l'organisme gestionnaire afin qu'un médecin traitant disponible puisse lui être proposé, comme le prévoit l'article 7 septies du projet de loi.

L'ENS doit constituer un véritable outil de santé, notamment dans les zones sous-denses, non une simple bibliothèque de données.

M. Alain Milon, rapporteur. – Satisfait. Retrait.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

L'amendement n°183 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°736, présenté par Mme Grelet-Certenais et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

Après l'alinéa 16

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Ses directives anticipées dans les conditions mentionnées à l'article L. 1111-11.

Mme Nadine Grelet-Certenais. – La loi Léonetti de 2016 prévoit que toute personne majeure peut faire valoir sa volonté pour la fin de vie. Ces directives anticipées sont opposables aux médecins, sauf exceptions. Fin 2017, 15 % de nos concitoyens seulement les avaient rédigées ; le chiffre augmente, mais le dispositif demeure encore méconnu, sans compter les barrières psychologiques qui empêchent de penser sa propre mort. C'est pourtant un dispositif essentiel pour la personne et ses proches. Nous proposons d'inclure les directives dans l'espace numérique de santé.

M. le président. – Amendement n°572, présenté par MM. Théophile et Amiel, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung.

Après l'alinéa 16

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Ses directives anticipées lorsque celles-ci sont inscrites au dossier médical partagé mentionné à l'article L. 1111-14 du présent code.

M. Dominique Théophile. – L'absence de directives anticipées peut avoir des conséquences dramatiques pour le patient et son entourage. Leur inscription dans l'espace numérique de santé serait utile. Le code prévoit qu'elles sont régulièrement rappelées à leur auteur par le médecin : si elles

figurent dans l'ENS, il sera plus facile de les rédiger ou de les actualiser.

M. Alain Milon, rapporteur. – Ces amendements sont satisfaits par le code de la santé publique. Les directives figurent au dossier médical partagé, élément de l'ENS. Retrait ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Effectivement. Même avis.

Les amendements n°s 736 et 808 sont retirés.

M. le président. – Amendement n°808, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 17, première phrase

Remplacer la deuxième occurrence du mot :

mentionnés

par le mot :

élaborés

L'amendement rédactionnel n°808, accepté par le Gouvernement, est adopté.

M. le président. – Amendement n°595, présenté par MM. Théophile et Amiel, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung.

I. – Alinéa 17, seconde phrase

Supprimer cette phrase.

II. – Alinéa 27, seconde phrase

Supprimer cette phrase.

III. – Après l'alinéa 28

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« La conception et la mise en œuvre de l'espace numérique de santé, ainsi que les référentiels, labels et normes mentionnés au III de l'article L. 1111-13-1, tiennent compte des difficultés rencontrées par certaines catégories de personnes pour l'accès à internet ou l'utilisation des outils informatiques et numériques. »

M. Dominique Théophile. – Cet amendement vise à ce que l'ENS prenne en compte, dans sa conception, les difficultés de certains de nos concitoyens pour y accéder. La lutte contre la fracture numérique est un objectif majeur du Gouvernement.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cette rédaction supprime l'exigence de mesures destinées, dans la conception, à éviter toute discrimination liée à l'origine géographique, au revenu ou au handicap. Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Avis favorable.

L'amendement n°595 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°809, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales.

I. – Après l'alinéa 17

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les services et outils numériques référencés ne peuvent accéder aux données de l'espace numérique de santé du titulaire qu'avec l'accord exprès de celui-ci, dûment informé des finalités et des modalités de cet accès lors de l'installation de ces services et outils et qu'à des fins de prévention, de diagnostic, de soins ou de suivi social et médico-social, pour une durée de conservation strictement proportionnée à ces finalités.

II. – Alinéa 24

Compléter cet alinéa par les mots :

, à l'exception des contrats relatifs aux services et outils numériques référencés en application du III du présent article.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cet amendement ouvre l'accès aux données de l'ENS, pour les services et outils numériques intervenant dans le parcours de soins.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Avis favorable.

M. le président. – Amendement n°754, présenté par Mme Grelet-Certenais et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

Alinéa 24

Rédiger ainsi cet alinéa :

« La communication de tout ou partie des données de l'espace numérique de santé ne peut être exigée du titulaire de cet espace lors de la conclusion d'un contrat relatif à une protection complémentaire en matière de couverture des frais de santé et à l'occasion de la conclusion de tout autre contrat exigeant l'évaluation de l'état de santé d'une des parties. L'accès à l'espace numérique de santé ne peut également être exigé ni préalablement à la conclusion d'un contrat, ni à aucun moment ou à aucune occasion de son application.

Mme Nadine Grelet-Certenais. – Il est défendu.

M. Alain Milon, rapporteur. – Défavorable.

L'amendement n°809 est adopté.

L'amendement n°754 n'a plus d'objet.

M. le président. – Amendement n°724 rectifié, présenté par Mme Rossignol et les membres du groupe socialiste et républicain.

Alinéa 25

1° Au début, insérer une phrase ainsi rédigée :

La personne mineure peut disposer, à partir de 15 ans, d'un accès personnel à l'espace numérique de santé ouvert à son nom.

2° Remplacer les mots :

Une personne mineure peut s'opposer à la saisie par les mots :

Le praticien est dans l'obligation de demander à la personne mineure son consentement à l'inscription

3° Compléter cet alinéa par les mots et une phrase ainsi rédigée :

en lui exposant l'utilité de l'espace numérique de santé et le droit d'accès du tuteur légal. Le refus du mineur entraîne la non-inscription des données de santé afférentes.

Mme Laurence Rossignol. – La commission a introduit un consentement du mineur à l'inscription de certaines données dans son ENS. Cependant la rédaction suppose qu'il connaisse son droit à refuser cette inscription. Dans notre amendement, le professionnel le lui indique explicitement.

L'amendement n°407 n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement n°109 rectifié *bis*, présenté par Mmes Lassarade, Deseyne et Micouleau, MM. Brisson, Vogel et Morisset, Mme Gruny, MM. Panunzi et Sol, Mmes Deromedi et Morhet-Richaud, M. Genest, Mmes Bruguière et Bonfanti-Dossat, MM. Mouiller et Rapin, Mmes Thomas et Chain-Larché, MM. Piednoir et Pellevat, Mmes Imbert et Deroche, M. Bouloux, Mme L. Darcos et MM. Laménie et Gremillet.

Après l'alinéa 25

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

« ... – La personne mineure peut disposer, à partir de l'âge de quinze ans, avec l'accord des titulaires de l'autorité parentale, d'un accès personnel à l'espace numérique de santé ouvert à son nom.

« Sont exclues de l'espace numérique de santé de la personne mineure les données de santé relatives à une prise en charge effectuée dans le cadre des articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1.

Mme Chantal Deseyne. – Défendu.

M. le président. – Amendement identique n°575, présenté par MM. Théophile et Amiel, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung.

M. Dominique Théophile. – Le mineur de 15 ans a un droit à la confidentialité, lorsqu'il ne souhaite pas que ses parents soient avertis des soins dont il a bénéficié. Nous prévoyons donc un accès personnel, avec l'accord des titulaires de l'autorité parentale.

M. Alain Milon, rapporteur. – Ces amendements traitent du droit des mineurs au regard de son ENS. La recherche de son consentement à l'accès aux données est déjà prévue par le code de la santé publique. Avec l'accord des parents, le mineur peut

accéder aux données de son ENS. Les amendements n°109 rectifié *bis* et 575 sont donc satisfaits.

En l'absence de l'accord des parents, il faudrait déroger à la loi de 1978.

Les amendements n°407 et 724 rectifié ne permettent pas aux parents d'exercer leur responsabilité, inscrite dans le code civil, concernant la santé de leur enfant mineur. Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

L'amendement n°724 rectifié n'est pas adopté.

Les amendements identiques n°109 rectifié bis et 575 sont retirés.

M. le président. – Amendement n°527 rectifié, présenté par M. P. Joly, Mme Jasmin, MM. Manable et Tourenne, Mme Monier, MM. Mazuir et Vallini et Mmes Grelet-Certenais, Harribey et Perol-Dumont.

Après l'alinéa 28

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° Après l'article L 1111-13-2, il est inséré un article L 1111-13-... ainsi rédigé :

« Art. L. 1111-13-.... – L'espace numérique de santé comprend une plateforme de mobilité sociale et solidaire. Elle permet au patient d'obtenir la liste des moyens de transports disponibles pour se déplacer vers le professionnel de santé le plus proche. »

Mme Nadine Grelet-Certenais. – Dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante, dès lors qu'un patient ne trouve pas de médecin, une plateforme sera mise à sa disposition pour obtenir les informations nécessaires à son déplacement dans une autre zone : tel est l'objet de cet amendement.

M. Alain Milon, rapporteur. – Des services seront développés et référencés dans l'espace numérique de santé. Cette précision n'a pas à figurer dans la loi. Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

L'amendement n°527 rectifié est retiré.

Mme Laurence Cohen. – Chacun pourra construire son parcours de santé en toute autonomie et liberté. C'est important. Mais de nombreux Français renoncent aux soins pour des raisons financières : ceux-là auront du mal à construire leur parcours !

Les conditions d'accès aux données des mineurs par les représentants légaux, l'ENS, les dispositions touchant le secret médical nous satisfont. Un amendement du député Pierre Dharréville a prévu que les données de l'ENS ne pourront être demandées lors de la conclusion d'un contrat de complémentaire santé : c'est une avancée, qui évitera la sélection par le risque.

L'article 12, modifié, est adopté.

ARTICLES ADDITIONNELS

M. le président. – Amendement n°573, présenté par MM. Théophile, Amiel, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent, MM. Richard, Yung et Lévrier et Mme Schillinger.

Après l'article 12

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le cinquième alinéa de l'article L. 1111-11 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Lorsque les directives anticipées sont inscrites au dossier médical partagé mentionné à l'article L. 1111-14, un rappel de leur existence est notifié à leur auteur au moyen de l'espace numérique de santé mentionné à l'article L. 1111-13. »

M. Dominique Théophile. – Cet amendement, en cohérence avec le précédent, concerne les directives anticipées : l'espace numérique de santé utile est un moyen simple de satisfaire aux obligations de l'article 1111-11 du code de la santé publique, par des notifications régulières rappelant à leur auteur les directives qu'il a rédigées.

M. Alain Milon, rapporteur. – L'objectif est partagé par la commission mais ces précisions n'ont pas leur place dans la loi, elles relèvent du cahier des charges du concepteur de l'ENS. Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

L'amendement n°573 est retiré.

L'article 12 bis est adopté.

M. le président. – Amendement n°34 rectifié bis, présenté par MM. Bonne et Henno, Mmes Malet, M. Mercier et Puissat, M. Bascher, Mme Bonfanti-Dossat, M. Brisson, Mmes Bruguière, Chauvin, L. Darcos et Deromedi, M. Détraigne, Mmes Deroche, Di Folco et Estrosi Sassone, MM. B. Fournier, Hugonet, Karoutchi et Laménie, Mme Lassarade, MM. Lefèvre, Genest et Mayet, Mme Morhet-Richaud, MM. Morisset, Mouiller, Moga, Pellevat, Perrin, Raison, Babary, Savary, Cuypers et Rapin, Mme A.M. Bertrand, MM. Longeot, Bouloux, Charon, Sido et J.M. Boyer, Mme Lamure et M. Gremillet.

Après l'article 12 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au troisième alinéa de l'article L. 1111-23 du code de la santé publique, après le mot : « invalides, » sont insérés les mots : « ou le pharmacien biologiste médical » et le mot : « , peut » est remplacé par le mot : « peuvent ».

Mme Viviane Malet. – Cette mesure, adoptée lors de l'examen du PLFSS 2018, avait été censurée par le Conseil constitutionnel qui l'avait considérée comme un cavalier social.

L'accès du pharmacien biologiste médical au dossier pharmaceutique lui serait extrêmement utile, car les traitements pris par les patients peuvent influencer les résultats des examens et avoir des conséquences sur son expertise médicale.

Les médecins biologistes comme les médecins des établissements de santé ont accès au dossier pharmaceutique, mais pas les pharmaciens biologistes des mêmes établissements...

M. le président. – Amendement identique n°164 rectifié bis, présenté par M. Dériot, Mme Imbert, MM. Milon, Gilles, Bonhomme, Revet et Mandelli et Mme Deseyne.

M. Gérard Dériot. – C'est le même.

M. Alain Milon, rapporteur. – Nous avons déjà adopté ces dispositions dans le PLFSS 2018. Le Gouvernement y était alors favorable. Le Conseil constitutionnel avait exercé sa censure, mais nous disposons aujourd'hui d'un bon véhicule législatif. Avis favorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Avis défavorable. Le dossier pharmaceutique est créé par les pharmaciens d'officine afin de surveiller d'éventuelles interférences de traitements. Mais si vous l'ouvrez aux pharmaciens biologistes, vous devez l'ouvrir aux médecins biologistes.

M. Gérard Dériot. – Certains l'ont.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Nous préférons attendre la future agrégation dans le DMP.

M. Gérard Dériot. – Je comprends...

Les amendements identiques n°34 rectifié bis et 164 rectifié bis sont adoptés et deviennent un article additionnel.

L'article 12 ter A est adopté, de même que l'article 12 ter.

ARTICLE 12 QUATER

M. le président. – Amendement n°726 rectifié, présenté par Mme Grelet-Certenais et les membres du groupe socialiste et républicain.

Supprimer cet article.

Mme Nadine Grelet-Certenais. – Il s'agit de maintenir la notion de consentement prévalant lors de l'ouverture d'un DMP.

M. Alain Milon, rapporteur. – Par cohérence, avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Avis défavorable.

L'amendement n°726 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°591, présenté par MM. Amiel et Théophile, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi,

Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung.

Après l'alinéa 2

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Au premier alinéa de l'article L. 1111-14, les mots : « peuvent disposer » sont remplacés par les mots : « disposent » ;

M. Michel Amiel. – Si nous ne généralisons pas le DMP, il y aura une médecine à deux vitesses. La personne pourra toujours s'opposer à la création de son dossier partagé.

L'amendement n°591, accepté par la commission et le Gouvernement, est adopté.

L'article 12 quater, modifié, est adopté.

ARTICLE 12 QUINQUIES

Mme Michelle Gréaume. – Notre groupe considère que l'article améliore la connaissance des maladies professionnelles. Selon le député Pierre Dharréville, entre 5 et 15 % des 300 000 nouveaux cancers diagnostiqués chaque année sont d'origine professionnelle, soit entre 15 000 et 45 000 cas par an. Or seulement 2 000 sont reconnus comme tels.

Pour bien couvrir l'ensemble de la population active, un suivi tout au long de la vie est nécessaire. Cela passe par le transfert d'informations entre médecin du travail et médecin de ville. Le secret médical reste protégé. Le DMP sera un bon outil pour éliminer les maladies professionnelles, s'il est ouvert aux professionnels de santé au travail

M. le président. – Amendement n°596, présenté par MM. Théophile et Amiel, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung.

Alinéa 7

1° Remplacer la référence :

L. 1111-16

par les références :

L. 1111-15, L. 1111-16

2° Remplacer les mots :

habilités des établissements de santé, sauf opposition

par les mots :

des hôpitaux des armées, après consentement

M. Dominique Théophile. – La rédaction actuelle exclut de l'accès au dossier les professionnels de santé du Service de santé des armées, car les hôpitaux des armées sont des services de l'État et n'ont pas le statut d'établissements de santé. Il faut y remédier.

M. Alain Milon, rapporteur. – Retrait sinon avis défavorable. L'amendement renverse la logique que nous soutenons.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Avis favorable.

L'amendement n°596 n'est pas adopté.

L'article 12 quinquies est adopté.

ARTICLE 12 SEXIES

M. le président. – Amendement n°213 rectifié *bis*, présenté par Mme Berthet, MM. Bonne, Sol, Mouiller et Pierre, Mme Puissat, M. Pellevat, Mme Noël, M. Mandelli, Mmes Gruny et Garriaud-Maylam, M. B. Fournier, Mmes Bonfanti-Dossat et Bruguière, MM. Segouin, J.M. Boyer, Duplomb et Bonhomme, Mme Deroche, M. Laménie, Mme Lamure et M. Sido.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - Après le premier alinéa de l'article L. 1111-15 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le titulaire bénéficie au sein de son dossier médical partagé d'un carnet de prévention permettant d'alerter les professionnels de santé habilités sur les risques de développement des maladies chroniques et d'entreprendre une prise en charge préventive et adaptée afin de réduire ces risques. »

Mme Martine Berthet. – Le DMP, tel qu'il est défini dans le code de la santé publique, a été créé afin de favoriser la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins. Cependant, aucun dispositif numérique de prévention n'y a été intégré, alors que le texte entend précisément renforcer ce volet dans la lignée des orientations de « Ma santé 2022 ».

Aussi, cet amendement intègre au sein du DMP de chaque patient un carnet de prévention électronique.

M. Alain Milon, rapporteur. – Le code de la santé publique le prévoit déjà et il sera inclus dans l'ENS.

Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

L'amendement n°213 rectifié bis est retiré.

L'article 12 sexies est adopté.

ARTICLE 13

Mme Laurence Cohen. – Le télésoin correspond à l'évolution de la science, mais nous craignons que la médecine virtuelle serve à pallier le manque de professionnels de santé. Sans le contact humain, sans la présence rassurante du professionnel, le patient sera laissé seul face à son écran.

La ministre a jugé il y a six mois qu'il était prématuré d'expérimenter la téléorthophonie. Et maintenant, pas moins de quatorze professions sont concernées ! Quels travaux ont fait si rapidement aboutir la réflexion ?

Un premier entretien en chair et en os est certes obligatoire. Mais puisque l'on manque de médecins, l'accès au télésoin en sera retardé de plusieurs mois, ce qui limite la portée de la mesure.

Nous nous abstenons sur cet article.

M. Dominique Théophile. – Cet article définit le télésoin, qui met en relation un patient avec un professionnel de la santé autre que médecin : téléorthophonie, téléorthoptie, prise en charge par l'infirmier des effets secondaires de la chimiothérapie. La vertu de ce dispositif est de réduire les délais et les déplacements. En outre-mer, la télémédecine représente l'avenir : avis rapide d'un médecin, coopération hospitalière, mise en relation des patients avec des spécialistes... Dans les 118 îles de la Polynésie française, ou dans les villages de la forêt guyanaise, cela sera fort bienvenu.

Il y existe cependant des freins à son déploiement : il faut posséder un ordinateur équipé d'une webcam, être habitué à internet, ce qui n'est pas toujours le cas des personnes âgées, et disposer d'une couverture réseau. Rappelons que les zones blanches sont souvent les mêmes que les déserts médicaux.

M. Yves Daudigny. – Le télésoin apportera des réponses complémentaires aux difficultés d'accès aux soins et libérera du temps médical. Prenons garde cependant à ce qu'il ne se substitue pas au parcours de soins, et ne conduise pas à une médecine à deux vitesses.

M. Marc Laménie. – Ancien membre de la commission des affaires sociales, je n'ai pas oublié la loi HPST. Notre société évolue, parfois trop vite. L'accès au numérique n'est pas simple, selon les départements. C'est le cas dans certains secteurs des Ardennes.

Je voterai cet article, faisant confiance aux collègues de la commission des affaires sociales, et à vous, madame la ministre. Les déserts médicaux sont un combat. Mais rien ne remplace la présence humaine, qui conseille et accompagne.

M. le président. – Amendement n°123 rectifié *bis*, présenté par Mme Deseyne, M. Savary, Mmes Lassarade et Micouleau, MM. Longuet et Danesi, Mmes Deromedi, Morhet-Richaud, Gruny et Puissat, MM. Morisset et Brisson, Mmes L. Darcos et Bruguière, MM. Lefèvre, del Picchia, Poniatowski et Cuypers, Mme Raimond-Pavero, MM. Mandelli, Bonne, Pierre et Henno, Mme Guidez, MM. B. Fournier, Rapin et Piednoir, Mmes Bonfanti-Dossat et Canayer, M. Charon, Mme Chain-Larché, M. Chaize, Mme Chauvin, M. Daubresse, Mme Deroche, M. de Legge, Mmes Di Folco, Estrosi Sassone et Garriaud-Maylam, M. Genest, Mme Imbert, MM. Karoutchi, Kennel et D. Laurent, Mmes Malet et M. Mercier, MM. Meurant, Mouiller et Perrin, Mme Procaccia, MM. Revet, Raison, Sol et Saury, Mme Thomas, MM. Vogel, Longeot, Bouloux et Guéné, Mme Lamure,

MM. Pointereau, Laménie, Sido et J.M. Boyer, Mme de Cidrac et M. Gremillet.

Après l'alinéa 5

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 6316-1, les mots : « à distance » sont remplacés par les mots : « exercée à distance sans condition de proximité entre le patient et le professionnel de santé ou entre professionnels de santé, situés sur le territoire national, et » ;

Mme Chantal Deseyne. – La télémédecine doit s'adresser à tous, sans condition de proximité. Le contact direct avec un professionnel de santé est évidemment préférable, mais la télémédecine peut être une solution, quand on peine à obtenir un rendez-vous, quand les urgences sont débordées. Veillons toutefois à éviter une double peine pour les zones sous-dotées : elles ne doivent pas pâtir à la fois d'un manque de médecins et d'un accès limité à la télémédecine. Les craintes de voir apparaître des plateformes étrangères ne sont pas fondées : pour être remboursée, la consultation doit être assurée par un médecin inscrit à l'ordre français des médecins.

M. le président. – Amendement identique n°382 rectifié *bis*, présenté par M. Delahaye, Mme Férat, MM. Bockel, Bonnecarrère, Laugier, Détraigne et Cazabonne, Mme Joissains, MM. Moga et Kern et Mme Billon.

M. Claude Kern. – Mon amendement a le même objet.

M. Alain Milon, rapporteur. – Sans un ancrage territorial, l'éclosion de plateformes nationales accroîtrait la distance entre patient et médecin, lequel deviendrait hors sol. Il est préférable que le médecin connaisse l'organisation territoriale de l'offre de soins. Retrait sinon avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Dans le PLFSS pour 2018, j'ai souhaité faire entrer la téléconsultation dans le droit commun. Elle doit s'inscrire dans le parcours de soins. Elle est un gain de temps, elle permet de rassurer, je pense aux Ehpad, quand les infirmières sont seules la nuit ; elle facilitera la vie des soignants et des usagers. Mais ce n'est pas un remède miracle qui se substituerait à la médecine de proximité. Nous voulons une médecine ancrée dans les territoires.

Une télémédecine avec des plateformes ouvertes aggraverait la distance entre professionnels et patients. Qui irait s'installer dans les territoires sous-dotés ? Il serait tellement plus simple de rester derrière son écran ! L'objectif est plutôt que les médecins ouvrent des créneaux de télémédecine. Les expérimentations en ce sens montrent que le service rendu est considérable.

Là où elle est expérimentée, la télémédecine rend bien des services. Tel ne serait pas le cas s'il s'agissait d'un médecin inconnu devant un écran.

Il y a 1 000 consultations par semaine, mais le chiffre augmente de façon exponentielle. Il n'y a pas eu d'expérimentation pour le télésoin, madame Cohen, certes, mais l'expérience de la télémedecine nous a montré combien cela pourrait être intéressant. Avis défavorable dès lors aux deux amendements.

Mme Chantal Deseyne. – Compte tenu du nombre de signataires de l'amendement, dont des médecins, je le maintiens.

L'amendement n°382 rectifié bis est retiré.

L'amendement n°123 rectifié bis n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°205 rectifié, présenté par Mmes Delmont-Koropoulis, Deromedi et Gruny et MM. Meurant, Piednoir, Bouloux, Laménie et Segouin.

Après l'alinéa 6

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° Après le deuxième alinéa de l'article L. 6316-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque la prise en charge d'une activité de télémedecine n'est pas assurée, dans les conditions de droit commun, elle doit être prévue dans les projets territoriaux de santé dans le ressort desquels elle est déployée. Cette mesure entre en vigueur au 1^{er} janvier 2020. » ;

Mme Annie Delmont-Koropoulis. – Depuis le décret du 13 septembre 2018 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités de télémedecine, ces activités sont dérégulées et leurs promoteurs peuvent proposer des services qui ne répondent pas à des besoins de santé identifiés et ne s'inscrivent pas dans la logique du parcours de soins promue par la convention médicale. Pourtant certaines initiatives portées par des assureurs complémentaires ou par d'autres peuvent présenter un réel intérêt, si elles sont articulées avec les besoins territoriaux qui ont fait l'objet d'un diagnostic territorial partagé.

Cet amendement cible les initiatives des plateformes de télémedecine vers les territoires où elles seraient le plus utiles.

M. Alain Milon, rapporteur. – Aux termes de l'avenant n°6 de la convention relative à la télémedecine, celle-ci doit être pratiquée dans le cadre d'équipes territoriales, communautés de professionnels de santé, équipes de soins primaires, maisons de santé pluridisciplinaires, ... Votre amendement, très judicieux, est donc satisfait.

Soyons vigilants. Certains demandent le remboursement de consultations via des plateformes commerciales. Retrait ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

L'amendement n°205 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°111 rectifié bis, présenté par Mmes Lassarade, Deseyne et Micouleau,

MM. Brisson, Vogel et Morisset, Mme Gruny, M. Panunzi, Mmes Deromedi, Morhet-Richaud et Bruguière, M. Genest, Mme Lopez, M. Mouiller, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Pellevat et Piednoir, Mmes Chain-Larché et Thomas, M. Rapin, Mme Deroche et MM. Bouloux, Poniowski, Laménie et Gremillet.

Alinéa 10, seconde phrase

Après le mot :

patient

insérer les mots :

hospitalisé ou non hospitalisé

Mme Chantal Deseyne. – Dans une logique d'égal accès aux soins, cet amendement vise à étendre le bénéfice du télésoin aux patients hospitalisés.

M. Alain Milon, rapporteur. – Le télésoin sera ouvert à tous les patients, quel que soit leur parcours de soins. Retrait ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

L'amendement n°111 rectifié bis est retiré.

M. le président. – Amendement n°214 rectifié ter, présenté par Mme Berthet, MM. Mouiller et Pellevat, Mmes Puissat et Noël, M. Mandelli, Mmes Gruny et Garriaud-Maylam, M. B. Fournier, Mmes Bonfanti-Dossat et Bruguière, MM. Bonhomme et J.M. Boyer, Mme Deroche, M. Duplomb, Mme Lamure et MM. Laménie, Sido et Gremillet.

I. – Alinéa 10, seconde phrase

Après les mots :

pharmaciens

insérer les mots :

exerçant dans une pharmacie d'officine ou une pharmacie à usage intérieur.

II. – Alinéa 19, dernière phrase

Après les mots :

d'un premier soin

insérer les mots :

, d'entretiens pharmaceutiques

Mme Martine Berthet. – La convention pharmaceutique permet aux pharmaciens d'officine de réaliser des bilans de médication mais également des entretiens pharmaceutiques pour le suivi des patients chroniques. Ces deux activités sont complémentaires et proposées à des populations différentes. Ils doivent donc pouvoir être à l'origine d'une seconde étape en télésoin - prise en charge.

Par ailleurs, il est essentiel que cette nouvelle activité de télésoin puisse être réalisée dans le cadre du parcours de soins du patient avec l'officine ou avec

l'hôpital qui lui dispense régulièrement les médicaments.

M. Alain Milon, rapporteur. – Le « I » de l'amendement est satisfait ; le « II » rejoint l'objectif de l'amendement n°11, dont la rédaction a semblé plus précise à la commission.

Retrait à son profit ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

L'amendement n°111 rectifié bis est retiré, de même que l'amendement n°214 rectifié ter.

M. le président. – Amendement n°184 rectifié, présenté par MM. J. Bigot et Bérit-Débat, Mme Bonnefoy, M. Dagbert, Mme M. Filleul, MM. Houllégatte, Jacquin et Madrelle, Mmes Prévile et Tocqueville, MM. Sueur, Montaugé, Vaugrenard, Todeschini et Marie, Mme Lepage, M. M. Bourquin, Mme G. Jourda, MM. P. Joly, Duran et Lurel, Mmes Conconne, Artigalas et Grelet-Certenais, MM. Manable et Tissot, Mme Taillé-Polian, MM. Kerrouche, Courteau et Temal et Mme Monier.

Alinéa 12

Compléter cet alinéa par les mots :

en tenant compte des inégalités territoriales d'accès aux réseaux de communications électroniques de très haut débit

Mme Viviane Artigalas. – La fracture numérique ne doit pas se superposer à la problématique des déserts médicaux. Les zones blanches cumulent les difficultés. La télémédecine est une promesse pour la ruralité mais elle ne peut être la seule réponse. Les Français ne sont pas dupes et redoutent une médecine à deux vitesses : présente pour les urbains, numérique pour les autres.

Le pouvoir réglementaire doit tenir compte des inégalités territoriales d'accès à Internet et au très haut débit.

M. le président. – Amendement n°427, présenté par M. Longeot, au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable.

Alinéa 12

Compléter cet alinéa par les mots :

en tenant compte des inégalités territoriales dans l'accès aux réseaux de communications électroniques à très haut débit

M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable. – Le numérique doit offrir une solution pour les territoires, non constituer un handicap supplémentaire. Veillons à ce que la fracture numérique ne se superpose pas aux déserts médicaux. Cet amendement, adopté à l'unanimité par notre commission, demande que l'on tienne compte des spécificités des territoires. Des solutions existent,

comme installer des cabines de télésanté dans les mairies.

M. Alain Milon, rapporteur. – Plusieurs solutions opérationnelles sont déjà prévues pour les personnes éloignées du haut débit, comme des dispositifs de médication numérique. Les travaux se poursuivent pour généraliser l'accès au haut débit et à la 4G d'ici 2020. Retrait ou avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

L'amendement n°184 rectifié est retiré.

L'amendement n°427 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°528 rectifié, présenté par M. P. Joly, Mme Jasmin, MM. Manable et Tourenne, Mme Monier, MM. Mazuir et Vallini et Mmes Grelet-Certenais et Artigalas.

Après l'alinéa 12

Insérer quatre alinéas ainsi rédigés :

...° Le chapitre VI est complété par une section ainsi rédigée :

« Section ...

« Médecine algorithmique

« Art. L. 6316-.... – Une étude est élaborée par le ministère de la santé et présentée au Parlement afin d'évaluer les risques sur les données personnelles des patients et les modalités d'utilisation des plateformes algorithmiques à titre expérimental, dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins déterminées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. »

Mme Nadine Grelet-Certenais. – Alors que le recours aux nouvelles technologies et à l'intelligence artificielle se développe dans le domaine de la santé, nous demandons une étude sur les conditions matérielles, les risques et l'encadrement des données de santé des utilisateurs par les plateformes algorithmiques.

M. Alain Milon, rapporteur. – L'amendement n°770 répondra de façon plus opérationnelle en prévoyant un encadrement par des règles de bonne pratique définies par la HAS et une démarche de certification. Retrait ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Avis défavorable.

L'amendement n°528 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°11 rectifié bis, présenté par Mme Doineau, MM. Vanlerenberghe et Henno, Mmes Dindar, C. Fournier et Guidez et M. Capo-Canellas.

Alinéa 19, dernière phrase

Après le mot :

médication

insérer les mots :

ou entretien d'accompagnement d'un patient atteint d'une pathologie chronique,

Mme Élisabeth Doineau. – Il a été défendu par Mme Berthet.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis favorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Avis favorable.

L'amendement n°11 rectifié bis est adopté.

L'article 13, modifié, est adopté.

ARTICLES ADDITIONNELS

M. le président. – Amendement n°737, présenté par Mme Grelet-Certenais et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

Après l'article 13

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 1110-13 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La médiation numérique est la mise en capacité de comprendre et de maîtriser les technologies numériques, leurs enjeux et leurs usages. Elle procède par un accompagnement qualifié et de proximité des individus et des groupes dans des situations de formation tout au long de la vie facilitant à la fois l'appropriation des techniques d'usage des outils numériques et la dissémination des connaissances ainsi acquises. » ;

2° Aux première et deuxième phrases du deuxième alinéa, après le mot : « sanitaire », est inséré le mot : « numérique ».

Mme Nadine Grelet-Certenais. – Cet amendement instaure un principe de médiation numérique en santé pour les usagers distants des nouvelles technologies, notamment en zone rurale.

Le Défenseur des droits pointe les difficultés fréquentes touchant 12 % des usagers, souvent jeunes, vulnérables, précaires et peu à l'aise avec les démarches administratives, surtout sur Internet. Ce public est aussi le plus susceptible d'abandonner les démarches, d'où des situations de non-recours aux droits.

Si le projet de loi déploie des outils numériques, comme l'espace numérique personnel, il n'aborde pas l'accompagnement des usagers du système de santé à l'utilisation du numérique.

M. le président. – Amendement n°526 rectifié bis, présenté par M. P. Joly, Mme Jasmin, MM. Manable et Tourenne, Mme Monier et MM. Mazuir et Vallini.

Après l'article 13

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 1110-13 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1110-13-... ainsi rédigé :

« Art. L. 1110-13-.... – La médiation numérique est la mise en capacité de comprendre et de maîtriser les technologies numériques, leurs enjeux et leurs usages. Elle procède d'un accompagnement qualifié et de proximité des individus soit, qui n'ont pas accès aux technologies, soit qui n'ont pas les capacités, soit dans un but d'améliorer l'efficacité et la protection du traitement de leurs données.

« À cette fin, un comité en charge de l'accompagnement est créé dans chaque département. Les membres de ce comité ne sont pas rémunérés et aucun frais lié au fonctionnement de ce comité ne peut être pris en charge par une personne publique. Les modalités de son financement et de sa composition sont prévues par décret en Conseil d'État. »

Mme Victoire Jasmin. – Il est défendu.

M. Alain Milon, rapporteur. – L'amendement n°737 est préférable à l'amendement n°526 rectifié bis car il fait le lien avec la médiation sanitaire.

Par ailleurs, on voit mal comment les comités départementaux instaurés par l'amendement n°526 pourraient se dispenser d'un financement public. Favorable à l'amendement n°737, défavorable à l'amendement n°526 rectifié bis.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Avis défavorable aux deux.

L'amendement n°737 est adopté et devient un article additionnel.

L'amendement n°526 rectifié bis n'a plus d'objet.

ARTICLE 13 BIS

M. le président. – Amendement n°750, présenté par Mme Jasmin et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

Supprimer cet article.

Mme Victoire Jasmin. – En Guadeloupe, la télémédecine est déjà utilisée à Marie Galante. La définition des conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière des actes de télémédecine doit impérativement tenir compte des spécificités des territoires, notamment dans l'accès au très haut débit. Il faut des aménagements spécifiques afin de permettre le déploiement de la télémédecine et du télésoin dans nos territoires qui sont des déserts médicaux.

Madame la ministre, la sécurité des données de santé est-elle garantie ou non ? Beaucoup d'Antillais viennent se faire soigner à Paris car nos territoires sont carencés, mais à Paris comme ailleurs les personnels sont en souffrance.

M. Alain Milon, rapporteur. – L'article 13 bis supprime une mention inopérante. Le recours à la télémédecine se conçoit dans le cadre d'une

organisation territoriale. En outre, les téléconsultations sont aussi utiles pour les personnes invalides, y compris en zone dense. L'avenant n°6 à la convention de télémédecine prend en compte l'éloignement de l'offre de soins. Retrait ou avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

L'amendement n°750 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°520 rectifié, présenté par Mme Jasmin, MM. Lurel, Fichet, Kerrouche et Antiste et Mme Conconne.

Rédiger ainsi cet article :

Au dernier alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, après les mots : « en tenant compte », sont insérés les mots : « en priorité ».

Mme Victoire Jasmin. – Amendement de repli. La définition des conditions de mise en œuvre et de prise en charge des activités de télémédecine doit tenir compte prioritairement des spécificités des territoires insulaires ou enclavés, notamment d'accès au très haut débit.

M. le président. – Amendement n°428, présenté par M. Longeot, au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable.

Rédiger ainsi cet article :

Au dernier alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, les mots : « déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique » sont remplacés par les mots : « inégalités territoriales dans l'accès aux soins, notamment dans les zones définies en application du 1° de l'article L. 1434-4, ainsi que des inégalités territoriales dans l'accès aux réseaux de communications électroniques à très haut débit ».

M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis. – Les spécificités des déserts médicaux doivent être prises en compte dans la prise en charge fine des actes de télémédecine - ce que ne fait pas l'avenant 6 de la convention médicale. Pour être remboursés, ceux-ci doivent s'inscrire dans le parcours de soins en lien avec le médecin traitant. Les dérogations sont limitées aux téléconsultations par des médecins volontaires pratiquant au sein d'une communauté professionnelle territoriale de santé. Or la couverture par les CPTS ne sera achevée qu'à l'été 2021. D'ici là, c'est la double peine pour les assurés résidant dans un désert médical : ni prise en charge présente, ni remboursement des téléconsultations ! Ne cumulons pas les handicaps.

M. le président. – Amendement n°186 rectifié, présenté par MM. J. Bigot et Bérít-Débat, Mme Bonnefoy, M. Dagbert, Mme M. Filleul, MM. Houllegatte, Jacquin et Madrelle, Mmes Prévile et Tocqueville, MM. Sueur, Montaugé, Vaugrenard, Todeschini et Marie, Mme Lepage, M. M. Bourquin, Mme G. Jourda, MM. P. Joly, Duran et Lurel, Mmes Artigalas, Conconne et Grelet-Certenais,

MM. Manable et Tissot, Mme Taillé-Polian, MM. Kerrouche, Courteau et Temal et Mme Monier.

Rédiger ainsi cet article :

Au dernier alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, les mots : « dues à l'insularité et l'enclavement géographique » sont remplacés par les mots : « , notamment dans les zones définies en application du 1° de l'article L. 1434-4, ainsi que des inégalités territoriales d'accès aux réseaux de communications électroniques de très haut débit ».

Mme Viviane Artigalas. – Il faut prendre en compte les inégalités territoriales préexistantes en matière d'aménagement numérique et garantir le remboursement de la téléconsultation sur l'ensemble du territoire. C'est une mesure de justice territoriale indispensable pour enrayer le sentiment d'abandon, dévastateur pour la démocratie.

M. le président. – Amendement identique n°381 rectifié, présenté par MM. Delahaye, Bockel, Henno, Bonnacarrère et Laugier, Mme Guidez, M. Cazabonne, Mme Joissains, MM. Moga et Kern et Mme Billon.

M. Claude Kern. – Défendu. Le numérique doit offrir une solution, non constituer un handicap supplémentaire pour les territoires.

M. Alain Milon, rapporteur. – Le recours à la télémédecine se conçoit dans le cadre d'une organisation territoriale. Les projets territoriaux qui l'envisagent prennent naturellement en compte les spécificités en termes d'accès aux soins.

La prévention de l'exclusion numérique est d'ores et déjà prise en compte sans qu'il soit indispensable de le rappeler dans la loi.

Avis défavorable à ces amendements, à défaut de retrait.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

L'amendement n°520 est retiré.

L'amendement n°428 n'est pas adopté, non plus que les amendements identiques n°s 186 rectifié et 381 rectifié.

L'article 13 bis est adopté.

ARTICLE 14

L'amendement n°237 rectifié bis n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement n°476 rectifié, présenté par le Gouvernement.

Après l'alinéa 3

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

.... – Après la remise au Parlement, au plus tard le 31 décembre 2019, d'un rapport détaillant les enjeux et les modalités d'une évaluation des logiciels destinés à fournir des informations utilisées à des fins diagnostiques et d'aide aux choix thérapeutiques, le

Gouvernement est autorisé, dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, à prendre par voie d'ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi relative à l'évaluation de ces logiciels.

L'ordonnance est prise dans un délai de six mois à compter de la remise au Parlement du rapport mentionné à l'alinéa précédent. Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de l'ordonnance.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Cet amendement prévoit un rapport d'expertise sur les méthodes d'évaluation *a priori* de la pertinence des logiciels d'aide à la décision et à la dispensation, destinés à guider les professionnels et les établissements.

M. Alain Milon, rapporteur. – Depuis une jurisprudence récente de la Cour de justice de l'Union européenne, ces logiciels ne font l'objet que d'une certification facultative. Cette évaluation sera donc utile pour éclairer les professionnels de santé et les établissements sur leur conformité avec les objectifs de sécurité sanitaire. Avis favorable.

L'amendement n°476 rectifié est adopté.

M. le président. – Amendement n°600, présenté par MM. Théophile et Amiel, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soillih, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung.

Alinéa 6

Rétablir le a dans la rédaction suivante :

a) Le I est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les arrêts de travail sont prescrits, sauf exception, de manière dématérialisée par l'intermédiaire d'un service mis à la disposition des professionnels de santé par les organismes d'assurance maladie. » ;

M. Dominique Théophile. – L'obligation de dématérialisation des arrêts de travail pour tous les prescripteurs est un gage de simplification et de traitement accéléré. L'amendement propose toutefois des exceptions à cette obligation pour pallier d'éventuelles difficultés matérielles rencontrées par les professionnels de santé. La mesure doit en outre être progressive afin de tenir compte de l'équipement des professionnels de santé.

M. le président. – Sous-amendement n°829 à l'amendement n°600 de M. Théophile, présenté par le Gouvernement.

Amendement n°600

Compléter cet amendement par un paragraphe ainsi rédigé :

II. – Alinéa 9, dernière phrase

Remplacer les mots :

la convention n'a

par les mots :

les conventions n'ont

et les mots :

avant le 30 juin 2019

par les mots :

dans les six mois suivant la publication de la présente loi

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Sous-amendement rédactionnel.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis favorable au sous-amendement et à l'amendement ainsi sous-amendé.

Le sous-amendement n°829 est adopté.

L'amendement n°600, sous-amendé, est adopté.

L'article 14, modifié, est adopté.

ARTICLE ADDITIONNEL

M. le président. – Amendement n°770 rectifié *ter*, présenté par Mme Deroche, M. Piednoir, Mme Deromedi, M. Panunzi, Mmes Micouveau, Di Folco et M. Mercier, MM. Bonne et Mouiller, Mme Imbert, M. Vaspart, Mmes Ramond, Lassarade et Bruguière, MM. Savary et B. Fournier, Mme Gruny, MM. Dériot et Brisson, Mmes L. Darcos et Berthet, MM. Morisset et Sido, Mme Lamure et MM. Laménie, Karoutchi, Genest, Darnaud et Paul.

Après l'article 14

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le III de l'article L. 161-38, il est inséré un III *bis* ainsi rédigé :

« III bis. – La Haute Autorité de santé élabore les règles de bonne pratique relatives à l'utilisation des technologies d'assistance à la prévention ou d'assistance diagnostique ou thérapeutique et des technologies prédictives dans le domaine médical afin de garantir la conformité de ces technologies à des exigences minimales en termes de sécurité, de pertinence et d'efficacité des pratiques médicales associées.

« La conformité aux règles de bonne pratique mentionnées à l'alinéa précédent d'une technologie d'assistance à la prévention ou d'assistance diagnostique ou thérapeutique ou d'une technologie prédictive dans le domaine médical, autre qu'un logiciel d'aide à la prescription médicale ou à la dispensation, peut faire l'objet d'une certification, à la demande de son fabricant ou de son exploitant, par des organismes certificateurs accrédités par le Comité français d'accréditation ou par l'organisme compétent d'un autre État membre de l'Union européenne, dans des conditions définies par

décret en Conseil d'État, pris après avis de la Haute Autorité de santé. » ;

2° Après le 21° de l'article L. 162-5, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Le cas échéant, les modalités d'attribution et de versement d'une aide à l'utilisation ou à l'acquisition d'une technologie d'assistance à la prévention ou d'assistance diagnostique ou thérapeutique ou d'une technologie prédictive dans le domaine médical, autre qu'un logiciel d'aide à la prescription médicale ou à la dispensation, certifiée suivant la procédure prévue au III *bis* de l'article L. 161-38 ; ».

Mme Corinne Imbert. – Le développement de l'intelligence artificielle et de la médecine prédictive offre de nouvelles possibilités en matière de prévention et de prise en charge, à condition de garantir la sécurité et la pertinence des pratiques médicales associées à leur utilisation. Il convient que la HAS précise les règles de bonne pratique encadrant l'usage de ces technologies, tant pour les fabricants que pour les professionnels de santé et les patients.

Cet amendement inclut dans les conventions nationales entre l'Uncam et les médecins, les modalités d'aide à l'utilisation ou à l'acquisition des technologies d'assistance certifiées conformes aux règles de bonne pratique.

M. Alain Milon, rapporteur. – Le recours à l'intelligence artificielle dans le domaine médical se développe sans cadre ni garantie de sécurité. Cet amendement va dans le bon sens. Avis favorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Retrait ou avis défavorable. Si je partage l'objectif, cet amendement est prématuré car la HAS ne dispose pas des éléments pour établir un tel référentiel, d'où l'amendement que je vous ai proposé. L'évaluation est une première étape vers la certification des logiciels.

Mme Corinne Imbert. – Saisissons l'occasion de l'inscrire dans la loi, en attendant le rapport de la HAS.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – L'amendement n°476 l'inscrit dans la loi.

L'amendement n°770 rectifié ter est adopté et devient un article additionnel.

ARTICLE 15

M. le président. – Amendement n°810, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 4

Après la référence :

L. 1441-6

rédigé ainsi la fin de cet alinéa :

est abrogé ;

L'amendement de coordination n°810, accepté par le Gouvernement, est adopté.

M. le président. – Amendement n°328, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Alinéa 8

Supprimer cet alinéa.

M. Pascal Savoldelli. – L'article 15 supprime l'expérimentation de l'obligation pour les grossistes répartiteurs de déclarer auprès d'un tiers leurs volumes d'exportations de médicaments hors de France. Il semblerait difficile de trouver ce tiers de confiance, mais pourquoi se priver d'un instrument permettant de contrôler l'approvisionnement ? Les pénuries de médicaments sont aussi liées aux abus de certains grossistes répartiteurs qui exportent les médicaments vers les pays où leurs prix sont plus élevés, comme les *short liners* qui n'ont pas de stocks et se concentrent sur les traitements permettant les plus grosses marges.

Sur les 290 grossistes répartiteurs agréés, une cinquantaine ne joueraient pas le jeu et ont fait l'objet d'amendes. L'intérêt supérieur des malades doit primer sur le droit des affaires et la libre concurrence.

M. Alain Milon, rapporteur. – Le Gouvernement peine à désigner un tiers de confiance pour collecter les données des entreprises. C'est dommage, il aurait été utile d'objectiver l'impact des exportations parallèles sur l'approvisionnement du marché français. C'était le sens des conclusions de la mission d'information du Sénat sur le sujet.

Nous attendons avec impatience les explications du Gouvernement.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Ce sujet préoccupant touche de nombreux Français. L'expérimentation que nous supprimons comportait deux volets : la déclaration par les grossistes répartiteurs des quantités de produits exportés et un complément de rémunération pour les laboratoires. Ce deuxième volet a été censuré car jugé contraire au droit européen. Dès lors, le premier volet n'a plus lieu d'être. Le tiers de confiance n'aurait récolté que des données rétrospectives.

La loi prévoit déjà que les grossistes répartiteurs ne peuvent vendre des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur hors du territoire national.

La prévention de pénurie est un sujet de santé publique. Nous travaillons avec l'ensemble des acteurs à un plan d'action concret et opérationnel qui sera annoncé avant l'été. Avis défavorable.

M. Alain Milon, rapporteur. – Défavorable donc.

M. Pascal Savoldelli. – Il faut être vigilant. Sans polémiquer, vous ne m'avez pas convaincu qu'il était impossible de trouver un tiers de confiance.

Sur 290 grossistes répartiteurs, 50 sont sanctionnés. Ne faut-il pas agir en amont ? Car la sanction ne règle pas la pénurie de médicaments. Certains professionnels jouent le marché pour le marché. Nous connaissons tous autour de nous des personnes qui ont été victimes de ces pénuries.

M. Yves Daudigny. – Les pénuries de médicaments sont un sujet grave pour les patients, mais aussi pour l'indépendance sanitaire de la France. Je n'ai pas la même lecture que celle du groupe CRCE sur les grossistes répartiteurs, qui se plaignent des quotas imposés par les producteurs, tandis que les producteurs se plaignent des reventes à l'étranger. Il ne faudrait pas que les *short-liners* ternissent l'image des grossistes répartiteurs qui assurent une mission essentielle en approvisionnant les officines dans des délais très courts, et qui souffrent de la concurrence de la vente directe par les laboratoires.

Il faut sanctionner les *short liners* qui ne font que vendre à l'étranger, pas les autres.

Mme Laurence Cohen. – C'est l'objet de l'amendement.

Mme Corinne Imbert. – Les ruptures d'approvisionnement sont insupportables. Madame la ministre, pourquoi n'avoir pas désigné comme tiers de confiance l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSA) ou le Comité économique des produits de santé (CEPS) ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. – L'État ne peut être lui-même tiers de confiance, or le CEPS dépend du ministère.

L'amendement n°328 n'est pas adopté.

L'article 15, modifié, est adopté.

ARTICLE 16

M. le président. – Amendement n°329, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Supprimer cet article.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Les établissements de santé privés habilités à assurer le service public hospitalier ont été autorisés par la loi du 26 janvier 2016 à maintenir des contrats conclus avec des professionnels libéraux pratiquant des dépassements d'honoraires, sous réserve d'une mise en conformité dans un délai de trois ans, soit le 26 janvier 2019.

L'article 16 proroge cette dérogation de trois ans : trois années supplémentaires de dépassements d'honoraires au détriment des patients. Seuls six établissements sont concernés. Le ministère de la Santé et les ARS auraient dû trouver une solution.

Dès 2013, la Cour des comptes dénonçait le contournement de l'interdiction des dépassements. Le ministère et l'assurance maladie doivent faire

respecter les textes ! Proroger des dérogations pour une poignée d'établissements envoie un mauvais message.

M. Alain Milon, rapporteur. – Il reste six établissements qui autorisent les dépassements d'honoraires pour les praticiens libéraux. Ce nombre ne justifie pas la demande de suppression. Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

L'amendement n°329 n'est pas adopté.

L'article 16 est adopté.

ARTICLES ADDITIONNELS

M. le président. – Amendement n°330, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Après l'article 16

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 162-1-8 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-1-8-... ainsi rédigé :

« Art. L. 162-1-8-... – La facturation d'honoraires supérieurs aux tarifs servant de base au calcul des prestations prévues à l'article L. 160-13 est interdite. »

Mme Laurence Cohen. – Dans son dernier rapport, la Cour des comptes a dénoncé les dépassements d'honoraires. Les tarifs des prothèses dentaires et de l'orthodontie, laissés libres, ont considérablement augmenté, avec des dépassements qui totalisent 4,8 milliards d'euros ! D'où un renoncement croissant aux soins pour raisons financières. Pas moins de 81 % des chirurgiens sont en secteur 2, 67 % des gynécologues, 57 % des ophtalmologistes, surtout en zone urbaine. Plus de la moitié de la population vit dans des départements où plus de la moitié des spécialistes sont conventionnés en secteur 2. Les inégalités géographiques se doublent d'inégalités financières. Nous proposons donc d'interdire les dépassements d'honoraires.

M. le président. – Amendement n°331, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Après l'article 16

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au 2° de l'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « le tact et la mesure » sont remplacés par les mots : « 30 % du tarif opposable ».

Mme Michelle Gréaume. – Cet amendement de repli limite les dépassements à 30 % du tarif opposable. Ils coûtaient 2,66 milliards en 2016, dont 2,47 pour les seuls spécialistes. Le taux moyen de dépassement est de 56 %. Cette pratique aggrave les inégalités d'accès aux soins et crée un système de santé à deux vitesses.

M. le président. – Amendement n°519, présenté par MM. Tissot et Antiste, Mme Artigalas, M. M. Bourquin, Mme Conconne, M. Duran, Mme Ghali, MM. P. Joly, Manable, Marie et Montaugé, Mme Taillé-Polian et MM. Tourenne, Vallini et Vaugrenard.

Après l'article 16

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le 10° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Les conditions dans lesquelles les dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées s'appliquent à l'ensemble des médecins autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires. Cet encadrement de dépassements d'honoraires est applicable à partir du 1^{er} janvier 2020 ;

Mme Viviane Artigalas. – Près d'un tiers des Français a des difficultés d'accès géographique aux spécialistes - pédiatres, gynécologues, ophtalmologistes notamment - et un quart aux généralistes. Huit sur dix n'ont pas de gynécologue ou d'ophtalmologiste en secteur 1 à moins de 45 mn de leur domicile.

De 2012 à 2016, le tarif moyen a progressé de 3,2 % chez les généralistes, de 3,5 % chez les ophtalmologistes, de 5 % chez les gynécologues, de 8 % chez les pédiatres.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis défavorable, pour les raisons déjà exposées lors de la loi HPST, de la loi Touraine et à chaque PLFSS !

Mme Agnès Buzyn, ministre. – La loi de 2016 a cherché à encadrer les dépassements d'honoraires *via* les dispositifs conventionnels. Avec l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam), le taux de dépassements d'honoraires est passé de 55 % en 2011 à 49 % en 2018. Mais le risque, en période de pénurie, c'est le déconventionnement. Nous avons moins de leviers d'encadrement qu'il y a quinze ans.

Les professionnels ont toutefois pris conscience de la difficulté de l'accès aux soins et signent plus volontiers des contrats. Les directeurs de caisses peuvent sanctionner les pratiques tarifaires excessives en suspendant le droit à dépassement ou en déconventionnant. Les mesures prises portent leurs fruits. Avis défavorable à ces amendements.

Mme Laurence Cohen. – J'apprécie les explications de Mme la ministre. Les positions peuvent évoluer, monsieur le rapporteur - heureusement !

Nous nous félicitons qu'une réflexion soit menée sur les dépassements d'honoraires, mais nous maintenons tout de même l'amendement. De plus en plus de Français renoncent aux soins pour des raisons financières. En l'absence de mesure forte sur le sujet, ce projet de loi est un rendez-vous manqué.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Je précise que 99 % des médecins généralistes qui s'installent le font en secteur 1. Et l'on peut toujours consulter un

spécialiste sans dépassement d'honoraire dans le secteur hospitalier. L'accès aux soins est préservé.

L'amendement n°330 n'est pas adopté, non plus que les amendements n°331 et 519.

L'article 17 est adopté.

ARTICLE 17 BIS (Supprimé)

M. le président. – Amendement n°624 rectifié, présenté par Mmes Rossignol et Lepage, M. P. Joly, Mme Jasmin, MM. Iacovelli et Daudigny, Mme Conconne, MM. Manable, Devinaz, M. Bourquin, Tourenne et Temal, Mmes Monier et Blondin, M. Mazuir, Mme Grelet-Certenais et M. Leconte.

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'amélioration de l'accompagnement au cours de la grossesse, qui examine notamment les modalités de systématisation de l'entretien prénatal prévu au dernier alinéa de l'article L. 2122-1 du code de la santé publique, la prévention des violences gynécologiques et obstétricales, la manière de garantir le droit à choisir les circonstances de la naissance.

Mme Laurence Rossignol. – Défendu.

M. Alain Milon, rapporteur. – La commission a supprimé une demande de rapport sur l'entretien prénatal précoce, superfétatoire. Retrait ou avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

Mme Laurence Rossignol. – Cette demande de rapport a été introduite à l'Assemblée nationale et supprimé par la commission. Je m'étonne donc de cet avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – À l'Assemblée, le rapport était sur l'accès à l'IVG.

L'amendement n°624 rectifié n'est pas adopté.

L'article 17 bis demeure supprimé.

L'article 17 ter est adopté.

ARTICLES ADDITIONNELS

M. le président. – Amendement n°625 rectifié, présenté par Mme Rossignol, M. Daudigny, Mmes Jasmin, Meunier et Lepage, MM. P. Joly et Iacovelli, Mme Conconne, MM. Manable, M. Bourquin, Temal et Duran, Mmes Monier et Blondin, M. Mazuir et Mme Grelet-Certenais.

Après l'article 17 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le deuxième alinéa de l'article L. 2212-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Elle ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la dixième semaine de grossesse, pour les seuls cas où elle est réalisée par voie chirurgicale, par une sage-femme. » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 2212-2, les mots : « , pour les seuls cas où elle est réalisée par voie médicamenteuse, » sont supprimés ;

3° L'article L. 4151-1 est ainsi modifié :

a) Au troisième alinéa, les mots : « ainsi que d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse » sont supprimés ;

b) Après le même troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les sages-femmes peuvent réaliser les interruptions volontaires de grossesse, dans les conditions fixées aux articles L. 2212-1 à L. 2212-11. »

Mme Laurence Rossignol. – En France, le droit à l'IVG n'est pas menacé, quelles que soient les menées de quelques groupuscules minoritaires. La Fondation pour l'innovation politique a mesuré l'opposition à l'IVG des différents pays : seuls 6 % des Français s'y opposent, ce qui fait de la France le premier pays d'adhésion à l'IVG, avec la Suède.

Mme Sophie Primas. – Merci de le dire !

Mme Laurence Rossignol. – Ce qui fragilise le droit à l'IVG, c'est l'accès aux soins, la baisse du nombre de praticiens, la fermeture de maternités de proximité et le désintérêt des médecins pour un acte qui n'est pas jugé noble.

Les sages-femmes sont habilitées à pratiquer des IVG médicamenteuses depuis 2016. L'Ordre des sages-femmes propose qu'elles puissent réaliser des IVG instrumentales en milieu hospitalier. Elles en ont les compétences, et cela réglerait bien des problèmes. Quelle est votre position, madame la ministre ? Je crains que nous n'ayons de sitôt un autre véhicule législatif adapté...

Mme Laurence Cohen. – Amendement n°348 rectificatif, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Après l'article 17 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Avant le dernier alinéa de l'article L. 4151-1 du code de la santé publique, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« À titre expérimental, pour une durée de trois ans, les sages-femmes peuvent réaliser des interruptions volontaires de grossesse instrumentales.

« Un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation et fait l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement. »

Mme Laurence Cohen. – Nous proposons pour notre part une expérimentation.

Le code de la santé publique garantit le libre choix entre IVG médicamenteuse et instrumentale, mais dans les faits, celle-ci est minoritaire, faute de praticiens. Pour rendre ce droit effectif, il faut former de nouveaux praticiens.

L'IVG n'étant pas un acte relevant des pathologies gynécologiques, elle est de fait de la compétence des sages-femmes, dont il faudrait élargir la formation initiale et continue. Cette extension des tâches, en accord avec le plan « Ma Santé 2022 », est appuyée par de nombreux médecins. L'IVG pourrait être pratiquée à l'hôpital ou en centre de santé, voire au centre de planning familial.

Moins optimistes que Mme Rossignol, nous souhaitons que face aux menaces qui pèsent sur l'IVG en Europe et dans le monde, ce droit fondamental soit consacré dans la Constitution.

M. Alain Milon, rapporteur. – Les IVG chirurgicales peuvent emporter des complications pendant et après l'intervention. La supervision par un médecin spécialiste est indispensable pour la sécurité des patientes.

Une expérimentation des opérations à risque faible par des sages-femmes, sous supervision, serait néanmoins une piste à creuser. La pratique des IVG instrumentales à faible risque par des sages-femmes existe déjà dans certains États des États-Unis.

En attendant la formation des sages-femmes, avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Je suis du même avis.

La loi de modernisation du système de santé de 2016 a autorisé les médecins à pratiquer les IVG instrumentales en centre de santé. Compte tenu des risques de perforation utérine, de saignements et de douleurs utérines, la HAS a été saisie pour élaborer un cahier des charges. Un décret est en préparation. Je l'ai dit ce matin, si cela est possible en centre de santé, cela l'est *a fortiori* en hôpital de proximité.

Les sages-femmes, elles, peuvent réaliser des IVG médicamenteuses. Malheureusement, seules 4 % le font.

Dans ces conditions, votre proposition est prématurée. Du reste, si l'IVG instrumentale était ouverte aux sages-femmes, il faudrait le faire par un avis scientifique plutôt que par la loi. Ce sont aux professionnels de s'emparer de ces problématiques.

Mme Cohen propose une expérimentation. Elle est possible sous la forme d'un protocole de coopération. Il en existe un dans un hôpital parisien où les sages-femmes sont placées sous la supervision d'un médecin. Avis défavorable, donc, même si je suis bien entendu attentive à développer l'accès à l'IVG. Je me suis d'ailleurs engagée à produire un rapport sur ce

sujet. Le nombre d'IVG se maintient d'année en année dans notre pays. J'ignore comment interpréter cette donnée. C'est triste car cela peut signifier que la contraception n'est pas plus efficace mais c'est aussi un signal fort révélateur qu'il n'y a pas de difficulté d'accès à l'IVG.

Mme Laurence Rossignol. – Les professionnels se sont emparés du sujet, un sujet qui n'est pas d'ordre purement corporatiste et je n'entache d'aucune connotation négative ce qualificatif. Cet amendement émane de l'ordre des sages-femmes. Les IVG médicamenteuses se développent. Est-ce satisfaisant ? Je ne le crois pas. L'IVG médicamenteuse n'est pas neutre, elle laisse la femme dans la solitude. Il faudrait laisser le choix aux femmes et ce choix se réduit.

Je regrette ces avis défavorables car il y a peu d'occasions de discuter de ce sujet au Parlement. Les avancées sur l'IVG sont toujours passées par la voie politique, elles n'ont pas émané du corps médical.

Mme Laurence Cohen. – Le libre choix est effectivement un principe essentiel. Madame la ministre, l'expérimentation parisienne a-t-elle été évaluée ? Si oui, quelle est cette évaluation ? S'il y a eu expérimentation, pourquoi ne pas l'élargir ?

La commission des affaires sociales a effectivement essayé de trouver une solution mais pour résoudre le problème de la double clause de conscience. Un médecin référent, comme lors des accouchements, pourrait constituer une option. Il est dommage de se montrer frileux sur un droit aussi important pour les femmes. D'après les données dont je dispose, en 2019, elles sont nombreuses à partir à l'étranger, parce qu'elles ont dépassé les délais.

L'amendement n°625 rectifié n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°348 rectifié ter.

ARTICLE 18

M. le président. – Amendement n°78 rectifié ter, présenté par MM. Mouiller, Bonne et Sol, Mme Dumas, MM. Daubresse, Guerriau, Morisset et D. Laurent, Mme Deromedi, M. L. Hervé, Mme Lamure, MM. Kennel et Mandelli, Mme Bruguière, MM. Moga, B. Fournier, Cuypers, Genest, Priou et Revet, Mmes Deroche, Ramond, Estrosi Sassone et Gruny, M. Brisson, Mme Bonfanti-Dossat, M. Savary, Mmes L. Darcos, Lassarade, Canayer et Procaccia, M. Saury, Mmes Richer et Chauvin et MM. Poniatowski, de Nicolaÿ, Bouloux et Pointereau.

Après l'alinéa 1

Insérer trois alinéas ainsi rédigés :

...° L'article L. 313-1-1 est ainsi modifié :

a) La deuxième phrase du deuxième alinéa du I est supprimée ;

b) Au début du 1° du II, sont ajoutés les mots : « Les extensions et » ;

Mme Catherine Procaccia. – Exonérer de la procédure d'appel à projet, qui est lourde et chronophage, les projets de transformations d'établissements médico-sociaux signataires d'un CPOM est une bonne chose. Il faut aller plus loin et étendre cette exonération aux projets d'extensions qui ne dépassent pas un seuil capacitaire de 30 %.

M. le président. – Amendement n°40 rectifié ter, présenté par Mme Malet, M. Charon, Mmes Deromedi et Morhet-Richaud, MM. Rapin et D. Laurent, Mmes Dindar, Garriaud-Maylam et Deroche, MM. Sido et Brisson, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Détraigne, Cuypers, Perrin, Raison, Mandelli et Laménié, Mmes Delmont-Koropoulis et A.M. Bertrand et M. Gremillet.

Après l'alinéa 1

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° Le II de l'article L. 313-1-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Les projets d'extension de capacité des appartements de coordination thérapeutique mentionnés au 9° du L. 312-1 ; »

Mme Viviane Malet. – Cet amendement ajoute à la liste des établissements exonérés de la procédure d'appel à projet les appartements de coordination thérapeutique. La procédure est trop lourde pour ces petites structures.

M. le président. – Amendement n°482, présenté par le Gouvernement.

Alinéas 2 à 5

Remplacer ces alinéas par dix-sept alinéas ainsi rédigés :

1° L'article L. 313-1-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 313-1-1. – I. – Sont soumis à autorisation des autorités compétentes en application de l'article L. 313-3, les projets, y compris expérimentaux, de création, de transformation et d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1, les projets de lieux de vie et d'accueil, ainsi que les projets de transformation d'établissements de santé mentionnés aux articles L. 6111-1 et L. 6111-2 du code de la santé publique en établissements ou services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1 du présent code.

« Lorsque les projets font appel, partiellement ou intégralement, à des financements publics, ces autorités délivrent l'autorisation après avis d'une commission d'information et de sélection d'appel à projet social ou médico-social qui associe des représentants des usagers. Une partie des appels à projets doit être réservée à la présentation de projets expérimentaux ou innovants répondant à un cahier des charges allégé. Les

financements publics mentionnés au présent alinéa s'entendent de ceux qu'apportent directement ou indirectement, en vertu de dispositions législatives ou réglementaires, les personnes morales de droit public ou les organismes de sécurité sociale en vue de supporter en tout ou partie des dépenses de fonctionnement.

« Si des établissements ou services créés sans recours à des financements publics présentent des projets de transformation ou d'extension faisant appel à de tels financements, la procédure prévue au deuxième alinéa du présent I s'applique.

« Les conditions d'application du présent I sont définies par décret en Conseil d'État.

« II.- Sont exonérés de la procédure d'appel à projet mentionnée au I :

« 1° Les projets d'extension inférieure à un seuil fixé par décret ;

« 2° Les opérations de regroupement d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux par les gestionnaires détenteurs des autorisations délivrées en application de l'article L. 313-1, si elles entraînent des extensions de capacités inférieures au seuil prévu au 1° du présent II ;

« 3° Les projets de transformation d'établissements ou de services ne comportant pas de modification de la catégorie des bénéficiaires de l'établissement ou du service, au sens de l'article L. 312-1 ;

« 4° Les projets de transformation d'établissements et de services avec modification de la catégorie des bénéficiaires de l'établissement ou du service, au sens de l'article L. 312-1, à la condition de donner lieu à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et sous réserve que, lorsque l'activité relève d'une autorisation conjointe, il n'y ait pas de désaccord entre les autorités compétentes ;

« 5° Les projets de transformation d'établissements de santé mentionnés aux articles L. 6111-1 et L. 6111-2 du code de la santé publique en établissements ou services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1 du présent code, à la condition de donner lieu à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;

« 6° Les projets de création et d'extension des lieux de vie et d'accueil mentionnés au III du même article L. 312-1 ;

« 7° Les projets d'extension de capacité des établissements et services médico-sociaux n'excédant pas une capacité de dix places ou lits, inférieure à un seuil fixé par décret ;

« 8° Les projets de création, de transformation et d'extension des centres d'accueil pour demandeurs d'asile mentionnés à l'article L. 348-1 ;

« 9° Les projets de création, de transformation et d'extension des établissements et services de l'État mentionnés au quatrième alinéa de l'article L. 315-2 ;

« 10° Les projets de création, de transformation et d'extension des établissements et services non personnalisés des départements et aux établissements publics départementaux lorsqu'ils relèvent de la compétence exclusive du président du conseil départemental, mentionnés au cinquième alinéa de l'article L. 315-2.

« La commission d'information et de sélection mentionnée au I donne son avis sur les projets mentionnés au 4°, 5° et 10° du présent II. » ;

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Les dispositions régissant la procédure d'appel à projets préalable à l'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux, issues de la loi HPST, ont été largement modifiées avec l'introduction de nouvelles exceptions. Elles ne sont plus lisibles pour les gestionnaires et les autorités administratives. Cet amendement de simplification intègre à l'identique les dispositions adoptées en première lecture à l'Assemblée nationale visant à la suppression de l'obligation de recourir à un appel à projet pour une opération de transformation d'établissements et de services avec modification de la catégorie des bénéficiaires, dès lors que l'opération envisagée entraîne une extension de sa capacité.

M. le président. – Amendement n°42 rectifié, présenté par Mmes Malet, Dindar, Deromedi, Morhet-Richaud et Billon, MM. Charon, Rapin et D. Laurent, Mmes Garriaud-Maylam et Deroche, MM. Sido et Brisson, Mme Bonfanti-Dossat et MM. Cuypers, Perrin, Raison, Poniatowski, Mandelli et Laménie.

Alinéa 4

Après la référence :

L. 312-1,

insérer les mots :

à l'exception des appartements de coordination thérapeutique, des centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie, et des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues mentionnés au 9° du I du même article L. 312-1,

Mme Viviane Malet. – Les petits établissements médico-sociaux, qui maillent l'ensemble du territoire national, doivent continuer à être des établissements de proximité. Ne concentrons pas les situations de précarité dans un contexte hospitalier, les personnes malades doivent continuer à bénéficier d'un accompagnement ouvert en milieu ordinaire.

M. le président. – Amendement identique n°739, présenté par M. Sueur et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

Mme Marie-Pierre Monier. – Défendu.

M. Alain Milon, rapporteur. – Retrait de l'amendement n°78 rectifié *ter* au profit de l'amendement n°482 du Gouvernement. *Idem* sur l'amendement n°40 rectifié *ter*.

Retrait, sinon rejet des amendements n^{os} 42 rectifié et n^o 739. La taille réduite de ces structures, dans l'immense majorité des cas, les exonère heureusement des lourdeurs de cette procédure. L'intégration de ces structures isolées à des outils plus large de restructuration de l'offre présente des opportunités budgétaires.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Mêmes avis.

L'amendement n^o 78 rectifié ter est retiré, de même que l'amendement n^{os} 40 rectifié ter.

L'amendement n^o 482 est adopté.

Les amendements n^{os} 42 rectifié et 739 n'ont plus d'objet.

M. le président. – Amendement n^o 738, présenté par M. Jomier et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés.

Alinéas 6 et 7

Supprimer ces alinéas.

M. Yves Daudigny. – Pour faire plaisir à M. Savary, j'éviterai les sigles. Cet amendement, proposé par l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie supprime une disposition qui est inadaptée à la réalité des associations gestionnaires d'établissements médico-sociaux pour personnes confrontées à des difficultés spécifiques.

L'extension de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) alourdit considérablement la procédure budgétaire et de tarification pour ces structures.

L'amendement n^o 85 rectifié bis n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement n^o 565, présenté par MM. Amiel et Théophile, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung.

I. – Alinéas 6 et 7

Remplacer ces alinéas par sept alinéas ainsi rédigés :

2^o L'article L. 313-11 est ainsi modifié :

a) A la première phrase du deuxième alinéa, après le mot : « ans », sont insérés les mots : « , prorogables dans la limite d'une sixième année » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque ces contrats impliquent un ou plusieurs établissements ou services mentionnés aux 6^o, 7^o, 9^o et 12^o du I de l'article L. 312-1, sans qu'ils relèvent du IV *ter* de l'article L. 313-12 ou de l'article L. 313-12-2, et qu'ils fixent les éléments pluriannuels du budget de ces établissements et services, le cadre budgétaire appliqué est l'état des prévisions de recettes et de dépenses, dont le modèle est fixé par l'arrêté des

ministres chargés de la santé et des affaires sociales prévu à la deuxième phrase de l'article L. 314-7-1, à la demande du gestionnaire et sous réserve de l'accord de l'autorité de tarification compétente. »

I bis. – Après l'article L. 314-7-1 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 314-7-... ainsi rédigé :

« Art. L. 314-7-... – Lorsque l'état des prévisions de recettes et de dépenses mentionné à l'article L. 314-7-1 s'applique à un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 313-11, l'élaboration et la présentation de ce document budgétaire peut, sous réserve de l'accord des parties, être réalisée par anticipation au titre de l'exercice budgétaire qui précède l'entrée en vigueur du contrat. Dans ce cas, le gestionnaire élabore le budget des établissements et services concernés, dans le délai mentionné à l'article L. 315-15, à partir des dernières notifications budgétaires effectuées par l'autorité de tarification compétente. Les recettes prévues par le gestionnaire peuvent comprendre une actualisation des moyens qui n'engage pas cette autorité. Les règles budgétaires liées à l'état des prévisions de recettes et de dépenses s'appliquent dès cet exercice. À la clôture de celui-ci, le gestionnaire affecte les résultats comptables conformément aux dispositions du contrat.

« À défaut de conclusion du contrat mentionné à l'article L. 313-11 au plus tard dans les douze mois qui suivent l'acceptation par l'autorité chargée de la tarification de la présentation de l'état des prévisions de recettes et de dépenses, les règles budgétaires prévues au présent article ne sont plus applicables. »

III. – Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Le I *bis* entre en vigueur le 1^{er} octobre 2019.

M. Michel Amiel. – Cet amendement facilitera le recours au CPOM, un outil majeur de la régulation de l'offre de soins.

M. le président. – Amendement n^o 134 rectifié, présenté par M. Sol, Mmes Eustache-Brinio et Deroche, MM. Calvet et Guerriau, Mme L. Darcos, MM. Brisson et Morisset, Mmes Bruguière, Gruny, Morhet-Richaud, Berthet, Deromedi et Bonfanti-Dossat, MM. Decool et Moga, Mme Kauffmann, MM. Lefèvre, Détraigne, Genest et Poniatowski, Mme Raimond-Pavero, M. Mouiller, Mmes Garriaud-Maylam et Chauvin, MM. Mandelli et Bonne, Mme Delmont-Koropoulis, MM. Laménie, Meurant, Pierre, Piednoir et Bouloux, Mme A.M. Bertrand, M. Charon et Mme Lamure.

Après l'alinéa 7

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque ces contrats impliquent un ou plusieurs établissements ou services mentionnés au 6^o du I de l'article L. 312-1, ils prennent en compte, le cas échéant, le nombre d'infirmiers auxquels ils recourent

titulaires d'une spécialisation en gériatrie répondant à des conditions fixées par décret. »

Mme Martine Berthet. – Les CPOM conclus avec des établissements ou services de prise en charge de personnes âgées, et notamment les Ehpad, doivent prendre en compte la qualification de leurs infirmiers. Il appartiendra au pouvoir réglementaire de fixer les conditions d'accès à cette spécialisation.

M. Alain Milon, rapporteur. – L'intégration de ces structures dans un CPOM avec application obligatoire d'un ERP ne posera pas de problème dans la mesure où nous nous plaçons dans le cas d'un gestionnaire unique de plusieurs établissements avec une capacité de mutualisation des fonctions juridiques et des fonctions support. Avis défavorable à l'amendement n°738.

L'amendement n°565 apporte plusieurs précisions bienvenues, avis favorable avec un appel à la prudence. Contrairement à ce que l'on veut nous faire croire depuis quelques mois, les CPOM ne sont pas des remèdes miraculeux d'une restructuration l'offre médico-sociale.

Avis défavorable à l'amendement n°134 rectifié.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Mes avis sont identiques.

L'amendement n°738 n'est pas adopté.

L'amendement n°565 est adopté.

L'amendement n°134 rectifié n'a plus d'objet.

L'amendement n°79 rectifié quater n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement n°344, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Alinéas 9 à 17

Supprimer ces alinéas.

M. Pascal Savoldelli. – Sous couvert de simplification, cet article introduit des reculs du droit. Ainsi, il prévoit que les captages d'eau d'origine souterraine dont le débit exploité est inférieur, en moyenne annuelle, à 100 m³ par jour, feront l'objet d'un simple périmètre de protection immédiate. La mise en place d'un périmètre de protection rapprochée ou éloignée ne se justifiera qu'en cas de pollution de l'eau. C'est contraire au principe de précaution, c'est inéquitable pour les petites communes où se trouvent ces petits points de captage qui seront moins protégés. Enfin, l'article restreint la participation du public.

M. le président. – Amendement identique n°612 rectifié *bis*, présenté par M. Husson, Mme Lavarde, M. Bascher, Mmes Gruny et Lassarade, MM. Lefèvre, Savin et Brisson, Mmes L. Darcos, Deromedi et Noël et MM. Houpert, Sido, Mandelli, Laménie, Revet et Karoutchi.

Mme Christine Lavarde. – Une fois n'est pas coutume, je partage entièrement les propos de M. Savoldelli. Oui, il faut simplifier la procédure mais pas au détriment de la qualité de l'eau.

M. le président. – Amendement identique n°686, présenté par M. Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain.

M. Yves Daudigny. – Cet amendement a pour origine France Nature Environnement. Avec cet article, on passe pour les petits captages d'une logique de prévention à une logique où la pollution doit être avérée pour qu'une protection puisse être mise en place. Il faut le supprimer.

L'amendement n°80 rectifié bis n'est pas défendu, non plus que les amendements n°81 rectifié ter, 82 rectifié ter et 83 rectifié ter.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cette simplification n'est pas au détriment de la qualité de l'eau. Cette procédure s'appliquera uniquement aux captages qui ne bénéficient d'aucun périmètre de protection, soit près de 20 %. Le périmètre simple pourra être complété. Avis défavorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

M. Marc Laménie. – L'eau est un bien précieux. Les périmètres de protection font l'objet d'études géologiques rigoureuses, d'une déclaration d'utilité publique, de procédures rigoureuses. Peut se poser un problème de financement et d'analyse d'eau. Je comprends l'idée des amendements mais je me rallierai au rapporteur.

Les amendements identiques n°344, 612 rectifié bis et 686 sont adoptés.

M. le président. – Amendement n°234 rectifié *bis*, présenté par Mmes Harribey et Artigalas, M. J. Bigot, Mmes Bonnefoy et Conway-Mouret, M. Duran, Mme Guillemot, M. P. Joly, Mme G. Jourda et M. Kerrouche.

I. – Après l'alinéa 28

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° À la première phrase du 2°, le mot : « Deux » est remplacé par le mot : « Trois » ;

II. – Après l'alinéa 30

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« - dans les domaines de l'aménagement en santé du territoire. Ses membres ne sont pas rémunérés et aucun frais lié au fonctionnement de cette commission ne peut être pris en charge par une personne publique.

Mme Viviane Artigalas. – Les élus locaux sont directement concernés par l'organisation de l'offre de soins sur les territoires. Ils se sentent trop souvent exclus des processus de décision, relégués à un rôle de financeurs. Nous proposons de créer une commission de coordination des politiques de santé

pour traiter spécifiquement de la question de l'aménagement en santé des territoires.

M. le président. – Amendement n°603 rectifié, présenté par MM. Théophile et Amiel, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Hassani, Haut, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung.

I. – Alinéa 29

Remplacer cet alinéa par trois alinéas ainsi rédigés :

1° Au premier alinéa du 2°, le mot : « Deux » est remplacé par le mot : « Trois » et les mots : « , dont la composition et les modalités de fonctionnement sont fixées par décret, » sont supprimés ;

2° Le 2° est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« – dans le domaine de l'organisation territoriale des soins. Les membres de cette commission ne sont pas rémunérés et aucun frais lié au fonctionnement de cette commission ne peut être pris en charge par une personne publique. »

II. – Alinéa 31

Remplacer les mots :

les deux

par les mots :

, sous réserve de l'avis conforme d'une majorité qualifiée de leurs membres, les trois, ou deux des trois

M. Dominique Théophile. – La coordination des interventions des acteurs publics qui interviennent dans le domaine de la santé conditionne l'optimisation de l'offre de soins. Deux commissions existent dans les domaines de la prévention et dans le secteur médico-social. Créons-en une dans le domaine de l'organisation territoriale des soins. Elles auront la faculté de fusionner.

M. Alain Milon, rapporteur. – Disposer d'une instance où l'on discute de l'offre de soins est une demande forte des collectivités territoriales, notamment des régions. Les deux amendements se proposent d'y répondre. Le plus abouti est l'amendement n°603 rectifié qui s'intègre mieux dans la stratégie de simplification portée par le projet de loi. Avis favorable. Avis défavorable à l'amendement n°234 rectifié *bis*.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Je me suis engagée à réfléchir à cette question à l'Assemblée nationale. L'amendement n°603 rectifié représente une bonne solution. Retrait de l'amendement n°234 rectifié *bis* à son profit.

L'amendement n°234 rectifié bis est retiré.

L'amendement n°603 rectifié est adopté.

M. le président. – Amendement n°281, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Après l'alinéa 31

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

.... – Au deuxième alinéa du 2° de l'article L. 1432-1 du code de la santé publique, après les mots : « promotion de la santé », sont insérés les mots : « , de la lutte contre les inégalités territoriales d'accès aux soins ».

Mme Cathy Apourceau-Poly. – À l'Assemblée nationale, la ministre avait manifesté de l'intérêt pour cette proposition. La lutte contre les déserts médicaux, et l'on sait que les inégalités territoriales sont grandes, ne peut pas être absente de la politique des ARS.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cet amendement est satisfait par l'amendement n°603 rectifié qui vient d'être adopté.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Même avis.

L'amendement n°281 est retiré.

M. le président. – Amendement n°811, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 37

Rédiger ainsi cet alinéa :

VI. – Au 14° du IV de l'article 96 de la loi n°2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice, les mots : « 5° et 6° de l'article L. 142-2 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 142-2, à l'exclusion du 4° », et les mots : « 8° et 9° de l'article L. 142-1 » sont remplacés par les mots : « aux 4°, 5°, 6°, 8° et 9° de l'article L. 142-1 ».

L'amendement de coordination n°811, accepté par le Gouvernement, est adopté.

M. le président. – Amendement n°158 rectifié *bis*, présenté par MM. Bonne et Bonhomme, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Bascher et Chaize, Mmes L. Darcos, Delmont-Koropoulis, Estrosi Sassone, Bruguière et Lassarade, MM. Lefèvre, D. Laurent et Laménie, Mmes Gruny et Garriaud-Maylam, MM. Mayet, Manable, Mandelli, Moga, Mouiller, Morisset, Pellevat, Revet, Savary, Vogel et Dériot, Mme A.M. Bertrand, M. J.M. Boyer et Mmes Deroche et Lamure.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

.... – Au premier alinéa de l'article 63 de la loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, après le mot : « mentionnés », sont insérés les mots : « au 6° et ».

Mme Annie Delmont-Koropoulis. – Suivant les recommandations du rapport de notre collègue Philippe Mouiller, le Sénat a adopté, dans la loi de financement de sécurité sociale pour 2019, un mécanisme innovant de délégation de gestion entre

autorités de tarification, ARS et conseils départementaux, pour les établissements et services cofinancés dans le secteur du handicap. Nous l'étendons aux Ehpad qui se caractérisent, eux aussi, par une dualité dommageable d'autorités tarifaires.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cette extension, que M. Bonne a préconisée dans son rapport sur les Ehpad, est cohérente avec les annonces sur la fusion des secteurs soins et dépendance des Ehpad. Avis favorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Le rapport de Dominique Libault sur le grand âge et autonomie nous a été remis il y a peu. Il est donc prématuré d'inscrire dans cette loi des dispositions qui seront intégrées, une fois concertées, dans un projet de loi fin 2019.

L'amendement n°158 rectifié bis est adopté.

M. le président. – Amendement n°486, présenté par le Gouvernement.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – L'article 49 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « deux ans » sont remplacés par les mots : « le 31 décembre 2021 » ;

2° Au dernier alinéa, l'année : « 2017 » est remplacée par l'année : « 2021 ».

Mme Agnès Buzyn, ministre. – La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement a autorisé l'expérimentation, pour deux ans, d'un modèle d'organisation intégrée des services polyvalent d'aides et de soins à domicile (Spasad intégrés). Il faut articuler la suite donnée à cette expérimentation en cours avec les orientations issues de la concertation grand âge et autonomie, qui donneront lieu à un projet de loi d'ici la fin 2019. Je propose donc de prolonger les expérimentations en cours et les possibilités de financement par la conférence des financeurs.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis très favorable.

L'amendement n°486 est adopté.

L'article 18, modifié, est adopté.

ARTICLES ADDITIONNELS

M. le président. – Amendement n°167 rectifié, présenté par M. Dériot, Mme Imbert, MM. Milon et Morisset, Mme Deromedi, M. Bonhomme, Mme Lassarade, MM. Revet, Savary, Mouiller, Cuypers, Mandelli, Charon, Bouloux et Pointereau et Mme Deroche.

Après l'article 18

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 5125-14 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Tout contrat ayant vocation à permettre l'entrée dans le capital d'une société d'officine, de personnes non titulaires d'un titre, diplôme ou certificat de pharmacien mentionnés aux articles L. 4221-1 et suivants, est porté à la connaissance du conseil de l'ordre compétent dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 4221-19. »

M. Gérard Dériot. – La législation interdit à des investisseurs extérieurs d'être propriétaire d'une officine. Cependant, certains fonds d'investissement proposent à des jeunes pharmaciens, désireux d'acquérir leur première pharmacie, des obligations convertibles en action, alternatives ou compléments des prêts bancaires classiques. Cela nuit clairement à l'indépendance du pharmacien qui doit rembourser des taux d'intérêt prohibitifs. Il faut prévoir un contrôle par l'Ordre national des pharmaciens.

M. le président. – Amendement identique n°508 rectifié *bis*, présenté par MM. Chasseing, Decool, Fouché, Guerriau, Lagourgue, Malhuret et A. Marc, Mme Mélot, MM. Menonville et Wattebled, Mmes Guillotin, Noël et Berthet, MM. Gabouty et Nougéin, Mme N. Delattre et M. Laménie.

M. Claude Malhuret. – Il est défendu.

M. Alain Milon, rapporteur. – Ces amendements vont dans le sens d'une consolidation de l'indépendance des pharmacies, à laquelle la commission est très attachée. Avis favorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Retrait au profit des amendements n°6 rectifié *quater*, 36 rectifié *ter* et 538 rectifié *quater* à l'article 23.

M. Alain Milon, rapporteur. – Nous avons également donné un avis favorable à ces amendements.

Les amendements n°167 rectifié et 508 rectifié bis sont retirés.

M. le président. – Amendement n°567, présenté par MM. Mohamed Soilihi, Hassani, Amiel et Théophile, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Haut, Karam, Marchand, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung.

Après l'article 18

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 4412-1 du code de la santé publique est abrogé.

M. Michel Amiel. – Par dérogation, les dispensaires de Mayotte, qui se sont développés depuis une trentaine d'années, sont autorisés à distribuer des médicaments gratuits. Ils dépendent de l'hôpital. Or un pharmacien n'est pas systématiquement présent. Cet amendement met fin à cette dérogation, au bénéfice de la qualité du parcours de soins des Mahorais.

M. Alain Milon, rapporteur. – Avis favorable.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Retrait, sinon avis défavorable. On peut comprendre le souhait des auteurs de l'amendement de rétablir le droit commun des officines à Mayotte mais nous avons encore besoin de ces dispensaires pour des raisons de santé publique - il en reste deux seulement. Le déploiement, depuis le 1^{er} mai 2019, de la gratuité des médicaments pour les Mahorais aux faibles ressources mettra progressivement fin à cette situation.

En réalité, votre amendement ne met pas fin à l'existence de ces dispensaires, il supprime le regard de l'ARS.

M. Michel Amiel. – N'étant pas au fait de ces questions, je ne souhaite pas retirer l'amendement auquel tient beaucoup mon collègue Mohamed Soilihi. Ainsi, on pourra y revenir en CMP.

L'amendement n°567 est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – Amendement n°566, présenté par MM. Mohamed Soilihi, Hassani, Amiel et Théophile, Mme Schillinger, MM. Lévrier, Bargeton et Buis, Mme Cartron, MM. Cazeau, de Belenet, Dennemont, Gattolin, Haut, Karam, Marchand, Navarro, Patient, Patriat et Rambaud, Mme Rauscent et MM. Richard et Yung.

Après l'article 18

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 5511-3 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« "Le représentant de l'État peut surseoir à la création d'une officine, en application des alinéas précédents, tant qu'un centre de consultation périphérique délivre des médicaments aux patients ambulatoires dans la commune ou dans le secteur sanitaire concerné." »

M. Michel Amiel. – Il existe 20 pharmacies à Mayotte, contre 18 en 2012. L'ouverture des officines doit pouvoir, pendant une période de transition, être adaptée par le représentant de l'État en fonction des spécificités du territoire.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cet amendement semble peu normatif. Le préfet peut déjà prendre en compte la situation locale. Qu'en pense le Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Le centre hospitalier de Mayotte assure les deux tiers de la couverture médicamenteuse. L'accès aux médicaments est suffisant. Avec l'instauration de la gratuité des soins pour les plus modestes, la délivrance des médicaments devrait être davantage réalisée par les officines. Retrait, sinon avis défavorable.

L'amendement n°566 n'est pas adopté.

L'article 18 bis est adopté.

L'amendement n°633 rectifié n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement n°18 rectifié, présenté par Mme Doineau et les membres du groupe Union Centriste.

Après l'article 18 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'avant-dernier alinéa de l'article L. 4112-1 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Toutefois, cette dérogation est accordée de droit pour exercer à titre accessoire, dans les limites prévues par ledit code de déontologie, dans une ou plusieurs des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins déterminées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé en application du 1^o de l'article L. 1434-4, sous réserve que l'intéressé en informe le conseil départemental de l'ordre de sa résidence professionnelle et celui du département dans lequel il souhaite exercer accessoirement. »

Mme Élisabeth Doineau. – Les médecins peinent à ouvrir des cabinets secondaires, multisites. L'Ordre craint une concurrence déloyale.

Cet amendement simplifie les conditions d'installation à titre secondaire des médecins mais aussi des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes, qui sont confrontés aux mêmes difficultés, dans les zones sous-denses. Une simple déclaration auprès des conseils départementaux de leur ordre suffira.

Des étudiants de troisième cycle pourront désormais exercer dans ces zones, il semblerait logique de ne pas se montrer aussi formaliste pour un médecin déjà inscrit au conseil de l'ordre et qui agirait non pas dans une optique de renforcement de son cabinet mais d'optimisation de son offre de soins.

M. le président. – Amendement n°19 rectifié, présenté par Mme Doineau et les membres du groupe Union Centriste.

Après l'article 18 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'avant-dernier alinéa de l'article L. 4112-1 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Toutefois, cette dérogation est accordée de droit pour exercer à titre accessoire, dans les limites prévues par ledit code de déontologie, la médecine dans une ou plusieurs des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins déterminées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé en application du 1^o de l'article L. 1434-4, sous réserve que l'intéressé en informe le conseil départemental de l'ordre de sa résidence professionnelle et celui du département dans lequel il souhaite exercer accessoirement. »

Mme Élisabeth Doineau. – Cet amendement de repli circonscrit cette simplification aux seuls médecins.

M. Alain Milon, rapporteur. – Cette simplification est bienvenue. Avis favorable à l'amendement n°18 rectifié, de portée plus générale. Avis défavorable à l'amendement n°19 rectifié.

Mme Agnès Buzyn, ministre. – Je m'étais engagée à ce que les difficultés que vous m'aviez signalées, en tant que déléguée du plan d'accès aux soins, s'aplanissent. Le décret du 23 mai satisfait l'amendement n°19 rectifié. Le conseil de l'ordre départemental auquel est désormais envoyée une simple déclaration ne peut plus s'opposer à l'ouverture d'un cabinet secondaire.

Avis défavorable à l'amendement n°18 rectifié car aucune demande de sages-femmes, de chirurgiens-dentistes ou d'infirmiers n'existe dans ce domaine.

Mme Élisabeth Doineau. – Je me réjouis de cette avancée. Il faudra réfléchir à des cabinets itinérants pour les chirurgiens-dentistes. Ce serait intéressant dans les Ehpad.

*L'amendement n°18 rectifié est retiré,
de même que l'amendement n°19 rectifié.*

M. le président. – Nous avons examiné 170 amendements aujourd'hui ; il en reste 99.

Prochaine séance, aujourd'hui, vendredi 7 juin 2019, à 9 h 30.

La séance est levée à minuit et demi.

Annexes

Ordre du jour du vendredi 7 juin 2019

Séance publique

À 9 h 30, à 14 h 30 et, éventuellement, le soir

Présidence :

M. David Assouline, vice-président
M. Thani Mohamed Soilihi, vice-président
M. Philippe Dallier, vice-président

- Suite du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé (texte de la commission, n°525, 2018-2019)

Jean-Luc Blouet

Direction des comptes rendus

Analyse des scrutins publics

Scrutin n°141 sur l'amendement n°774 rectifié, présenté par M. Daniel Gremillet et plusieurs de ses collègues, à l'article 8 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé

Résultat du scrutin

Nombre de votants :	337
Suffrages exprimés :	310
Pour :	27
Contre :	283

Le Sénat n'a pas adopté

Analyse par groupes politiques**Groupe Les Républicains (144)**

Pour : 7 - MM. Mathieu Darnaud, Laurent Duplomb, Daniel Gremillet, Jackie Pierre, Michel Raison, Mme Marie-Pierre Richer, M. Michel Vaspart

Contre : 136

N'a pas pris part au vote : 1 - M. Gérard Larcher, président du Sénat

Groupe SOCF (72)

Contre : 72

Groupe UC (51)

Pour : 3 – Mme Sylvie Goy-Chavent, M. Jean-Pierre Moga, Mme Nadia Sollogoub

Contre : 48

Groupe LaREM (23)

Contre : 23

Groupe RDSE (23)

Pour : 1 - M. Joël Labbé

Contre : 3 - M. Yvon Collin, Mmes Nathalie Delattre, Véronique Guillotin

Abstentions : 14

N'ont pas pris part au vote : 5 - M. Jean-Marc Gabouty, président de séance, MM. Guillaume Arnell, Stéphane Artano, Alain Bertrand, Ronan Dantec

Groupe CRCE (16)

Pour : 16

Groupe LI (13)

Abstentions : 13

Sénateurs non inscrits (6)

Contre : 1

N'ont pas pris part au vote : 5 - M. Philippe Adnot, Mmes Christine Herzog, Fabienne Keller, MM. Jean Louis Masson, Stéphane Ravier

Scrutin n°142 sur l'amendement n°356 rectifié, présenté par Mme Maryse Carrère et plusieurs de ses collègues, à l'article 8 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé

Résultat du scrutin

Nombre de votants :	341
Suffrages exprimés :	339
Pour :	38
Contre :	301

Le Sénat n'a pas adopté

Analyse par groupes politiques

Groupe Les Républicains (144)

Contre : 143

N'a pas pris part au vote : 1 - M. Gérard Larcher, président du Sénat

Groupe socialiste et républicain (72)

Contre : 72

Groupe Union Centriste (51)

Pour : 3 – Mme Sylvie Goy-Chavent, M. Jean-Pierre Moga, Mme Nadia Sollogoub

Contre : 48

Groupe LaREM (23)

Contre : 23

Groupe RDSE (23)

Pour : 19

Contre : 1 – Mme Véronique Guillotin

Abstentions : 2 - M. Alain Bertrand, Mme Nathalie Delattre

N'a pas pris part au vote : 1 - M. Jean-Marc Gabouty, président de séance

Groupe CRCE (16)

Pour : 16

Groupe Les Indépendants (13)

Contre : 13

Sénateurs non inscrits (6)

Contre : 1

N'ont pas pris part au vote : 5 - M. Philippe Adnot, Mmes Christine Herzog, Fabienne Keller, MM. Jean Louis Masson, Stéphane Ravier

Scrutin n°143 sur l'amendement n°311 rectifié, présenté par Mme Laurence Cohen et les membres du groupe communiste citoyen républicain et écologiste, à l'article 8 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé

Résultat du scrutin

Nombre de votants :	341
Suffrages exprimés :	326
Pour :	22
Contre :	304

Le Sénat n'a pas adopté

Analyse par groupes politiques

Groupe Les Républicains (144)

Contre : 143

N'a pas pris part au vote : 1 - M. Gérard Larcher, président du Sénat

Groupe SOCR (72)

Contre : 72

Groupe UC (51)

Pour : 3 – Mme Sylvie Goy-Chavent, M. Jean-Pierre Moga, Mme Nadia Sollogoub

Contre : 48

Groupe LaREM (23)

Contre : 23

Groupe RDSE (23)

Pour : 3 - MM. Alain Bertrand, Ronan Dantec, Joël Labbé

Contre : 4 - MM. Guillaume Arnell, Yvon Collin, Mmes Nathalie Delattre, Véronique Guillotin

Abstentions : 15

N'a pas pris part au vote : 1 - M. Jean-Marc Gabouty, président de séance

Groupe CRCE (16)

Pour : 16

Groupe Les Indépendants (13)

Contre : 13

Sénateurs non inscrits (6)

Contre : 1

N'ont pas pris part au vote : 5 - M. Philippe Adnot, Mmes Christine Herzog, Fabienne Keller, MM. Jean Louis Masson, Stéphane Ravier

Scrutin n°144 sur l'amendement n°775 rectifié, présenté par M. Daniel Gremillet et plusieurs de ses collègues, à l'article 8 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé

Résultat du scrutin

Nombre de votants :	341
Suffrages exprimés :	326
Pour :	30
Contre :	296

Le Sénat n'a pas adopté

Analyse par groupes politiques

Groupe Les Républicains (144)

Pour : 8 - MM. Mathieu Darnaud, Laurent Duplomb, Daniel Gremillet, Daniel Laurent, Jackie Pierre, Michel Raison, Mme Marie-Pierre Richer, M. Michel Vaspart

Contre : 135

N'a pas pris part au vote : 1 - M. Gérard Larcher, président du Sénat

Groupe SOCR (72)

Contre : 72

Groupe UC (51)

Pour : 3 – Mme Sylvie Goy-Chavent, M. Jean-Pierre Moga, Mme Nadia Sollogoub

Contre : 48

Groupe LaREM (23)

Contre : 23

Groupe RDSE (23)

Pour : 3 - MM. Alain Bertrand, Ronan Dantec, Joël Labbé

Contre : 4 - MM. Guillaume Arnell, Yvon Collin, Mmes Nathalie Delattre, Véronique Guillotin

Abstentions : 15

N'a pas pris part au vote : 1 - M. Jean-Marc Gabouty, président de séance

Groupe CRCE (16)

Pour : 16

Groupe Les Indépendants (13)

Contre : 13

Sénateurs non inscrits (6)

Contre : 1

N'ont pas pris part au vote : 5 - M. Philippe Adnot, Mmes Christine Herzog, Fabienne Keller, MM. Jean Louis Masson, Stéphane Ravier