

SÉNAT

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2018-2019

COMPTE RENDU INTÉGRAL

Séance du mercredi 5 juin 2019

(99^e jour de séance de la session)



SOMMAIRE

PRÉSIDENCE DE M. VINCENT DELAHAYE

Secrétaires :

Mmes Agnès Canayer, Annie Guillemot.

1. **Procès-verbal** (p. 7904)
2. **Candidatures à des commissions mixtes paritaires** (p. 7904)
3. **Rappels au règlement** (p. 7904)

M. Bernard Jomier ; M. le président ; Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé.

Mme Laurence Rossignol ; M. le président.
4. **Mises au point au sujet de votes** (p. 7905)
5. **Organisation et transformation du système de santé.** – Suite de la discussion en procédure accélérée d'un projet de loi dans le texte de la commission (p. 7905)

Articles additionnels après l'article 4 *ter* (p. 7905)

Amendement n° 168 rectifié *quinquies* de M. Jean-Pierre Moga. – Rejet par scrutin public n° 137.

Amendement n° 150 rectifié *ter* de M. Michel Vaspart. – Rejet.

Amendement n° 26 rectifié *bis* de M. Vincent Segouin. – Retrait.

Amendement n° 151 rectifié *ter* de M. Michel Vaspart. – Retrait.

Amendement n° 27 rectifié *bis* de M. Vincent Segouin. – Rejet.

Amendement n° 122 rectifié *bis* de Mme Marie-Pierre Monier. – Rejet par scrutin public n° 138.

Amendement n° 117 rectifié *ter* de M. Loïc Hervé. – Rejet.

Amendement n° 346 rectifié de Mme Laurence Cohen. – Rejet par scrutin public n° 139.
6. **Souhaits de bienvenue à une délégation étrangère** (p. 7918)
7. **Organisation et transformation du système de santé.** – Suite de la discussion en procédure accélérée d'un projet de loi dans le texte de la commission (p. 7918)

Articles additionnels après l'article 4 *ter* (*suite*) (p. 7918)

Amendement n° 187 rectifié *ter* de M. Cédric Perrin. – Rejet.

Amendement n° 758 de M. Yves Daudigny. – Rejet.

Suspension et reprise de la séance (p. 7919)

Article 5 (p. 7919)

M. Bernard Jomier

Amendement n° 62 rectifié de Mme Sylviane Noël. – Rejet.

Amendement n° 64 rectifié de Mme Sylviane Noël. – Rejet.

Amendement n° 63 rectifié de Mme Sylviane Noël. – Rejet.

Amendement n° 441 de M. Victorin Lurel. – Retrait.

Amendements identiques n°s 65 rectifié de Mme Sylviane Noël, 180 rectifié *bis* de M. Joël Bigot, 352 rectifié de Mme Maryse Carrère, 425 de M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, 442 rectifié de M. Victorin Lurel et 501 rectifié *bis* de M. Daniel Chasseing. – Rejet des six amendements.

Amendement n° 597 de M. Michel Amiel. – Adoption.

Amendement n° 67 rectifié de Mme Sylviane Noël. – Retrait.

Amendement n° 556 de M. Thani Mohamed Soilihi. – Retrait.

Adoption de l'article modifié.

Article additionnel après l'article 5 (p. 7924)

Amendement n° 155 rectifié *bis* de M. Michel Vaspart. – Retrait.

Article 5 *bis* – Adoption. (p. 7925)

Article additionnel après l'article 5 *bis* (p. 7925)

Amendement n° 14 rectifié de Mme Élisabeth Doineau. – Retrait.

Article 5 *ter* (p. 7926)

Amendement n° 557 de M. Michel Amiel. – Retrait.

Amendement n° 362 rectifié *bis* de Mme Véronique Guillotin. – Retrait.

Amendement n° 157 rectifié de Mme Patricia Morhet-Richaud. – Retrait.

Amendement n° 361 rectifié *bis* de Mme Véronique Guillotin. – Retrait.

Amendement n° 558 de M. Dominique Théophile. – Retrait.

Amendement n° 559 de M. Dominique Théophile. – Retrait.

Amendement n° 363 rectifié de Mme Véronique Guillotin. – Retrait.

Amendement n° 560 de M. Michel Amiel. – Retrait.

Amendement n° 778 rectifié *bis* de Mme Corinne Imbert. – Retrait.

Amendement n° 617 rectifié de Mme Laurence Rossignol. – Retrait.

Amendement n° 618 rectifié de Mme Laurence Rossignol. – Rejet.

Amendement n° 343 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Adoption de l'article.

Article 5 *quater* (*supprimé*) (p. 7932)

Article 6 (p. 7932)

Mme Laurence Cohen

M. Bernard Jomier

Amendements identiques n°s 52 rectifié *quater* de Mme Jocelyne Guidez et 299 de Mme Laurence Cohen. – Retrait de l'amendement n° 52 rectifié *quater*; rejet de l'amendement n° 299.

Amendement n° 89 rectifié de M. René-Paul Savary. – Retrait.

Amendement n° 760 de M. Bernard Jomier. – Retrait.

Amendement n° 657 rectifié de Mme Véronique Guillotin. – Retrait.

Amendement n° 300 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

M. Yves Daudigny

Adoption de l'article.

Articles additionnels après l'article 6 (p. 7938)

Amendements identiques n°s 106 rectifié *bis* de Mme Florence Lassarade, 130 rectifié *bis* de M. Jean Sol et 304 de Mme Laurence Cohen. – Rejet des trois amendements.

Amendement n° 656 rectifié de Mme Véronique Guillotin. – Rejet.

Amendement n° 302 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 658 rectifié de Mme Véronique Guillotin. – Rejet.

Amendement n° 709 rectifié de M. Bernard Jomier. – Rejet.

Article 6 *bis* A (*nouveau*) (p. 7941)

Mme Laurence Cohen

Amendement n° 798 de la commission. – Adoption de l'amendement rédigeant l'article.

Articles 6 *bis* et 6 *ter* – Adoption. (p. 7943)

Article additionnel après l'article 6 *ter* (p. 7943)

Amendement n° 10 rectifié de M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – Retrait.

Article additionnel avant l'article 7 A (p. 7944)

Amendement n° 152 rectifié *bis* de M. Michel Vaspart. – Retrait.

Article 7 A (p. 7946)

Amendement n° 305 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Adoption de l'article.

Article 7 B (*supprimé*) (p. 7946)

Article 7 C (p. 7946)

Amendement n° 759 de M. Bernard Jomier. – Rejet.

Amendement n° 710 rectifié de M. Yves Daudigny. – Rejet.

Amendement n° 9 rectifié *bis* de Mme Élisabeth Doineau. – Retrait.

Adoption de l'article.

Article additionnel après l'article 7 C (p. 7948)

Amendement n° 619 rectifié de Mme Laurence Rossignol. – Rejet.

Article 7 D (*supprimé*) (p. 7949)

Amendements identiques n°s 338 de Mme Laurence Cohen et 465 du Gouvernement. – Rejet des deux amendements.

L'article demeure supprimé.

Article 7 E (*supprimé*) (p. 7950)

Articles additionnels après l'article 7 E (p. 7950)

Amendement n° 264 rectifié *ter* de Mme Catherine Deroche. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 263 rectifié *ter* de Mme Catherine Deroche. – Retrait.

Amendement n° 455 rectifié de M. Michel Canevet. – Retrait.

Amendement n° 695 de Mme Laurence Rossignol. – Rejet.

Article 7 (p. 7952)

Mme Laurence Cohen

Mme Cathy Apourceau-Poly

M. Bernard Jomier

M. Éric Gold

M. Dominique Théophile

M. Yves Daudigny

M. Daniel Chasseing

Amendement n° 29 rectifié de M. Vincent Segouin. – Rejet.

Amendement n° 450 rectifié de Mme Élisabeth Doineau. – Adoption.

Amendement n° 313 rectifié de Mme Laurence Cohen. – Retrait.

Amendement n° 799 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 698 de Mme Laurence Rossignol. – Rejet.

Amendement n° 713 rectifié de M. Bernard Jomier. – Adoption.

Amendement n° 315 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 236 rectifié *bis* de M. Alain Marc. – Retrait.

Amendement n° 515 de M. Jean-Claude Tissot. – Rejet.

Amendement n° 353 rectifié de Mme Maryse Carrère. – Retrait.

Amendement n° 503 rectifié de M. Daniel Chasseing. – Retrait.

Amendement n° 546 rectifié de Mme Élisabeth Doineau. – Adoption.

Amendement n° 697 de M. Yves Daudigny. – Rejet.

Amendement n° 587 rectifié de M. Michel Amiel. – Rejet.

Amendement n° 524 rectifié de M. Patrice Joly. – Rejet.

Amendement n° 490 rectifié de M. Daniel Chasseing. – Rejet.

Amendements identiques n° 209 rectifié *ter* de Mme Martine Berthet et 590 de M. Michel Amiel. – Adoption des deux amendements.

Amendements identiques n° 376 rectifié de Mme Véronique Guillotin et 456 rectifié de M. Michel Canevet. – Retrait de l'amendement n° 376 rectifié, l'amendement n° 456 rectifié n'étant pas soutenu.

Amendement n° 599 de M. Michel Amiel. – Rejet.

Amendement n° 714 rectifié de Mme Laurence Rossignol. – Rejet.

Amendement n° 229 de M. Jean-Michel Houllégatte. – Rejet.

Amendement n° 306 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 516 de M. Jean-Claude Tissot. – Rejet.

Amendements identiques n° 227 rectifié de Mme Annie Delmont-Koropoulis et 307 de Mme Laurence Cohen. – Retrait de l'amendement n° 227 rectifié; rejet de l'amendement n° 307.

Amendement n° 621 rectifié de Mme Laurence Rossignol. – Rejet.

Amendement n° 768 rectifié de M. Michel Savin. – Rejet.

Amendement n° 388 de M. Jean-Jacques Lozach. – Rejet.

Amendement n° 170 rectifié *ter* de Mme Martine Filleul. – Rejet.

Amendement n° 517 de M. Jean-Claude Tissot. – Retrait.

Amendement n° 272 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 622 rectifié de Mme Laurence Rossignol. – Retrait.

Amendement n° 623 rectifié de Mme Laurence Rossignol. – Retrait.

Amendements identiques n° 73 rectifié *bis* de Mme Brigitte Micouleau et 161 rectifié *bis* de M. Gérard Dériot. – Retrait des deux amendements.

8. Modification de l'ordre du jour (p. 7969)

Suspension et reprise de la séance (p. 7969)

PRÉSIDENCE DE MME CATHERINE TROENDLÉ

9. Organisation et transformation du système de santé. – Suite de la discussion en procédure accélérée d'un projet de loi dans le texte de la commission (p. 7969)

Article 7 (*suite*) (p. 7969)

Amendement n° 414 rectifié *bis* de M. Maurice Antiste. – Retrait.

Amendement n° 387 de M. Jean-Jacques Lozach. – Rejet.

Amendements identiques n° 131 rectifié de M. Jean Sol et 647 rectifié *bis* de Mme Véronique Guillotin. – Retrait des deux amendements.

Amendement n° 505 rectifié *bis* de M. Daniel Chasseing. – Retrait.

Amendement n° 800 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 194 rectifié de Mme Annie Delmont-Koropoulis. – Retrait.

Amendement n° 561 de M. Michel Amiel. – Retrait.

Amendement n° 660 rectifié *bis* de Mme Véronique Guillotin. – Adoption.

Amendement n° 410 rectifié de Mme Victoire Jasmin. – Rejet.

Amendement n° 98 rectifié de Mme Dominique Estrosi Sassone. – Retrait.

Amendement n° 241 rectifié *bis* de M. Alain Marc. – Retrait.

Amendement n° 801 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 545 rectifié de Mme Élisabeth Doineau. – Adoption.

Amendement n° 533 rectifié *ter* de M. Daniel Chasseing. – Devenu sans objet.

Amendement n° 541 rectifié *ter* de M. Daniel Chasseing. – Devenu sans objet.

Amendement n° 699 de Mme Martine Filleul. – Devenu sans objet.

Amendement n° 386 de M. Jean-Jacques Lozach. – Devenu sans objet.

Amendement n° 339 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 17 rectifié *bis* de Mme Élisabeth Doineau. – Adoption.

Amendement n° 181 rectifié de M. Joël Bigot. – Rejet.

M. René-Paul Savary

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 7 (p. 7978)

Amendement n° 262 rectifié *bis* de Mme Corinne Imbert. – Retrait.

Amendement n° 47 rectifié *quinquies* de Mme Jocelyne Guidez. – Retrait.

Amendement n° 48 rectifié *quinquies* de Mme Jocelyne Guidez. – Retrait.

Amendement n° 49 rectifié *quinquies* de Mme Jocelyne Guidez. – Rejet.

Amendement n° 118 rectifié de Mme Élisabeth Doineau. – Retrait.

Amendement n° 666 rectifié *bis* de Mme Véronique Guillotin. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 51 rectifié *quater* de Mme Jocelyne Guidez. – Retrait.

Amendement n° 651 rectifié de Mme Véronique Guillotin. – Retrait.

Article 7 *bis* A – Adoption. (p. 7984)

Article 7 *bis* (p. 7984)

Amendement n° 50 rectifié *sexies* de Mme Jocelyne Guidez. – Retrait.

Amendements identiques n° 100 rectifié de Mme Dominique Estrosi Sassone, 248 de M. Yves Daudigny et 412 rectifié *bis* de M. Maurice Antiste. – Rejet des trois amendements.

Amendement n° 277 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 433 rectifié *ter* de Mme Martine Berthet. – Rejet.

Amendements identiques n° 101 rectifié de Mme Dominique Estrosi Sassone et 308 rectifié de Mme Laurence Cohen. – Rejet des deux amendements.

Adoption de l'article.

Articles additionnels après l'article 7 *bis* (p. 7988)

Amendement n° 176 de M. Roger Karoutchi. – Retrait.

Amendements identiques n° 60 rectifié *bis* de Mme Sylviane Noël, 432 de M. Emmanuel Capus et 606 rectifié de M. Dominique de Legge. – Retrait des trois amendements.

Amendement n° 61 rectifié *bis* de Mme Sylviane Noël. – Retrait.

Amendement n° 68 rectifié *quater* de Mme Brigitte Micou-leau. – Rejet.

Article 7 *ter* A (*nouveau*) (p. 7990)

Mme Christine Bonfanti-Dossat

M. Bernard Jomier

Amendement n° 485 du Gouvernement. – Rejet.

Adoption de l'article.

Article additionnel après l'article 7 *ter* A (p. 7991)

Amendement n° 598 de M. Michel Amiel. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Article 7 *ter* – Adoption. (p. 7991)

Article 7 *quater* (p. 7991)

Amendement n° 802 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 7 *quinquies* A (*nouveau*) – Adoption. (p. 7992)

Article 7 *quinquies* (p. 7992)

Amendement n° 803 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 457 rectifié de M. Michel Canevet. – Retrait.

Amendement n° 393 rectifié *bis* de Mme Élisabeth Doineau. – Adoption.

Amendement n° 671 rectifié de Mme Christine Lavarde. – Retrait.

Amendement n° 211 rectifié *bis* de Mme Martine Berthet. – Retrait.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 7 *quinquies* (p. 7994)

Amendement n° 493 rectifié *bis* de M. Daniel Chasseing. – Retrait.

Amendements identiques n° 367 rectifié *bis* de Mme Véronique Guillotin, 436 rectifié *bis* de Mme Martine Berthet et 504 rectifié *bis* de M. Daniel Chasseing. – Rejet des trois amendements.

Amendements identiques n° 163 rectifié de M. Gérard Dériot et 242 rectifié *ter* de M. Hugues Saury. – Retrait des deux amendements.

Article 7 *sexies* A (p. 7999)

Amendement n° 426 de M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable. – Rejet.

Adoption de l'article.

Articles additionnels après l'article 7 *sexies* A (p. 8000)

Amendements identiques n° 102 rectifié *bis* de Mme Dominique Estrosi Sassone et 665 rectifié *ter* de Mme Véronique Guillotin. – Rejet des deux amendements.

Amendement n° 276 rectifié de Mme Laurence Cohen. – Retrait.

Amendement n° 733 de Mme Laurence Rossignol. – Retrait.

Amendement n° 354 rectifié de Mme Maryse Carrère. – Retrait.

Amendements identiques n° 99 rectifié *ter* de Mme Dominique Estrosi Sassone et 175 rectifié *bis* de M. Roger Karoutchi. – Retrait des deux amendements.

Amendement n° 371 rectifié de Mme Véronique Guillotin. – Retrait.

Article 7 *sexies* B (p. 8004)

Amendement n° 464 du Gouvernement. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 7 *sexies* B (p. 8004)

Amendements identiques n° 74 rectifié *ter* de Mme Brigitte Micouleau, 132 rectifié *ter* de M. Jean Sol, 162 rectifié *ter* de M. Gérard Dériot, 253 de M. Yves Daudigny et 662 rectifié *ter* de Mme Véronique Guillotin. – Retrait des cinq amendements.

Article 7 *sexies* C (*supprimé*) (p. 8005)

Amendement n° 638 de Mme Nadia Sollogoub. – Rejet.

L'article demeure supprimé.

Articles additionnels après l'article 7 *sexies* C (p. 8006)

Amendement n° 605 rectifié *bis* de Mme Nadia Sollogoub. – Rejet.

Amendement n° 115 rectifié *ter* de Mme Chantal Deseyne. – Retrait.

Amendement n° 664 rectifié *bis* de Mme Véronique Guillotin. – Retrait.

Amendement n° 529 rectifié *bis* de M. Patrice Joly. – Rejet.

Article 7 *sexies* (p. 8008)

M. Jean-Pierre Decool

Amendement n° 652 rectifié *bis* de Mme Véronique Guillotin. – Retrait.

Amendement n° 267 rectifié *quater* de Mme Catherine Deroche. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 7 *septies* A (*nouveau*) (p. 8010)

Amendement n° 466 du Gouvernement. – Rejet.

Adoption de l'article.

Article 7 *septies* (*supprimé*) (p. 8011)

Amendement n° 368 rectifié de M. Jean-Yves Roux. – Retrait.

Amendement n° 639 de Mme Nadia Sollogoub. – Retrait.

Amendement n° 537 rectifié *ter* de M. Daniel Chasseing. – Rejet.

L'article demeure supprimé.

Articles additionnels après l'article 7 *septies* (p. 8012)

Amendements identiques n° 54 de Mme Françoise Ramond, 136 rectifié de Mme Christine Bonfanti-Dossat et 413 rectifié *bis* de M. Maurice Antiste. – Retrait des amendements n° 54 et 136 rectifié; rejet de l'amendement n° 413 rectifié *bis*.

Amendement n° 700 de M. Bernard Jomier. – Retrait.

Amendement n° 701 de M. Bernard Jomier. – Retrait.

Article 8 (p. 8014)

Mme Cathy Apourceau-Poly

M. Bernard Jomier

M. Guillaume Gontard

M. Dominique Théophile

M. Yves Daudigny

Mme Victoire Jasmin

Amendement n° 309 de Mme Laurence Cohen. – Rejet par scrutin public n° 140.

Amendement n° 355 rectifié de Mme Maryse Carrère. – Non soutenu.

Amendement n° 773 rectifié de M. Daniel Gremillet. – Retrait.

Renvoi de la suite de la discussion.

10. **Ordre du jour** (p. 8020)

| *Nomination de membres de commissions mixtes paritaires*
(p. 8020)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENCE DE M. VINCENT DELAHAYE

vice-président

Secrétaires :

**Mme Agnès Canayer,
Mme Annie Guillemot.**

M. le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à quatorze heures trente.)

1

PROCÈS-VERBAL

M. le président. Le compte rendu analytique de la précédente séance a été distribué.

Il n'y a pas d'observation?...

Le procès-verbal est adopté sous les réserves d'usage.

2

CANDIDATURES À DES COMMISSIONS MIXTES PARITAIRES

M. le président. J'informe le Sénat que des candidatures pour siéger au sein de commissions mixtes paritaires chargées d'élaborer un texte sur les dispositions restant en discussion sur le projet de loi pour une école de la confiance, sur le projet de loi portant création d'une taxe sur les services numériques et modification de la trajectoire de baisse de l'impôt sur les sociétés, ainsi que, éventuellement, sur le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, actuellement en discussion, ont été publiées.

Ces candidatures seront ratifiées si la présidence n'a pas reçu d'opposition dans le délai d'une heure prévu par notre règlement.

3

RAPPELS AU RÈGLEMENT

M. le président. La parole est à M. Bernard Jomier, pour un rappel au règlement.

M. Bernard Jomier. Monsieur le président, je veux appeler au calme et à la nécessaire sérénité de nos débats. La séance d'hier a parfois été marquée par des emportements regrettables, y compris sur nos travées.

Les premiers responsables de la sérénité des débats sont ceux qui les structurent et les organisent. Or ces deux derniers jours les déclarations des ministres ne sont pas de nature à apaiser nos discussions.

Madame la ministre, au sujet de la grève aux urgences à l'hôpital Lariboisière, vous avez déclaré que ce que faisaient les grévistes n'était pas bien, car ils occasionnaient à leurs collègues une surcharge de travail. Cette déclaration particulièrement maladroitement donne l'impression que vous voulez rendre ces professionnels responsables de la situation aux urgences, qui est ancienne et dramatique.

Cette déclaration pourrait n'être que le symptôme d'une maladresse si ce matin, votre collègue, Mme Sibeth Ndiaye, porte-parole du Gouvernement, n'avait attribué à son tour la situation aux urgences au défaut de la médecine de ville, à laquelle elle fait, quant à elle, porter une part de responsabilité.

Des responsables avaient déjà cru intelligent, au moment de la canicule du mois d'août de 2003, de mettre en cause les médecins de ville dans la surmortalité survenue à l'époque. Les enquêtes menées ont démontré que loin d'avoir failli à leur mission, ces professionnels avaient procédé, cet été-là, à plus d'actes que les années précédentes lors de périodes comparables.

Arrêtons de telles polémiques! Si nous avons parfois des désaccords sur le fond, nous les exprimons très tranquillement. À mon sens, les défis auxquels est confronté notre système de santé méritent mieux que cette double mise en cause. Les personnels sont en grève dans les services d'urgence pour attirer l'attention sur la gravité des dysfonctionnements et de la crise traversée par ce secteur et qui ne date pas d'hier. Quant aux médecins de ville, ils font de leur mieux pour répondre aux besoins de santé de notre population.

Retrouvons de la sérénité dans nos débats et je suis sûr que le résultat de nos travaux n'en sera que plus fructueux! *(Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain.)*

M. le président. Acte vous est donné de votre rappel au règlement, mon cher collègue. La sérénité est toujours bienvenue.

La parole est à madame la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Monsieur le président, mesdames, messieurs les sénateurs, il ne me semble pas que mon ton habituel dans cet hémicycle nuise à la sérénité des débats.

Monsieur le sénateur Jomier, quand on cite quelqu'un, il faut être exact. Je vous demanderai donc, quand vous reprenez les propos que j'ai tenus à la radio – vous avez les sources – de le faire avec exactitude, car ce que vous venez de dire est faux.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Rossignol, pour un rappel au règlement.

5

Mme Laurence Rossignol. Monsieur le président, je n'ai pas eu le temps de consulter les propos exacts de Mme la ministre. Toutefois, les extraits que j'ai écoutés – il manquait les propos antérieurs et postérieurs – ont été, je le sais, mal perçus par les personnels mobilisés dans les services d'urgence. Soixante-quinze d'entre eux luttent aujourd'hui dans notre pays et les urgentistes ne considèrent pas qu'ils font supporter, du fait de leur grève, une charge de travail supplémentaire à leurs pairs. La grève est un droit, madame la ministre! (*Mme la ministre acquiesce.*) Et les grévistes ne sont pas des mauvais collègues qui se déchargeraient de leurs responsabilités sur d'autres!

Nous travaillons sur un projet de loi qui va apporter des solutions au mieux dans une dizaine d'années. Or pendant que nous préparons l'avenir, l'urgence est là, autour de nous, dans ces services en grève. Il n'y a certes pas de solution unique, avez-vous dit, madame la ministre, mais il y a des solutions qui sont aujourd'hui réclamées par les personnels urgentistes.

Ces solutions consistent à mettre un terme aux fermetures de lits, à recruter de nouveaux soignants et à payer les heures supplémentaires. Ce n'est pas à l'ordre du jour de nos débats, mais c'est à l'ordre du jour dans le pays!

M. le président. Acte vous est donné de votre rappel au règlement, ma chère collègue.

4

MISES AU POINT AU SUJET DE VOTES

M. le président. La parole est à Mme Martine Berthet.

Mme Martine Berthet. Monsieur le président, je souhaite faire les rectifications de votes suivantes : concernant les scrutins publics n° 130, 132, 133, 134 et 135, Mme Sylviane Noël et M. Daniel Gremillet souhaitaient voter pour et non contre.

M. le président. La parole est à Mme Véronique Guillotin.

Mme Véronique Guillotin. Monsieur le président, pour ce qui concerne le scrutin n° 129, il est indiqué que je me suis abstenue, alors que je souhaitais voter contre.

M. le président. La parole est à Mme Élisabeth Doineau.

Mme Élisabeth Doineau. Monsieur le président, au sujet du scrutin n° 132, qui portait sur l'amendement n° 422, Mmes Dominique Vérien et Anne-Catherine Loisier, qui souhaitaient voter pour, sont réputées ne pas avoir participé au vote.

Sur le scrutin n° 134, M. Claude Kern a été noté comme votant contre, alors qu'il souhaitait voter pour.

M. le président. Acte est donné de ces mises au point. Elles seront publiées au *Journal officiel* et figureront dans l'analyse politique des scrutins.

ORGANISATION ET TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Suite de la discussion en procédure accélérée d'un projet de loi dans le texte de la commission

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 (projet n° 404, texte de la commission n° 525, rapport n° 524, avis n° 515 et 516).

Dans la discussion du texte de la commission, nous sommes parvenus, au sein du chapitre II du titre I^{er}, à l'examen d'amendements tendant à insérer des articles additionnels après l'article 4 *ter*.

TITRE I^{ER} (SUITE)

DÉCLOISONNER LES PARCOURS DE FORMATION ET LES CARRIÈRES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Chapitre II (*suite*)

FACILITER LES DÉBUTS DE CARRIÈRE ET RÉPONDRE AUX ENJEUX DES TERRITOIRES

Articles additionnels après l'article 4 *ter*

M. le président. Je suis saisi de huit amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 168 rectifié *quinquies*, présenté par MM. Moga, Mizzon et Janssens, Mmes Perrot et Vermeillet, M. Laurey, Mme Joissains, MM. Louault et Cigolotti, Mme Saint-Pé et M. Longeot, est ainsi libellé :

Après l'article 4 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Après l'article L. 4131-4 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4131-4-... ainsi rédigé :

« Art. L. 4131-4- – À l'issue de leur formation initiale, soit la fin du troisième cycle, les médecins désireux d'exercer leurs fonctions à titre libéral sont tenus de s'installer durant une période minimum de quatre ans dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins identifiées par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4.

« Ce dispositif s'applique également aux médecins titulaires de diplômes étrangers dans les conditions fixées par décret pris en Conseil d'État. »

II. – Le I ne s'applique pas aux médecins qui, à la date de la publication de la présente loi, avaient validé leur inscription dans le premier cycle d'études médicales.

La parole est à M. Jean-Pierre Moga.

M. Jean-Pierre Moga. Le problème de la démographie médicale constitue aujourd'hui l'un des enjeux majeurs pour de nombreux territoires, et par là même, pour un grand nombre de nos concitoyens. La problématique de l'accès aux soins est ainsi l'une des principales préoccupations ressorties du grand débat.

Pour tenter de remédier à cette situation, depuis vingt-cinq ans, des mesures incitatives, le plus souvent de nature financière, sont mises en place par les collectivités territoriales et par l'État, mais en vain.

C'est la raison pour laquelle nous proposons, par cet amendement, que, à l'issue de sa formation, tout médecin s'installe pour une durée minimale de quatre ans dans un secteur géographique où l'offre de soins est jugée insuffisante par l'agence régionale de santé.

Ce dispositif repose sur le principe selon lequel la collectivité nationale attend un acte de solidarité de la part des jeunes médecins : leur installation, pour une durée provisoire, dans un secteur sous-médicalisé.

C'est d'ailleurs cette logique qui prévaut déjà pour un certain nombre de formations et pour les contrats d'engagement de service public.

Lorsque l'on décide de devenir médecin, c'est, du moins je l'espère, parce que l'on souhaite soigner les autres. Or, pour ce faire, il faut accepter d'aller sur les territoires où se trouvent les patients. Aussi, il me semble que ce n'est pas infliger une punition ni être trop coercitif que de demander à un jeune médecin d'aller exercer, pour une durée déterminée, en zone tendue.

Cette mesure ne s'appliquerait qu'aux futurs étudiants en médecine qui se destinent à l'exercice libéral. Les étudiants actuels ne seraient pas concernés, car ils se sont engagés dans les études sans avoir connaissance d'une telle obligation.

Enfin, pour des raisons d'équité, ce dispositif s'appliquerait également aux titulaires de diplômes étrangers.

M. le président. L'amendement n° 150 rectifié *ter*, présenté par MM. Vaspart, Longeot, Bizet, Raison et Mandelli, Mme Morhet-Richaud, MM. Duplomb et Perrin, Mme L. Darcos, MM. Pellevat, Nougéin, D. Laurent, del Picchia, Paul, Panunzi et Revet, Mmes Troendlé et Deromedi, M. Genest, Mme Joissains, M. Danesi, Mme Garriaud-Maylam, MM. Meurant, Brisson et Priou, Mme Lanfranchi Dorgal, M. Chevrollier, Mme Lamure et MM. Segouin et Gremillet, est ainsi libellé :

Après l'article 4 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La section 4 du chapitre IV du titre III du Livre IV de la première partie du code de santé publique est complétée par un article L. 1434-13-... ainsi rédigé :

« Art. L. 1434-13- – La régulation des conditions de premier exercice est organisée au niveau régional par l'Agence régionale de santé en partenariat avec les universités. À l'obtention de sa qualification ou à l'issue de son post-internat, tout nouveau médecin est désormais tenu d'exercer, à titre d'installation ou de remplacement, pendant une période de trois ans au moins, dans la région où il a suivi son troisième cycle, au sein d'une zone qualifiée de sous-dense en offre de soins par l'Agence régionale de santé sur le territoire de laquelle il peut choisir librement où s'installer. »

La parole est à M. Michel Vaspart.

M. Michel Vaspart. Cet amendement est un peu similaire à celui qui vient d'être présenté. La répétition étant une forme de pédagogie, peut-être réussons-nous un jour à être entendus.

Au cours des quinze dernières années, les mesures incitatives – contrat d'aide à l'installation, contrat de médecin salarié financé par l'assurance maladie, salariat de médecins par des départements, voire des communes, et autres régimes fiscaux de faveur – se sont multipliées pour tenter de résoudre les problèmes de désertification médicale sans pour autant que les résultats obtenus aient été meilleurs.

M. le président. L'amendement n° 26 rectifié *bis*, présenté par M. Segouin, Mme Eustache-Brinio, MM. Lefèvre, Longuet, Revet et Morisset, Mme Deromedi et MM. Genest, Meurant, Laménie, Pellevat et Gremillet, est ainsi libellé :

Après l'article 4 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La section 4 du chapitre IV du titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique est complétée par un article L. 1434-13-... ainsi rédigé :

« Art. L. 1434-13- – La régulation des conditions de premier exercice est organisée au niveau régional par l'Agence régionale de santé en partenariat avec les universités.

« À l'obtention de sa qualification ou à l'issue de son post-internat, tout nouveau médecin, ressorti du dernier tiers du *numerus clausus* communiqué par l'université, est désormais tenu d'exercer, à titre d'installation ou de remplacement, pendant une période de trois ans au moins, dans la région où il a suivi son troisième cycle, au sein d'une zone qualifiée de sous-dense en offre de soins par l'Agence régionale de santé. Il peut choisir librement cette zone parmi celles qui ont été arrêtées par le directeur général de l'agence régionale de santé. »

La parole est à M. Vincent Segouin.

M. Vincent Segouin. Toujours dans le cadre de la lutte contre la désertification médicale, le *numerus clausus* sera supprimé dès 2020.

Le présent amendement a pour objet d'imposer au dernier tiers du *numerus clausus* sorti des études de s'installer dans des zones déficitaires à l'échelon régional. Cette proposition est plus nuancée que la solution visant à imposer à tous les étudiants nouvellement installés de s'implanter dans des territoires sous-denses. Le principe de méritocratie, qui s'applique tout au long des études de médecine, peut aussi concerner la première installation du jeune médecin.

M. le président. L'amendement n° 151 rectifié *ter*, présenté par MM. Vaspart, Longeot, Bizet, Raison et Mandelli, Mme Morhet-Richaud, MM. Duplomb et Perrin, Mme L. Darcos, MM. Pellevat, D. Laurent, del Picchia, Paul, Panunzi et Revet, Mmes Troendlé et Deromedi, M. Genest, Mme Garriaud-Maylam, MM. Meurant, Brisson et Priou, Mme Lanfranchi Dorgal, M. Chevrollier, Mme Lamure et MM. Segouin et Gremillet, est ainsi libellé :

Après l'article 4 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La section 4 du chapitre IV du titre III du livre IV de la première partie du code de santé publique est complétée par un article L. 1434-13-... ainsi rédigé :

« Art. L. 1434-13- – La régulation des conditions de premier exercice est organisée au niveau régional par l'Agence régionale de santé en partenariat avec les universités. À l'obtention de sa qualification ou à l'issue de son post-internat, tout nouveau médecin, ressorti du dernier tiers du *numerus clausus* communiqué par l'université, est désormais tenu d'exercer, à titre d'installation ou de remplacement, pendant une période de trois ans au moins, dans la région où il a suivi son troisième cycle, au sein d'une zone qualifiée de sous-dense en offre de soins par l'Agence régionale de santé sur le territoire de laquelle il peut choisir librement où s'installer. »

La parole est à M. Michel Vaspert.

M. Michel Vaspert. Je retire cet amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 151 rectifié *ter* est retiré.

L'amendement n° 27 rectifié *bis*, présenté par M. Segouin, Mme Eustache-Brinio, MM. Brisson, Longuet, Revet et Morisset, Mme Deromedi, MM. Genest, Perrin, Raison, Poniatowski, Meurant, Mandelli, Laménié et Pellevat, Mmes Canayer et Lamure et M. Gremillet, est ainsi libellé :

Après l'article 4 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 4131-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4131-6-... ainsi rédigé :

« Art. L. 4131-6- – Dans le cadre de leur première installation professionnelle, les étudiants en médecine mentionnés à l'article R. 6153-46 s'établissent durant les trois premières années dans le ressort géographique de l'académie dans lequel ils ont validé leur première année de médecine. »

La parole est à M. Vincent Segouin.

M. Vincent Segouin. Alors même qu'il existe une cartographie relative à l'installation de nombreux corps de métiers tels que les pharmaciens, les notaires ou les agents de la fonction publique, l'installation des médecins sur l'ensemble du territoire national ne fait l'objet d'aucune cartographie. Résultat : des zones sont désertées par la profession. C'est le seul cas ; nous n'avons pas de problème avec les autres professions de santé, je tiens à le rappeler.

Une cartographie médicale semble donc nécessaire pour inverser la vapeur de la désertification de certains territoires, dans le but de réduire considérablement la part des 15 % de personnes vivant en métropole dépourvue de médecin traitant, mais aussi pour protéger les pharmacies rurales menacées du fait de cette désertification.

Une fois cette cartographie établie et les zones dites tendues ou sous-dotées identifiées – la carte est d'ailleurs récemment parue dans un journal –, il est du devoir du législateur, conformément à la demande des maires ruraux et à la notion de service de l'intérêt général qu'il partage avec le milieu médical, de fournir en médecins les zones n'étant plus suffisamment dotées en offre médicale.

Après tant d'années de politiques incitatives inefficaces, il paraît nécessaire d'obliger des médecins à s'installer en zones tendues. Cet amendement a donc pour objet de rendre

obligatoires les trois premières années d'installation professionnelle dans le ressort de l'académie où la première année de médecine a été validée.

M. le président. L'amendement n° 122 rectifié *bis*, présenté par Mme Monier, MM. Sueur, Todeschini et Vaugrenard, Mmes Lepage et Meunier, MM. Antiste et Duran, Mme G. Jourda, MM. Manable, Mazuir, Fichet et Tissot, Mmes Perol-Dumont et Blondin, M. Marie, Mme Tocqueville, MM. Vallini et P. Joly, Mme Conconne et MM. Tourenne, Kerrouche, Courteau et Temal, est ainsi libellé :

Après l'article 4 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À titre expérimental, à partir du 1^{er} juillet 2020, pour une période de cinq ans, selon des modalités définies après concertation du Conseil national de l'ordre des médecins et des organisations les plus représentatives des étudiants et jeunes médecins libéraux, tout médecin débutant un exercice libéral exerce pour une durée au moins égale à trois ans dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, telles que définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, dans un délai de six mois à compter de la délivrance de leur diplôme d'État de docteur de médecine.

L'impact de cette expérimentation est évalué par le ministère chargé de la santé et le Conseil national de l'ordre des médecins dans le cadre de trois rapports communs. Un rapport d'évaluation est publié avant l'entrée en vigueur de la mesure, un autre est publié au plus tard au 1^{er} janvier 2023 et un dernier rapport est publié dans les six mois suivant la fin de la période d'expérimentation.

La parole est à Mme Gisèle Jourda.

Mme Gisèle Jourda. Je prends le risque de la répétition, qui a aussi des vertus pédagogiques ! (*Sourires.*)

Afin d'agir contre la désertification médicale galopante dans nos territoires, cet amendement a pour objet d'imposer à tout nouveau médecin libéral une obligation d'exercer pour une durée au moins égale à trois ans dans une zone sous-dotée qu'il choisit, ce à titre expérimental sur cinq ans, pour donner plus de perspectives au dispositif.

Madame la ministre, un territoire qui ne peut plus soigner ses habitants est un territoire qui se meurt ! Or je le sais depuis peu, le village de Tuchan, dans l'Aude, vient de perdre un nouveau médecin généraliste, ce qui met un terme à la desserte médicale.

Les zones sous-denses représentent aujourd'hui non seulement une urgence sanitaire et une urgence sociale, mais aussi une urgence en termes d'égalité des territoires. Votre texte ne répond pas à la situation dramatique que nous connaissons dans nos communes. Il n'existe pas de solution unique, certes, mais il faut disposer d'un éventail de solutions ! De fait – cela a déjà été dit –, les mesures incitatives sont malheureusement insuffisantes et la situation empire !

Parce que le droit à la santé et l'égal accès de tous aux soins doivent nous guider dans ce débat, il est temps d'instaurer sans délai des mesures plus régulatrices, sans doute plus contraignantes, car nous n'avons plus le choix ! Les mesures

coercitives ne fonctionneraient pas très bien, selon vous. Mais pour lutter contre les inégalités, pouvez-vous nous citer des possibilités autres que la régulation ou l'encadrement ?

D'ailleurs, de tels dispositifs existent pour d'autres professions : les enseignants, les policiers, les notaires, les huissiers, les infirmiers, les kinésithérapeutes et les pharmaciens. Dans quel métier n'existe-t-il pas de contraintes ?

Cela dit, il ne me semble pas injuste de demander aux médecins de s'engager avec nous pour aboutir à une répartition plus harmonieuse sur l'ensemble du sol national.

Permettons au moins l'expérimentation de cette mesure ! Ne restons pas frileux, mes chers collègues ! Il faut évaluer les effets de cette préconisation et savoir si elle peut, réellement ou non, être efficiente pour réduire la désertification médicale. Le nombre d'années proposé – trois ans – me paraît adéquat pour permettre à cette expérimentation de répondre à l'objectif fixé.

M. le président. L'amendement n° 117 rectifié *ter*, présenté par M. L. Hervé, Mme Tetuanui, MM. Détraigne, Janssens et Moga, Mme Saint-Pé, M. Longeot et Mme Létard, est ainsi libellé :

Après l'article 4 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À titre expérimental, à partir du 1^{er} juillet 2020, pour une période de cinq ans, selon des modalités définies après concertation du Conseil national de l'Ordre des médecins et des organisations les plus représentatives des étudiants et jeunes médecins libéraux, tout médecin débutant un exercice libéral exerce pour une période d'un an dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, telles que définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

L'impact de cette expérimentation est évalué par le ministre chargé de la santé et le Conseil national de l'Ordre des médecins dans le cadre de trois rapports communs. Un rapport d'évaluation est publié avant l'entrée en vigueur de la mesure, un autre est publié au plus tard au 1^{er} janvier 2023 et un dernier rapport sera publié dans les six mois suivant la fin de la période d'expérimentation.

La parole est à M. Loïc Hervé.

M. Loïc Hervé. Cet amendement s'inscrit dans la droite ligne de celui que j'ai défendu hier soir et dont M. le rapporteur avait même dit qu'il était original.

Afin de lutter le plus efficacement possible contre la désertification médicale, il vise à instaurer, à titre expérimental, pour une durée cinq ans à partir du 1^{er} juillet 2020, l'obligation pour tout nouveau médecin libéral d'exercer pendant un an dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, selon la définition des agences régionales de santé.

Les modalités précises de la mise en œuvre de cette mesure sont définies après concertation du Conseil national de l'ordre des médecins et des organisations les plus représentatives des étudiants et jeunes médecins libéraux.

L'incidence de cette expérimentation est évaluée par le ministère chargé de la santé et le Conseil national de l'ordre des médecins dans le cadre de trois rapports

communs. Un rapport d'évaluation est publié avant l'entrée en vigueur de la mesure, un autre sortira au plus tard au 1^{er} janvier 2023 et le dernier rapport sera disponible dans les six mois suivant la fin de la période d'expérimentation.

M. le président. L'amendement n° 346 rectifié, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 4 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La section 4 du chapitre IV du titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique est complétée par un article L. 1434-13-... ainsi rédigé :

« *Art. L. 1434-13-* – Une expérimentation, dans les territoires volontaires, d'une régulation des conditions de premier exercice est organisée au niveau régional par l'agence régionale de santé en partenariat avec les universités.

« À l'obtention de sa qualification ou à l'issue de son post-internat, tout nouveau médecin est désormais tenu d'exercer, à titre d'installation ou de remplacement, pendant une période de deux ans au moins, dans la région où il a suivi son troisième cycle, au sein d'une zone qualifiée de sous-dense en offre de soins par l'agence régionale de santé. Il peut choisir librement cette zone parmi celles qui ont été arrêtées par le directeur général de l'agence régionale de santé.

« Une évaluation est menée pour connaître les effets en matière de renoncement aux soins et de maintien dans les territoires des praticiens. »

La parole est à Mme Cathy Apourceau-Poly.

Mme Cathy Apourceau-Poly. Les gouvernements successifs, dont le vôtre, madame la ministre, sont responsables des politiques d'austérité qui suppriment des services publics locaux dans les territoires ruraux et urbains.

Les choix politiques qui ont été faits ont entraîné des zones dépourvues de tout service de proximité.

En conséquence, les jeunes médecins ayant une famille et qui s'installent choisissent les territoires les mieux dotés en services publics essentiels et en infrastructures du quotidien.

Nous sommes convaincus que les médecins ne doivent pas être punis à la place des décideurs politiques qui ont supprimé les services publics de proximité.

Pour changer cela, je le répète, seule une politique globale de revitalisation permettra de résoudre durablement la problématique de l'attractivité des territoires.

En attendant, l'urgence sanitaire nécessite de dépasser les mesures incitatives et d'étendre aux médecins libéraux un dispositif de régulation à l'installation. Un tel mécanisme existe déjà pour plusieurs autres professionnels de santé comme les pharmaciens, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les sages-femmes ou les chirurgiens-dentistes.

Notre amendement a été conçu pour tenir compte des particularités des territoires, mais aussi des contraintes des étudiants tout en donnant de la souplesse au dispositif.

Nous proposons donc aux territoires volontaires d'expérimenter l'installation pendant deux ans dans les zones sous-dotées.

L'article 40 de la Constitution nous empêchant de proposer des mesures financières, une compensation financière, sous forme d'annuités de retraite, par exemple, pourrait être envisagée.

Une évaluation des résultats des mesures de régulation est proposée.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales, rapporteur. Je vais, avant de donner l'avis de la commission, résumer les propositions contenues dans les sept amendements restants.

L'amendement n° 168 rectifié *quinquies*, présenté par M. Moga, vise à instaurer une obligation pour les nouveaux diplômés de médecine souhaitant exercer à titre libéral de s'installer pendant au moins quatre ans dans une zone sous-dotée.

L'amendement n° 150 rectifié *ter*, présenté par M. Vaspart a, quant à lui, pour objet d'instaurer une obligation pour les nouveaux médecins de s'installer ou d'effectuer un remplacement pendant au moins trois ans dans une zone sous-dotée de la région où ils ont suivi leur troisième cycle.

L'amendement n° 26 rectifié *bis*, présenté par M. Segouin, tend à créer une obligation pour les nouveaux médecins classés dans le dernier tiers du *numerus clausus* de s'installer ou d'effectuer un remplacement pendant au moins trois ans dans une zone sous-dotée de la région où ils ont suivi leur troisième cycle.

L'amendement n° 27 rectifié *bis*, également défendu par M. Segouin, vise à créer une obligation pour les nouveaux diplômés en médecine d'effectuer leurs trois premières années d'exercice dans le ressort géographique de l'académie dans laquelle ils ont validé leur première année de médecine, c'est-à-dire neuf ans avant.

L'amendement n° 122 rectifié *bis*, présenté par Mme Jourda, porte sur l'expérimentation pour cinq ans d'une obligation d'exercer pendant au moins trois ans en zone sous-dense pour les jeunes médecins dans les six mois suivant l'obtention de leur diplôme.

L'amendement n° 117 rectifié *ter*, de M. Hervé, a pour objet de créer une expérimentation pour cinq ans d'une obligation d'exercer pendant un an en zone sous-dense pour les jeunes médecins.

Enfin, l'amendement n° 346 rectifié tend à créer dans les territoires volontaires une expérimentation pendant cinq ans d'une obligation pour les nouveaux diplômés d'exercer deux ans dans une zone sous-dotée de la région où ils ont obtenu leur troisième cycle.

La commission est évidemment défavorable à l'ensemble de ces amendements.

Je suis certain, mes chers collègues, que les jeunes médecins ne comprendraient pas que nous définissions à leur égard une telle obligation de service, et je partage complètement ce point de vue.

Plusieurs arguments doivent être avancés.

Premièrement, gardons bien à l'esprit que la durée des études de médecine a été significativement allongée au cours des dernières années. Actuellement, elle est au minimum de neuf ans et la tendance à l'allongement se poursuit.

À la différence, par exemple, des jeunes professeurs ou des jeunes policiers – leurs exemples ont été cités – qui sont, quant à eux, des fonctionnaires, les médecins qui obtiennent aujourd'hui leur diplôme sont des jeunes adultes. Ils ont la trentaine, si ce n'est plus, et nombre d'entre eux ont construit une famille. Il me paraît difficile de les obliger à servir dans un autre territoire que celui dans lequel ils ont peut-être déjà bâti leur foyer.

Deuxièmement, certaines zones sous-dotées ne sont pas seulement des déserts médicaux; ce sont malheureusement, et c'est regrettable, des déserts tout court. Je ne trouve pas légitime de demander à des médecins de répondre seuls à des problèmes relevant de l'aménagement du territoire dans des zones où ni des écoles ni des services publics élémentaires n'ont été maintenus par l'État – je rejoins sur ce point le groupe CRCE.

Selon moi, c'est bien en amont, lors du parcours de formation des étudiants, que nous devons encourager ceux-ci à l'exercice en ambulatoire, notamment en leur faisant découvrir l'exercice en zone sous-dense. Tel est le sens de l'amendement n° 1 rectifié *quater*, que nous avons adopté avant-hier soir à l'article 2.

Je souhaite maintenant dire quelques mots particuliers au sujet de l'amendement n° 26 rectifié *bis*, qui réserve cette obligation de service aux seuls médecins figurant dans le dernier tiers du classement.

Il présente de très sérieux problèmes rédactionnels, qui font obstacle à l'inscription de ses dispositions dans la loi. Je pense, par exemple, à la référence au *numerus clausus*, dorénavant absente de la loi.

Surtout, sur le fond, je m'étonne du sens de cet amendement. Faut-il comprendre que l'exercice en zone sous-dotée constituerait une sanction pour les étudiants les plus mal classés? Faut-il comprendre que ces zones devraient se contenter des praticiens du plus faible niveau? Je ne suis pas certain que cela soit le bon message à envoyer ni aux habitants de ces territoires ni aux étudiants en médecine!

Pour l'ensemble de ces raisons, j'émet, au nom de la commission, un avis défavorable sur l'ensemble de ces amendements. (*Mme Catherine Deroche et M. Claude Kern applaudissent.*)

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Défavorable!

M. le président. La parole est à M. Michel Amiel, pour explication de vote.

M. Michel Amiel. Avant mon explication de vote, je veux revenir sur la sérénité à laquelle faisait allusion M. Jomier. Il est vrai que l'heure n'est pas tellement à la sérénité, notamment sur le sujet qui nous occupe.

J'en veux pour preuve le communiqué de presse sorti hier à propos des prises de position du Sénat, en particulier celles qui concernent le troisième cycle des études médicales. Je n'ose pas imaginer ce que les jeunes médecins et internes vont écrire si les amendements qui viennent d'être exposés étaient adoptés!

Je vous donne lecture de quelques extraits du communiqué précité : « Le Sénat marche sur la tête et préconise de brader la formation des médecins. »

« Nous rappelons à l'ensemble des parlementaires qu'il est nécessaire aux futurs médecins d'avoir une formation de qualité pour bien prendre en charge leurs patients dans l'exercice de leur futur métier. »

« Il est inacceptable de brader la formation des futurs médecins pour répondre aux problématiques d'accès aux soins engendrées par des erreurs politiques d'il y a trente ans. »

« Les sénateurs souhaitent-ils une médecine à deux vitesses? »

Le communiqué conclut en ces termes : « L'ensemble des jeunes et futurs médecins somment – somment! – le Parlement de revenir à la raison. »

Pour ce qui est de la sérénité, cela commence mal!

J'en arrive aux amendements qui viennent d'être exposés. Si jamais ils étaient adoptés, ce serait la fin de la médecine libérale. S'il s'agit de passer à un autre système de santé, pourquoi pas? Qu'on le dise tout de suite! Nous aurons des médecins salariés, des médecins fonctionnaires qui, comme le rappelait M. le rapporteur, devront s'installer dans des zones sous-denses selon des critères qui seront à déterminer.

En ce qui me concerne – et je pense que nous sommes nombreux à partager ce point de vue –, je ne souhaite pas la disparition de la médecine libérale. En revanche, si c'est ce que désirent les jeunes médecins, madame la ministre, entamons alors une concertation et faisons en sorte que désormais la médecine libérale que nous avons tous connue disparaisse! On verra quelle médecine nous aurons sur notre territoire!

Mon groupe votera bien évidemment contre tous ces amendements.

M. le président. La parole est à M. Vincent Segouin, pour explication de vote.

M. Vincent Segouin. Pour avoir écouté les arguments de M. le rapporteur, je comprends qu'il est très préoccupé par le message que nous allons envoyer aux médecins et par leur confort. (*Mme Florence Lassarade proteste.*)

Je ne veux pas faire de polémique, je ne suis pas ici pour cela. Cependant, on a tendance à oublier que 15 % des personnes n'ont pas de médecin. Tous les groupes le répètent depuis deux jours, et cela dure depuis plus de dix ans.

Mme Éliane Assassi. Il faudrait le dire au moment du PLFSS!

M. Vincent Segouin. Et nous ne trouvons pas de solution.

Ce matin, en nous réveillant, nous avons entendu que les urgentistes sont en grève. Je veux préciser que s'il y a maintenant autant de monde dans les services d'urgence, c'est parce que ces personnes n'ont pas de médecin. Les urgences sont bloquées, débordées alors que de nombreux cas qui leur sont soumis ne relèvent pas de leur domaine. Tout le système est en train de se gripper. Or la préoccupation majeure de cette assemblée, c'est de préserver le confort des jeunes étudiants en médecine.

Notre discussion ne va pas dans le bon sens, car elle ne pense pas aux Français!

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Tourenne, pour explication de vote.

M. Jean-Louis Tourenne. J'ai entendu tous les arguments développés – avec un certain nombre d'excès d'ailleurs. Laisser entendre, par exemple, que la profession ne serait plus libérale si on imposait pendant trois ans au jeune médecin d'être affecté dans un milieu sous-dense me paraît un peu exagéré et peu conforme à l'idée que je me fais de la sagesse du Sénat.

Il est indéniable que l'on a, au cours des années, tout essayé en préservant la liberté des médecins. On a tenté l'incitation, mais on s'est aperçu, à chaque fois, que cela ne donnait pas de résultats.

Aujourd'hui encore, un certain nombre de pistes ont été tracées; on nous laisse entendre qu'il y aurait cette fois de l'espoir. Je crois pour ma part que le résultat sera reporté indéfiniment, que nous ne serons pas plus satisfaits qu'aujourd'hui et que nos campagnes vont se désertifier encore davantage.

Les discours que j'ai entendus sur ce sujet montrent en tout cas que, si nous ne résolvons pas le problème de la désertification médicale de nos territoires ruraux, nous aurons du moins accompli un exploit, et ce à plusieurs reprises: nous aurons montré combien de virtuosité et de rhétorique le Sénat est capable de déployer pour expliquer, à chaque nouvelle proposition, que ce n'est pas possible.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. Je m'étonne que certains parlementaires s'offusquent de communiqués de presse qui commentent nos décisions. Je ne vois pas pourquoi l'on ne pourrait pas commenter les choix des sénatrices et des sénateurs que nous sommes. Toutes les décisions font l'objet de commentaires, y compris celles du Gouvernement. C'est ainsi, c'est la vie démocratique!

Je veux quand même apporter de la précision à ce débat. Mon groupe a déposé un amendement, présenté par Cathy Apourceau-Poly, visant à tenter une expérimentation.

Nous sommes favorables à la présence d'une médecine de ville au côté de la médecine hospitalière. Nous pensons que les deux sont nécessaires et qu'elles sont complémentaires. Je tiens d'ailleurs à redire que le déficit actuel de professionnels de santé et, en particulier, de médecins, touche autant les praticiens libéraux que ceux qui exercent en milieu hospitalier. Voilà la difficulté à laquelle nous sommes confrontés.

Je veux, mes chers collègues, attirer votre attention sur un point: je pense que les choses ont évolué, y compris dans la Haute Assemblée. Il y a quelques années, notre groupe était presque le seul à proposer certaines mesures coercitives. Une évolution a eu lieu quant à ces mesures: je m'aperçois que, devant l'urgence de la situation, sur toutes les travées de notre assemblée, on se retrouve à essayer de trouver des solutions pour pallier le déficit de médecins.

Il faut pourtant être logique. Notre système de santé doit pouvoir bien marcher sur ses deux jambes, médecine de ville et médecine hospitalière. J'espère que la même unanimité régnera quand il nous faudra prendre des décisions sur les fermetures d'hôpitaux de proximité.

Quand, à l'automne prochain, on soumettra à notre vote le budget de la sécurité sociale, j'espère, mes chers collègues, que vous aurez à l'esprit les conséquences sur vos territoires des budgets de restriction que vous adoptez. On ne peut en effet pas déconnecter la politique menée aujourd'hui en matière de santé sur nos territoires des choix relatifs au budget de la Nation et, singulièrement, de celui de la sécurité sociale.

Il faut donc bien avoir en tête cette architecture si l'on veut défendre effectivement un système de santé qui réponde aux besoins sur tous les territoires. Pardonnez-moi, mais c'est un peu trop facile de défendre des amendements dont on sait pertinemment qu'ils auront une portée limitée si les moyens ne sont pas débloqués! (*Applaudissements sur les travées du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.*)

M. le président. La parole est à Mme Véronique Guillotin, pour explication de vote.

Mme Véronique Guillotin. Je suis absolument défavorable aux mesures de coercition; ce n'est pas une surprise, et je ne répéterai pas les arguments que nous a exposés M. le rapporteur, auxquels je souscris.

Plusieurs choses m'interpellent pourtant.

D'abord, j'ai entendu comparer les médecins aux instituteurs et aux policiers, qui sont des fonctionnaires, et non les membres d'une profession libérale. Se joue ici l'enjeu d'une médecine libérale ou d'une médecine salariée. J'estime que le système de santé français, qui est très bon, repose sur une médecine libérale qui est enviée partout. Reste à la réorganiser!

Par ailleurs, je suis surprise par le pêle-mêle de notre discussion. Depuis hier, on redouble dans cet hémicycle d'idées de mesures: un coup, ce sont des stages, un coup, des formations; un coup, c'est obligatoire, un coup, ça ne l'est pas; un coup, c'est pour trois ans, un coup, c'est pour quatre ans...

Dans quelque temps, nous devons examiner un projet de loi procédant à une réorganisation complète du système de santé ambulatoire. Il est important de l'étudier. Pour ma part, je place de bons espoirs dans les CPTS, les communautés professionnelles territoriales de santé, qui donnent des outils aux professionnels de santé. Il n'y a rien de plus démocratique que de s'emparer ainsi des outils d'organisation sur les territoires. Cela se fera avec l'aide des collectivités, qui devront absolument se mettre au travail pour rendre leurs territoires attractifs.

Travaillons donc plutôt sur ce projet de loi et perfectionnons ces outils, qui ont un intérêt particulier.

Je veux aussi rappeler que le présent texte comporte une ouverture du *numerus clausus*, ce qui n'a jamais été fait. J'ai entendu hier, tant sur une partie de la droite que sur une partie de la gauche de cet hémicycle, dire que rien n'était fait dans ce projet de loi. Je m'inscris en faux contre de tels propos.

Il est en revanche certain, madame la ministre, que ce texte aura besoin de moyens. Il va falloir déployer ce plan, qui peut s'avérer efficace, mais il faudra, pour ce faire, mouiller le maillot sur les territoires. C'est ainsi qu'on les fera agir et qu'on parviendra, probablement, à un bon maillage sur chaque territoire et pour chaque patient. (*Applaudissements sur les travées du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen.*)

M. le président. La parole est à Mme Gisèle Jourda, pour explication de vote.

Mme Gisèle Jourda. On pourrait sourire de cette situation si elle n'était pas si triste. D'abord, il ne faut pas nous caricaturer les uns les autres. Pourquoi intervenons-nous dans ce débat? Certains collègues l'ont bien dit: nous sommes la voix de la ruralité.

Que constatons-nous? Alors que les lois s'enchaînent au fil du temps, nous voyons dans nos départements – je le remarque dans le mien, mais j'ai entendu mes collègues raconter des histoires similaires –, en tout cas, dans la région Occitanie, les territoires hyper-ruraux se vider de tous les services publics et de tous les services de santé. On a vu les hôpitaux s'éloigner: il n'y a plus que deux centres hospitaliers dans mon département, et les centres hospitaliers secondaires ne traitent pas les urgences. Certains territoires se trouvent à trente-cinq minutes d'un médecin: il n'y a plus de médecins généralistes, les cabinets ferment leurs portes et les pays se meurent.

Si nous avons déposé ces amendements, ce n'est pas du tout pour punir les médecins; c'est parce que nous avons envie de médecins. Nous avons des territoires attractifs. Certains maires se sont battus et ont endetté leur commune pour créer des maisons de santé, mais les médecins n'y sont que de passage, ils ne restent que six mois!

Nous souhaitons que les médecins demeurent plus longtemps sur nos territoires: nous avons fixé une période de trois ans, afin qu'ils puissent appréhender la culture de ces territoires ruraux et leur tissu social et environnemental. C'est ainsi qu'ils pourront s'implanter, tout simplement! Il n'est question de punir personne!

Ma chère collègue, vous avez rejeté la comparaison entre les médecins et les policiers, qui sont des fonctionnaires, mais les infirmiers libéraux ont eux aussi des obligations, de même que les kinésithérapeutes. Or ils sont restés sur nos territoires. Je ne vois donc pas en quoi ce serait une punition de demander à des médecins, que nous aimons et que nous respectons, de venir repeupler nos territoires. Cela permettrait au tourisme de se développer et aux populations autochtones de demeurer sur des territoires de vie ruraux qui reprennent corps, avec l'installation de nouvelles populations.

Je vous demande donc de soutenir ces amendements, mes chers collègues, d'autant qu'ils ont un caractère seulement expérimental. Tentons-le! Nous n'essayons rien; apparemment, nous avons des positions figées. Je demande par ailleurs à certains d'entre vous de sortir de leur corporatisme et de prêter attention à l'universel et à l'intérêt général. (*Applaudissements sur des travées du groupe socialiste et républicain.*)

M. le président. J'ai reçu plusieurs autres demandes de parole pour explication de vote. Chacun aura droit à la parole, mais je tiens à rappeler que le débat a déjà eu lieu hier, pendant trois heures, et que beaucoup d'arguments ont été développés.

La parole est à Mme Catherine Deroche, pour explication de vote.

Mme Catherine Deroche. Je prends d'autant plus volontiers la parole, monsieur le président, que je ne me suis pas exprimée hier.

J'entends les propos de mes collègues, nous entendons les mêmes propos sur nos territoires. Nous sommes tous, en effet, à l'écoute des maires. Dans la région Pays de la

Loire, nous leur avons adressé un questionnaire sur les problématiques de la ruralité : il s'est avéré que l'accès aux soins et l'accès au numérique étaient les deux inquiétudes principales des élus.

Je veux toutefois rappeler que ce n'est pas un problème uniquement rural, car il se pose aussi parfois dans les villes. Dans le département de la Mayenne, que connaît bien Élisabeth Doineau, on rencontre de grosses difficultés à la préfecture, Laval ; en revanche, les choses vont très bien dans un coin de ce département où s'est opérée, il y a très longtemps déjà, une prise en compte par les médecins eux-mêmes et, plus largement, par tous les professionnels de santé, de ces problématiques et où est née une volonté de travailler en exercice coordonné. Véronique Guillotin et moi-même avons aussi pu constater un tel phénomène lorsque nous sommes allées dans la Meuse : plus de 50 % des médecins sont maîtres de stage et pratiquent en exercice coordonné : de ce fait, de nouveaux médecins s'installent dans ces zones.

J'estime donc qu'il faut laisser s'exprimer les initiatives locales des élus et des professionnels de santé. C'est ainsi qu'on parviendra à trouver, au sein de chaque territoire, un système qui fonctionne.

Il est vrai qu'on est aujourd'hui dans le creux de la vague ; c'est pourquoi la solution consistant à s'en remettre à ceux qui finiront leurs études dans quelques années, quand on en sera sorti, ne saurait fonctionner.

On ne peut pas gérer la pénurie par la coercition. Le cas des médecins est différent de celui des autres professionnels de santé, tels que les infirmiers, dont le nombre était important et qu'il fallait donc réguler. Mais citez-moi seulement, mes chers collègues, des zones sur-denses dans vos territoires : moi, je n'en connais pas !

Il faut donc, à mon sens, en rester sur ce point à la solution actuelle : une foulitude de moyens permettant d'améliorer les choses pendant ces années difficiles. Les CPTS peuvent y contribuer, quand elles sont laissées à l'initiative des acteurs locaux.

Quant aux étudiants en médecine, dont nous subissons quelque peu la pression depuis quelques jours, je ne leur jette pas la pierre. On nous dit que leurs études coûtent cher, mais cette remarque concerne tous les étudiants, quels qu'ils soient. Rappelons simplement que les étudiants en médecine travaillent dur au cours de leur première année, mais aussi par la suite ; ils font vivre les hôpitaux de leur travail. Dès lors, je trouve difficile à avaler qu'on les considère, somme toute, comme des nantis par rapport aux autres étudiants ; je pense qu'ils ne méritent pas cela.

En revanche, il serait bon qu'ils soient réceptifs aux dispositions que nous avons proposées pour que, en dernière année de leurs études, ceux qui se destinent à la médecine générale, ...

M. le président. Il faut conclure !

Mme Catherine Deroche. ... et non pas ceux qui s'orientent vers des spécialités, puissent se tourner vers les territoires en difficulté qui seront leur lieu d'exercice futur. Cela, j'y suis favorable ! (*Mme Florence Lassarade applaudit.*)

M. le président. La parole est à Mme Cathy Apurcau-Poly, pour explication de vote.

Mme Cathy Apurcau-Poly. Madame la ministre, monsieur le rapporteur, vous ne prenez pas tout à fait la mesure de ce qui est en train de se passer dans nos territoires.

Nous examinons depuis hier des amendements similaires, mais rien n'est fait pour essayer de régler le problème. On n'a plus de médecins traitants, on n'a plus de médecins de ville ! Il ne se passe pas une journée sans que, en tant qu'élus, nous ne recevions des coups de téléphone de familles, de personnes qui nous demandent comment faire. Ils ont des enfants, mais ils n'ont plus de médecin traitant.

Alors, je veux bien admettre tout ce qu'on veut, mais il faut quand même, au bout d'un moment, prendre la mesure de ce qu'on est en train de vivre sur nos territoires.

Pour ma part, je ne suis pas favorable à l'imposition de mesures coercitives, mais nous avons défendu un amendement, quelque peu différent des autres, par lequel nous proposons à la fois une mesure d'incitation et l'évaluation future de cette mesure. C'est toujours pareil : on prend bien souvent des mesures sans ensuite les évaluer. Or nous pouvons quand même le reconnaître : de toutes les mesures adoptées jusqu'à présent, aucune n'a fonctionné !

Je suis assez d'accord avec ma collègue Laurence Cohen : aujourd'hui, quand il n'y a plus de médecine de ville, plus de médecins traitants, que font les gens ? Ils se rendent aux urgences, qui sont complètement encombrées. J'habite Avion, dans le Pas-de-Calais, tout près de Lens : ce phénomène y est si développé que certains médecins urgentistes sont aujourd'hui en burn-out ; ils n'en peuvent plus. Il y a des démissions en cascade, et les urgences ne pourront peut-être pas ouvrir pendant la période estivale faute d'un nombre suffisant de médecins pour les faire fonctionner.

Quand d'aussi larges populations – 250 000 habitants, en l'occurrence – n'ont plus de service d'urgence ni de médecine de ville, je ne vous dis pas ce que cela va donner si l'on ne prend pas la mesure de la situation ! (*Mme Michelle Gréaume applaudit.*)

M. le président. La parole est à M. Daniel Chasseing, pour explication de vote.

M. Daniel Chasseing. Je peux comprendre ces amendements, du fait de la pénurie de médecins que l'on observe dans nos territoires. Elle n'a d'ailleurs rien à voir avec le dynamisme de ces territoires : il y a des territoires ruraux ou périurbains qui se développent, mais qui manquent quand même de médecins. Pourquoi une telle situation ? On paie aujourd'hui les choix faits il y a une vingtaine d'années autour du *numerus clausus*. En outre, la vie que souhaitent mener les médecins à l'heure actuelle est différente, d'autant que la féminisation de la profession est beaucoup plus importante.

Une solution était possible, à savoir la proposition qu'a faite tout à l'heure M. le rapporteur. Il a reparlé de l'article 2 et de la possibilité d'envoyer en pratique ambulatoire les étudiants en dernière année de troisième cycle, après neuf ans d'études de médecine. Ils seraient encadrés par un maître de stage ou par un médecin référent.

Il ne faut pas dire, comme cela a été écrit dans la presse, que nous bradons l'instruction des futurs médecins : c'est complètement faux ! Certes, il faut peut-être encadrer ces stages, les mettre en place prudemment, mais cette proposition tout à fait intéressante pouvait régler une grande partie des problèmes dans les zones sous-denses.

Alors, je comprends tout à fait les auteurs des présents amendements, puisqu'on va assister à une véritable catastrophe dans nos territoires ruraux. Je pense néanmoins que, si les dispositions que j'ai évoquées étaient mises en

place, de manière coordonnée avec les CPTS, les projets territoriaux de santé et l'hôpital, on pourrait alors résoudre, tranquillement, une grande partie de ces problèmes.

C'est pourquoi, même si je comprends ces amendements, dont l'esprit est beaucoup plus coercitif, je ne les voterai pas.

M. le président. La parole est à Mme Élisabeth Doineau, pour explication de vote.

Mme Élisabeth Doineau. Je comprends l'émotion, je comprends l'insatisfaction et je comprends même la colère, parce que chacune et chacun d'entre nous subit la pression des élus, de nos concitoyens et, surtout, de ces patients qui n'ont pas de médecin traitant.

Je sais que vous comprenez aussi cette colère, madame la ministre, mais vous savez bien que les mesures que vous proposez, et qui sont proposées depuis des années, ne donneront pas le résultat que vous escomptez. En effet, on sait très bien que les jeunes médecins sont aujourd'hui très peu nombreux – 3 % seulement – à vouloir exercer seuls ; ils ne remplaceront donc pas le médecin du village qui partira.

Je veux rappeler que les étudiants en médecine reçoivent énormément de propositions à la fin de leurs études : ils peuvent devenir médecins pour la PMI, la protection maternelle et infantile, médecins dans les industries, médecins scolaires, ou encore médecins du travail. Ils ne choisiront donc pas forcément de s'installer dans les territoires les plus dépeuplés.

Je le regrette autant que vous, mes chers collègues, mais si l'on instituait des mesures coercitives, comme vous le proposez, ils feraient encore plus ce choix : après neuf ans d'études, quand ils auront une vie familiale et un conjoint qui travaille dans la ville où ils ont fait leurs études, ils ne parcourront pas forcément des kilomètres pour aller dans vos territoires.

En revanche, je veux souligner que les territoires qui ont réfléchi très en amont à ces sujets s'en sortent progressivement. Je donnais hier l'exemple de l'Aveyron : regardez ce qu'a fait ce département, c'est extraordinaire !

Dans nos départements, on subit une pénurie de médecins dans les campagnes, mais aussi dans les villes. L'exemple de Laval, qu'évoquait Catherine Deroche, est instructif. Effectivement, nous y avons mis en place une sorte de cabinet éphémère ; il est tenu par des médecins maîtres de stage universitaires, qui sont en cumul emploi-retraite ; ils forment les jeunes médecins qui s'installeront, dans quelques années, dans les maisons de santé pluridisciplinaires.

Alors, je crois qu'il faut faire des efforts, mais il faut les faire tous ensemble. Il faut travailler, il faut mouiller le maillot, comme disait Véronique Guillotin, mais je ne voudrais pas entendre dire qu'il n'est rien fait : si vous allez sur le site du Gouvernement, vous constaterez une hausse de 17 % du nombre de maîtres de stage universitaires. (*Mme Sophie Joissains applaudit.*)

M. le président. La parole est à Mme Sophie Taillé-Polian, pour explication de vote.

Mme Sophie Taillé-Polian. Je comprends totalement la colère qui s'exprime, ainsi que l'inquiétude dont a fait part, notamment, Mme Jourda, au sujet de la ruralité et de la désertification globale de ces territoires.

Mais je veux rappeler qu'il existe d'autres endroits qui sont des déserts médicaux sans être des déserts. Je pense notamment aux zones urbaines sensibles. Il y a quelques années, l'observatoire des zones urbaines sensibles et les maires de l'association Ville et Banlieue avaient tiré la sonnette d'alarme. Aujourd'hui, dans les zones sensibles, les inégalités sociales se creusent. Je songe en particulier à l'Île-de-France : d'après une étude de l'Institut d'aménagement et d'urbanisme de cette région publiée il y a quelques jours, la paupérisation et les inégalités s'aggravent. Or il existe là aussi un énorme problème de désert médical et d'accès aux soins.

Dès lors, monsieur le rapporteur, ces jeunes médecins qui ne veulent pas aller habiter dans des déserts pourraient continuer d'habiter dans de grandes agglomérations, mais pour exercer leur profession auprès des publics de ces quartiers ; je ne doute pas que certains le font, mais ils ne sont pas suffisamment nombreux.

M. le président. La parole est à M. René-Paul Savary, pour explication de vote.

M. René-Paul Savary. Madame la ministre, j'ai rarement vu les débats au Sénat aussi animés, et ce de façon transpartisanne, à propos d'un autre thème. La discussion est également animée quand nous sommes sur nos territoires, ce qui montre bien que ce problème touche l'ensemble des territoires de France, ceux d'en haut comme ceux d'en bas.

Je crois à ce propos que les propositions du Sénat vous offrent peut-être la clef qui pourrait vous permettre de répondre aux difficultés actuelles. Vous subissez également la pression des médecins urgentistes, qui atteste d'un véritable manque de moyens, que M. le rapporteur évoquera sans doute, mais aussi d'un manque d'effectifs. C'est pourquoi, compte tenu de cette sous-démographie médicale, nous sommes réunis aujourd'hui, dans la sérénité ! (*Sourires sur les travées du groupe Les Républicains.*)

Un argument a été cité : les études médicales ont rallongé de trois ans depuis une trentaine d'années, ce qui affecte le début d'implantation ou du remplacement des médecins. En fin de compte, trois ans sont passés sans nouveaux médecins du fait de ces rallongements, même si le *numerus clausus* a évolué. Forcément, il nous faut résoudre ce problème démographique, des dizaines d'années plus tard.

Nous vous avons donné une opportunité, madame la ministre, à travers l'amendement n° 1 rectifié *quater* : ce ne serait pas dégrader les études que d'envoyer ces étudiants en médecine, pendant la neuvième année, sur le territoire face aux malades. Prenez cette proposition, amendez-la, faites en sorte, si vous le souhaitez, qu'elle ne soit mise en œuvre qu'à titre expérimental, en attendant la période 2025-2030, quand la hausse de la démographie nous permettra de mieux répondre à ces problèmes de territoire.

Mais vous le voyez bien, vous êtes dans l'étau : il faudra trouver une réponse, car on ne peut pas s'en sortir ainsi. Je fais donc appel, avec nombre de mes collègues, à votre compréhension pour que nous puissions, lors de la réunion de la commission mixte paritaire, trouver une solution qui répondra aux exigences de toutes et tous. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains. – Mme Évelyne Perrot applaudit également.*)

M. le président. La parole est à M. Bernard Bonne, pour explication de vote.

M. Bernard Bonne. Je n'ai pas pris la parole hier, je ne comptais pas la prendre aujourd'hui, mais il me faut quand même m'exprimer. Je veux revenir brièvement sur tout ce qui a été dit. Pour ma part, je comprends tout à fait que la discussion dure assez longtemps, car la situation est très inquiétante pour tous les acteurs locaux, notamment, pour tous les responsables et les décideurs qui, sur place, essaient de trouver le moyen de faire venir des médecins.

Je pense que l'attractivité du métier de médecin généraliste n'est pas assez mise en avant et pas assez connue. Si des médecins pouvaient s'installer dans ces territoires, ne serait-ce que pour six mois ou un an, comme on l'a proposé, ils se rendraient compte de toute la joie qu'inspire l'exercice du métier de médecin généraliste et ils resteraient peut-être plus longtemps dans ces territoires.

En revanche, il est clair que toutes les mesures de coercition ne marcheront pas. Je veux revenir un instant sur ce que mon excellent collègue Vincent Segouin a dit : on peut imaginer des mesures de coercition, mais cela ne peut certainement pas se faire en partant de ceux qui ont moins bien réussi que d'autres. Je crois qu'on ne pourra en aucun cas retenir un argument fondé sur la valeur relative de ceux qui ont réussi plus ou moins bien leurs études de médecine.

Toutefois, je me demande, au fil de nos discussions, si la seule institution qui a la possibilité d'interdire ou d'autoriser l'exercice de la médecine n'est pas le Conseil national de l'ordre des médecins. Vous avez tous rappelé que l'installation des pharmaciens a été soumise à régulation : elle est régulée par le Conseil et par le syndicat !

M. Gérard Dériot, *vice-président de la commission des affaires sociales.* Et par la loi !

M. Bernard Bonne. Concernant les infirmiers et les kinésithérapeutes, c'est pareil. Pourquoi, dès lors, ne demanderait-on pas à l'Ordre des médecins voire aux syndicats de proposer un système équivalent pour les médecins, ou, du moins, de nous aider à trouver des solutions ?

Il faudrait leur dire que c'est à eux, peut-être, d'organiser à l'échelon territorial la faculté pour des médecins de s'installer à tel ou tel endroit, que ce soit en milieu hospitalier ou dans les territoires en difficulté. Je pense que c'est le rôle de l'Ordre, puisque c'est lui qui accorde la possibilité d'exercer le métier de médecin et qui la retire quand il le faut.

Nous aurons beau prendre toutes les mesures contraignantes que nous souhaiterons, jamais nous ne pourrions empêcher un médecin de s'installer à tel ou tel endroit, qu'il soit conventionné ou non. En revanche, l'Ordre des médecins peut empêcher d'exercer la médecine si l'on n'y est pas inscrit. C'est donc une proposition qu'on pourrait lui faire. (*Applaudissements sur des travées du groupe Les Républicains. – Mmes Dominique Vérien et Sylvie Goy-Chavent applaudissent également.*)

M. le président. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. Nous sommes au troisième jour de l'examen de ce projet de loi. Le premier jour, nous avons eu ce débat ; le deuxième jour, nous avons eu ce débat ; le troisième jour, nous avons ce débat, et nous l'aurons probablement de nouveau le quatrième jour et le cinquième jour ! (*Sourires.*)

Les questions complexes ont ceci en commun qu'elles induisent une tentation autoritaire dans la réponse. Je le dis de façon très dépassionnée. Nietzsche avait d'ailleurs

une formule de ce type : à ses yeux, la tentation de la réponse autoritaire, c'est la tentation de la lisibilité et de la clarté. Mais vous citerez certainement Nietzsche mieux que moi, madame la ministre, et sans risquer de déformer sa pensée !

Une telle réponse est tentante, effectivement, mais les questions complexes ont des réponses complexes. C'est pourquoi, en réunion de la commission des affaires sociales, anticipant le débat à venir et le choc qui se produit dans l'hémicycle depuis trois jours, nous avons tenté de déterminer une réponse qui soit non pas une réponse d'autorité, mais une réponse qui inclue les jeunes professionnels et les différents acteurs des territoires ruraux et urbains, qui rencontrent chacun leurs propres difficultés en matière d'accès aux soins des populations. Elle prendrait par ailleurs en compte l'insuffisante professionnalisation dans la formation que l'Ordre des médecins a encore tout récemment relevée dans son analyse de la non-installation des jeunes professionnels dans certains territoires.

J'en conviens, notre réponse a ses imperfections. Il est extrêmement simple de se saisir de ces imperfections pour affirmer que ce n'est pas une bonne réponse. C'est ce que vous avez choisi de faire, madame la ministre. Mais le résultat d'une telle réaction est que vous restez sur les mêmes mesures, sans rien modifier, et que ces mesures, une fois de plus, ne produiront pas de résultats probants à court terme.

Vous n'avez certainement pas vocation, madame la ministre, à être la ministre de l'inaction face à ces questions, parce que ce n'est pas vous, parce que ce n'est pas votre tempérament ; vous n'avez pas vocation à être la ministre d'un échec en la matière, car vous avez envie que, dans quelques courtes années, des résultats probants soient affichés. Alors, écoutez-nous, travaillez avec nous, et nous aurons la solution !

M. le président. La parole est à Mme Patricia Schillinger, pour explication de vote.

Mme Patricia Schillinger. Il est vrai que, dans tous les départements, nous rencontrons les mêmes difficultés, de conseil municipal en conseil municipal, de réunion en réunion.

Je veux d'abord remercier tous les élus qui s'investissent : depuis quelques années, ils ont accompli des efforts énormes, même dans de petites communes de nos vallées, et ils se donnent les moyens de réussir. Aujourd'hui, dans mon département aussi, je constate les efforts qui sont faits, et je constate aussi que certains médecins, des spécialistes qui exercent en ville, cardiologues ou pédiatres, par exemple, donnent volontairement de leur temps dans la ruralité. Cela ne s'était jamais vu ! Ils se déplacent dans les territoires ruraux. C'est innovant. J'ai rencontré aussi des citoyens qui, auparavant, se rendaient en ville pour consulter : maintenant, c'est le contraire, ce qui les arrange, parce qu'ils n'ont plus à subir les problèmes de circulation.

Tous les groupes ont certainement auditionné les internes en médecine. Nous l'avons fait. Ils nous ont fait savoir qu'ils sont favorables à la nouvelle réorganisation du travail. Ils sont prêts à aller tous les jours travailler à 30 ou 40 kilomètres de leur lieu d'habitation, mais ils souhaitent habiter en ville, parce qu'ils y ont leurs familles et leurs habitudes, parce qu'ils s'y forment.

Alors, je crois que la réorganisation passe aussi par l'écoute de ces internes, qui sont volontaires et passionnés par leur métier. Ces femmes, ces hommes, ces jeunes sont notre avenir, alors donnons-leur leur chance ! Aujourd'hui, nous réorganisons le système de santé. Allons-y et faisons le bilan dans deux ou trois ans. En tout cas, je voterai contre ces amendements.

M. le président. La parole est à Mme Corinne Imbert, pour explication de vote.

Mme Corinne Imbert. C'est le troisième jour de débat que nous consacrons à ce sujet, qui est au cœur de ce projet de loi.

Depuis le premier jour, madame la ministre, nous vous tendons la main : je suis sûre que vous pouvez la saisir. Si, aujourd'hui, vous vous engagez devant le Sénat à mettre en musique l'amendement qui a été travaillé par la commission des affaires sociales et adopté dès le premier jour pour que soit rapidement mise en place cette année de professionnalisation, nous apporterons une réponse aux Français et aux Françaises.

La dernière année d'internat compte à peu près 3 500 médecins généralistes. Il ne s'agit pas d'amputer leur formation, bien au contraire : ils seront en neuvième année de médecine.

Madame la ministre, le courage politique – j'ai confiance en vous et je pense que vous n'en manquez pas –, c'est d'oser et d'aller à l'essentiel. Ce projet de loi comporte des dispositions idéales : il est beaucoup question des communautés professionnelles territoriales de santé, les CPTS. J'en prends acte, mais cela ne résout pas le problème crucial ! Il s'agit de répondre non à nos peurs, comme vous l'avez dit hier, mais bien à celles des Français et des Françaises !

Et que dire des urgences vitales quand le SAMU se trouve à plus d'une demi-heure et que l'on sait que, plus il est éloigné, plus les chances de survie sont faibles ?

Pour tenter de résoudre ce problème majeur, nous vous avons fait une proposition et tendu la main. Avant de se fixer un idéal, peut-être faut-il libérer 3 500 internes en médecine générale, sans compter les internes dans certaines spécialités, et leur permettre d'aller travailler aux côtés d'autres médecins, qui ne seront pas forcément des maîtres de stage, mais qui restent des médecins expérimentés. Ils ne seront pas seuls et auront peut-être la qualité de médecin adjoint.

S'il vous plaît, madame la ministre, essayez cette solution, de manière expérimentale ou pas. Ainsi, vous répondrez aux attentes des élus et des Français. *(Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains et sur des travées du groupe Union Centriste. – Mme Josiane Costes applaudit également.)*

M. le président. La parole est à M. Laurent Duplomb, pour explication de vote.

M. Laurent Duplomb. Je ne reviens pas sur le débat qui nous occupe depuis hier, mais souhaite livrer un exemple qui témoigne d'une certaine injustice à laquelle on pourrait remédier.

Trois jeunes docteurs désirent s'installer dans ma commune rurale de 1 500 habitants. Alors que la commune a la possibilité d'investir dans une maison de santé, financée par le contribuable, et de les y installer, ces médecins préfèrent investir – à hauteur de 360 000 euros –

et font construire un cabinet médical sur un terrain que je leur ai donné. Or, comme ce sont trois médecins généralistes, qui ne réunissent pas plusieurs compétences, ils ne bénéficient d'aucune aide. En plus de leur investissement initial, ils paient 20 000 euros pour goudronner le parking sans un centime d'euro d'aide.

Il est normal qu'une profession libérale investisse pour avoir la capacité d'exercer : c'est le propre de ce régime. Toutefois, une fois qu'un médecin a investi, ne pourrait-il pas être aidé, d'autant que d'autres exercent dans des bâtiments dans lesquels ils n'ont pas investi et pour le fonctionnement desquels ils bénéficient d'aides ? Tout cela est source de disproportions tout à fait hallucinantes !

Il faut accorder un coup de main aux bonnes volontés. Madame la ministre, donnez un coup de main à ces médecins qui ont réalisé leurs propres investissements, citez-les en exemple, incitez les jeunes à les consulter. Moi qui suis un ancien maire, je suis sûr d'une chose : après avoir investi 360 000 euros, ils ne partiront pas tant qu'ils n'auront pas remboursé leur emprunt ! *(Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains et sur des travées du groupe Union Centriste.)*

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

M. Yves Daudigny. Comme beaucoup dans cet hémicycle, je représente un territoire rural qui connaît la disparition de ses services publics, un très fort taux de chômage et où le mal-être s'exprime par des votes records en direction des partis extrêmes. Depuis plusieurs années déjà, je me suis engagé sur le sujet des déserts médicaux, la rédaction d'un rapport d'information en est l'une des manifestations.

Je veux le dire à certains de mes collègues en toute humilité – je ne prétends pas détenir la vérité : je ne crois pas qu'il soit possible de résoudre ce problème en obligeant les jeunes générations de médecins à aller travailler là où elles ne le souhaitent pas. Pour autant, je me suis totalement investi dans la rédaction de la proposition que nous avons adoptée lundi après-midi : si elle est très largement crédible, c'est parce qu'elle est le fruit de discussions avec l'Ordre national des médecins et le résultat d'un travail commun au sein de mon groupe, mais aussi avec plusieurs groupes.

Je lance aujourd'hui un appel qui s'ajoute aux appels qui ont déjà été formulés : oui, madame la ministre, notre proposition est sérieuse. Elle est fondée sur des réalités et est susceptible d'apporter rapidement des premières réponses aux inquiétudes de nos concitoyens sur l'ensemble des territoires. Ne la rejetez pas !

Bien sûr, des adaptations seront nécessaires à sa mise en œuvre. Prenez-la comme une chance et une opportunité. Aujourd'hui, dans sa grande majorité, le Sénat contribue à ce qu'une voie soit ouverte pour tenter de résoudre le difficile problème des déserts médicaux. *(Applaudissements sur des travées du groupe socialiste et républicain et du groupe Les Républicains.)*

M. le président. La parole est à Mme Marie-Thérèse Bruguière, pour explication de vote.

Mme Marie-Thérèse Bruguière. Madame la ministre, c'est un véritable cri d'alarme que nous poussons. Nous connaissons tous dans cette enceinte la même situation, qu'il s'agisse de l'installation de jeunes médecins ou de spécialistes.

Dans ma commune, Saint-Aunès, située à dix kilomètres de Montpellier, trois médecins âgés respectivement de 60, 61 et 63 ans s'appêtent à partir à la retraite et se demandent qui les remplacera. Ils ne trouvent personne, alors que cette commune qui se trouve proche de la mer – on peut faire du bateau – est très attractive.

Mon beau-fils, quant à lui, qui est ophtalmologue, a voulu s'installer à Ganges, situé à quarante kilomètres de Montpellier. Sa femme s'y est opposée, au motif qu'il n'y avait ni école ni lycée. De fait, la clinique Saint-Louis s'est passée pendant des années d'un spécialiste en ophtalmologie.

En 2013, j'ai participé avec Mme Gourault à une mission d'information de la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation qui étudiait notamment le problème de la désertification médicale : vingt-deux propositions ont été formulées, mais aucune d'entre elles n'a pour le moment trouvé sa traduction en actes.

Si tout le monde ici pousse le même cri d'alarme, qui est issu des remontées de terrain – maires, conseils municipaux et médecins eux-mêmes –, c'est bien la preuve que cette question ne tombe pas comme un cheveu sur la soupe. La santé des gens est primordiale ; qu'elle soit traitée au plus près l'est plus encore.

M. le président. La parole est à M. Alain Fouché, pour explication de vote.

M. Alain Fouché. Je suis tout à fait d'accord avec les interventions précédentes.

Madame la ministre, je souhaite que vous contrôliez un peu mieux les ARS qui prennent des décisions sans du tout tenir compte de la volonté des élus. Dans mon département, la Vienne, se trouve une petite commune qui compte un pharmacien et un médecin. Après le départ du médecin, le pharmacien est allé voir l'ARS – elle se situe désormais à Bordeaux –, laquelle lui a répondu, ainsi qu'au maire qui était présent, qu'aucun médecin n'était nécessaire, puisque deux médecins et un pharmacien étaient installés à une quinzaine de kilomètres. On est en train de tuer une pharmacie et, avec elle, un village. Ce n'est pas du tout ce que nous voulons !

La proposition de former de jeunes médecins en dernière année de troisième cycle et de faire en sorte qu'ils restent sur place me paraît la bonne solution.

Si elle n'est pas retenue, comme l'ont expliqué mes collègues, vous continuerez à désertifier les campagnes, et cela va très vite !

M. le président. La parole est à Mme Anne-Catherine Loisier, pour explication de vote.

Mme Anne-Catherine Loisier. Je suis bien évidemment favorable à ces dispositions. Toutefois, je souhaite attirer l'attention de mes collègues et de Mme la ministre sur un point particulier.

Bien sûr, c'est à nous qu'il revient de créer les conditions d'attractivité de nos territoires pour le renouvellement des professionnels de médecine, mais il faudrait aussi que nous puissions davantage agir en coordination avec les groupements hospitaliers de territoire, les GHT, et les centres hospitaliers universitaires, les CHU.

Certains projets prévoient que l'ensemble des spécialistes en CHU se rendent une à deux journées par semaine sur l'ensemble des territoires. Leur présence non seulement

répond aux besoins de la population, mais est un facteur d'attractivité, créant un environnement beaucoup plus intéressant pour les jeunes médecins.

Le dispositif dont nous parlons doit s'intégrer dans une mobilisation plus large des moyens et des structures avec les ARS, les GHT et les CHU sur les territoires pour qu'ensemble nous créions des conditions de travail plus attractives pour les jeunes médecins.

M. le président. La parole est à M. Vincent Segouin.

M. Vincent Segouin. Au regard des arguments qui ont été avancés, je retire l'amendement n° 26 rectifié *bis*, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 26 rectifié *bis* est retiré.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Milon, rapporteur. Aux sénatrices siégeant de ce côté de l'hémicycle (*M. le rapporteur se tourne vers la gauche de l'hémicycle.*) qui m'ont interpellé soit en parlant de corporatisme, soit en mentionnant les déserts médicaux urbains que j'aurais oubliés dans mes explications, je répondrai que nous examinons ce texte depuis lundi.

Certains l'ont rappelé, nous avons déjà discuté de tous ces sujets, en particulier des différents déserts – la ruralité, Paris, les banlieues, etc. –, avant-hier et hier. Mes chères collègues, ce n'est pas parce que vous venez assister aujourd'hui aux débats que nous n'en avons pas parlé avant. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains.*)

Par ailleurs, la loi est complète : la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite HPST, l'était déjà, la loi de Mme Touraine a entraîné des corporations et des discussions entre les différents métiers de la médecine. Le présent projet de loi a de nouveau trait aux GHT, aux CPTS et à la façon dont les médecins libéraux doivent travailler avec les médecins publics.

Encore une fois, il faut connaître l'ensemble du texte qui nous est présenté pour venir en discuter en séance publique et non intervenir uniquement sur un article sans tenir compte de toutes les autres dispositions. Excusez-moi de le dire ainsi, mais nous débattons depuis lundi et nous avons déjà beaucoup discuté de ces différents points.

Je reviens sur la grève des urgentistes, sujet qui me semble de très loin le plus important. Cette grève n'est pas un hasard ; elle est malheureusement la conséquence de décisions prises depuis une dizaine d'années et de ce que je suis pour l'instant le seul à appeler la « dictature de l'Ondam », l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. J'ai d'ailleurs demandé à deux mes collègues de travailler sur le sujet dans le cadre de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale, la Mecss.

C'est Alain Juppé qui a mis en place l'objectif national de dépenses d'assurance maladie dans les années quatre-vingt-dix, lorsque des difficultés financières importantes sont apparues. Cet objectif a été dépassé plusieurs fois et a entraîné des déficits importants, auxquels ont répondu les présidents Sarkozy, Hollande et Macron par des décisions de restrictions budgétaires. C'était probablement obligatoire en raison de ces déficits. Toujours est-il que, chaque année, on constate des centaines de millions d'euros de déficit, en particulier du côté des hôpitaux, qui se traduisent par des non-embauches de personnels qui pourtant permettraient de faire marcher l'ensemble du dispositif hospitalier.

De la même façon, ces Ondam trop restrictifs ont entraîné une diminution du travail intéressant des médecins de ville.

Un Ondam à 1,8 %, comme l'a adopté le groupe Les Républicains, à 1,7 %, comme l'a voté le groupe socialiste et républicain, à 2,3 %, comme l'a adopté le groupe La République En Marche, voire à 2,5 %, comme ce sera le cas l'année prochaine, restera insuffisant ! Tout le monde est d'accord : l'Ondam permettant de travailler tranquillement doit être fixé à 4 %. Or 4 % de 200 milliards d'euros, ce sont 8 milliards d'euros qu'il faudrait trouver tous les ans !

Mme Céline Brulin. Rétablissez l'ISF !

M. Michel Savin. Et la taxe d'habitation ?

M. Alain Milon, rapporteur. La taxe d'habitation n'entre pas dans le budget de la sécurité sociale ! C'est un autre sujet.

Je vous ai proposé des solutions, il en existe probablement d'autres, mais c'est là le nœud du problème. On pourra discuter longtemps du manque de médecins, du manque d'attractivité du métier de médecin, du manque de personnel médical dans les hôpitaux, du manque de budget des hôpitaux, si l'on ne fait pas le nécessaire au niveau du budget de la sécurité sociale – éventuellement par un autre système –, on n'y arrivera jamais ! (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains et sur des travées du groupe Union Centriste.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 168 rectifié *quinquies*.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant de la commission.

Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable, de même que celui du Gouvernement.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(*Le scrutin a lieu.*)

M. le président. Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(*Il est procédé au dépouillement du scrutin.*)

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 137 :

Nombre de votants	342
Nombre de suffrages exprimés	246
Pour l'adoption	38
Contre	208

Le Sénat n'a pas adopté.

Je mets aux voix l'amendement n° 150 rectifié *ter*.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 27 rectifié *bis*.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 122 rectifié *bis*.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant de la commission.

Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable, de même que celui du Gouvernement.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(*Le scrutin a lieu.*)

M. le président. Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(*Il est procédé au dépouillement du scrutin.*)

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 138 :

Nombre de votants	342
Nombre de suffrages exprimés	268
Pour l'adoption	48
Contre	220

Le Sénat n'a pas adopté.

Je mets aux voix l'amendement n° 117 rectifié *ter*.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 346 rectifié.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant de la commission.

Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable, de même que celui du Gouvernement.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(*Le scrutin a lieu.*)

M. le président. Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(*Il est procédé au dépouillement du scrutin.*)

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 139 :

Nombre de votants	341
Nombre de suffrages exprimés	261
Pour l'adoption	42
Contre	219

Le Sénat n'a pas adopté.

6

SOUHAITS DE BIENVENUE À UNE DÉLÉGATION ÉTRANGÈRE

M. le président. Madame la ministre, mes chers collègues, je suis particulièrement heureux de saluer la présence dans notre tribune d'honneur de Mme Radmila Shekerinska-Jankovska, vice-présidente du Gouvernement et ministre de la défense de la République de Macédoine du Nord. (*Mmes et MM. les sénateurs, ainsi que Mme la ministre, se lèvent et applaudissent.*)

Elle est reçue aujourd'hui par le groupe interparlementaire d'amitié France-Balkans occidentaux du Sénat, représenté notamment par sa présidente, Mme Marta de Cidrac, et son président délégué pour la Macédoine du Nord, M. Arnaud Bazin. (*Applaudissements.*)

Nous formons le vœu d'un renforcement des échanges entre nos deux pays, dont Mme la ministre – grande amie de la France et parfaite francophone – est l'un des acteurs majeurs. Nous lui souhaitons la plus cordiale bienvenue au Sénat et un fructueux séjour à Paris. (*Nouveaux applaudissements.*)

7

ORGANISATION ET TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Suite de la discussion en procédure accélérée d'un projet de loi dans le texte de la commission

M. le président. Nous reprenons l'examen 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.

Au sein des amendements tendant à insérer des articles additionnels après l'article 4 *ter*, nous en sommes parvenus à deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 187 rectifié *ter*, présenté par MM. Perrin, Raison et Darnaud, Mme Lopez, M. Revet, Mme Guidez, MM. Détraigne, Mayet, Vogel et Joyandet, Mme Eustache-Brinio, MM. Dufaut, D. Laurent, Charon et Genest, Mmes Férat, C. Fournier et Chauvin, M. Cuypers, Mme Joissains, M. Poniatowski, Mmes Deromedi et Raimond-Pavero, MM. Meurant, Pellevat, Saury, Pierre, de Nicolaj, Vaspert, Priou, Rapin, B. Fournier, Laménie et J.M. Boyer, Mme de Cidrac et M. Segouin, est ainsi libellé :

Après l'article 4 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 4131-2 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4131-2-... ainsi rédigé :

« Art. L. 4131-2-... – Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 4112-1, les personnes remplissant les conditions requises pour l'exercice de la profession de médecin peuvent, sans être inscrits sur un tableau prévu par cet alinéa et pendant une période de deux ans à compter de la date à laquelle ils remplissent l'une des

conditions prévues par les articles L. 4131-1 et L. 4131-1-1, exercer la médecine dans un établissement de santé ou auprès d'un ou plusieurs praticiens implantés dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins au sens de l'article L. 1434-4, y compris lorsque ceux-ci relèvent de conseils départementaux de l'ordre différents. »

La parole est à M. Cédric Perrin.

M. Cédric Perrin. Cet amendement vise à permettre à un jeune médecin d'exercer pendant une période de deux ans auprès d'un ou plusieurs praticiens installés, ou auprès d'une structure de soins – établissement de proximité, maison de santé, Ehpad, urgences, service départemental d'incendie et de secours, etc. –, dans une zone sous-dense, sans être inscrit au tableau de l'Ordre des médecins.

Cette phase de post-internat, au cours de laquelle lui seraient accordées des facilités, l'incitera à exercer dans les zones sous-denses, avant de décider, peut-être, de s'y installer véritablement.

M. le président. L'amendement n° 758, présenté par MM. Daudigny et Jomier, Mmes Grelet-Certenais et Jasmin, M. Kanner, Mmes Rossignol, Meunier, Van Heghe, Féret et Lubin, M. Tourenne, Mmes M. Filleul et Harribey, MM. Lurel, J. Bigot et Bérit-Débat, Mmes Blondin et Bonnefoy, MM. Botrel et M. Bourquin, Mme Conconne, MM. Duran et Fichet, Mme Ghali, MM. Houllégatte et Jacquin, Mme G. Jourda, MM. Kerrouche et Lalande, Mmes Lepage et Monier, M. Montaugé, Mmes Perol-Dumont, Prévillie et S. Robert, M. Sueur, Mme Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés, est ainsi libellé :

Après l'article 4 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 4131-2 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4131-2-... ainsi rédigé :

« Art. L. 4131-2-... – Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 4112-1, les personnes remplissant les conditions requises pour l'exercice de la profession de médecin peuvent, sans être inscrits sur un tableau prévu par cet alinéa et pendant une période de six mois renouvelable une fois à compter de la date à laquelle ils remplissent l'une des conditions prévues par les articles L. 4131-1 et L. 4131-1-1, exercer la médecine auprès d'un ou plusieurs praticiens ayant leur résidence professionnelle dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins au sens de l'article L. 1434-4, y compris lorsque ceux-ci relèvent de conseils départementaux de l'ordre différents. »

La parole est à M. Yves Daudigny.

M. Yves Daudigny. Cet amendement porte également sur la problématique de l'installation des jeunes médecins. Il vise à inciter les médecins fraîchement diplômés à exercer auprès d'un ou plusieurs médecins ayant leur cabinet dans des zones sous-denses, avant de s'installer à leur propre compte.

Pour ce faire, il leur serait permis, pendant une période de six mois renouvelable une fois, soit une année au maximum, de travailler à ce titre sans être inscrits au tableau d'un département.

Cette disposition pourrait notamment permettre aux jeunes diplômés d'apporter leur renfort à des médecins relevant de départements différents. Elle leur faciliterait l'accès à l'exercice à temps plein de leur profession, éventuellement en se répartissant entre plusieurs cabinets. Elle leur offrirait une année de perfectionnement à l'issue de leurs études. Enfin, elle leur permettrait de se familiariser avec l'exercice de la profession dans des zones sous-denses et encouragerait nombre d'entre eux à s'y installer définitivement.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, *président de la commission des affaires sociales, rapporteur.* Ces amendements visent en somme à créer une nouvelle modalité d'installation des médecins, dérogeant au droit commun, pour les zones sous-denses.

La commission des affaires sociales partage évidemment la préoccupation des auteurs de ces deux amendements. Nous devons en effet développer des leviers permettant d'encourager les jeunes praticiens à découvrir l'exercice ambulatoire, notamment dans les zones sous-denses.

Il me semble cependant que les statuts de médecin remplaçant, de médecin adjoint ou de médecin assistant qui existent déjà permettent de répondre à cette problématique. Il ne me paraît donc pas opportun de complexifier encore le paysage des différents modes d'exercice ouverts aux médecins en dehors de l'installation régulière, au risque de dégrader la lisibilité de ces dispositifs, de remettre en cause leur ciblage et, finalement, leur attractivité.

Surtout, je le rappelle encore une fois, nous avons adopté à l'article 2 l'amendement n° 1 rectifié *quater* tendant à faire découvrir l'exercice ambulatoire aux étudiants de dernière année de troisième cycle, en priorité dans les zones sous-dotées. Il me semble que cela répond à la demande des auteurs de ces deux amendements d'une manière qui me paraît plus pertinente.

Je demande donc le retrait des amendements n°s 187 rectifié *ter* et 758, faute de quoi j'émettrai un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, *ministre des solidarités et de la santé.* Même avis.

M. le président. Monsieur Perrin, l'amendement n° 187 rectifié *ter* est-il maintenu ?

M. Cédric Perrin. Oui, monsieur le président.

M. le président. Monsieur Daudigny, l'amendement n° 758 est-il maintenu ?

M. Yves Daudigny. Oui, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 187 rectifié *ter*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 758.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Mes chers collègues, nous allons interrompre nos travaux pour quelques instants.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à seize heures cinq, est reprise à seize heures dix.)

M. le président. La séance est reprise.

Article 5

- ① I. – Le chapitre I^{er} du titre III du livre I^{er} de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 4131-2 est ainsi modifié :
- ③ a) Au premier alinéa, les mots : « , soit à titre de remplaçant d'un médecin, soit comme adjoint d'un médecin en cas d'afflux exceptionnel de population, constaté par un arrêté du représentant de l'État dans le département, » sont remplacés par les mots : « à titre de remplaçant d'un médecin » ;
- ④ b) À la fin du quatrième alinéa, les mots : « les services de l'État » sont remplacés par les mots : « l'agence régionale de santé » ;
- ⑤ 2° Après le même article L. 4131-2, il est inséré un article L. 4131-2-1 ainsi rédigé :
- ⑥ « *Art. L. 4131-2-1.* – Les personnes remplissant les conditions définies aux 1° et 2° de l'article L. 4131-2 peuvent être autorisées à exercer la médecine comme adjoint d'un médecin :
- ⑦ « 1° 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 ;
- ⑧ « 2° En cas d'afflux saisonnier ou exceptionnel de population, constaté par un arrêté du représentant de l'État dans le département ;
- ⑨ « 3° Dans l'intérêt de la population, lorsqu'une carence ponctuelle est constatée dans l'offre de soins par le conseil départemental de l'ordre des médecins ou par le maire de la commune.
- ⑩ « Ces autorisations sont délivrées, pour une durée limitée, par le conseil départemental de l'ordre des médecins, qui en informe l'agence régionale de santé.
- ⑪ « Un décret, pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins, fixe les conditions d'application du présent article, notamment le niveau d'études exigé selon la qualification du praticien assisté ainsi que la durée maximale des autorisations, les modalités de leur délivrance et les conditions de leur prorogation. »
- ⑫ II. – *(Non modifié)* Le chapitre I^{er} du titre II du livre IV de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ⑬ 1° À l'article L. 4421-1, après la référence : « livre I^{er} de la partie IV », sont insérés les mots : « , dans leur rédaction résultant de la loi n° ... du ... relative à l'organisation et à la transformation du système de santé » ;
- ⑭ 2° Le 1° de l'article L. 4421-1-3 est ainsi rédigé :
- ⑮ « 1° Pour l'application à Wallis-et-Futuna des articles L. 4131-2 et L. 4131-2-1 :
- ⑯ « a) Les références au représentant de l'État dans le département et au conseil départemental de l'ordre des médecins sont remplacées par la référence à l'administrateur supérieur ;
- ⑰ « b) La référence à l'agence régionale de santé est remplacée par la référence à l'agence de santé ; »

- ⑮ 3° Les 2° et 3° du même article L.4421-1-3 sont abrogés.
- ⑯ III. – (*Non modifié*) Le chapitre I^{er} du titre III du livre IV de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ⑰ 1° Au premier alinéa de l'article L.4431-1, après la référence : « présente partie », sont insérés les mots : « , dans leur rédaction résultant de la loi n° ... du ... relative à l'organisation et à la transformation du système de santé » ;
- ⑱ 2° Après l'article L.4431-6, il est inséré un article L.4431-6-1 ainsi rédigé :
- ⑳ « Art. L.4431-6-1. – Pour l'application dans les Terres australes et antarctiques françaises des articles L.4131-2 et L.4131-2-1, les références au représentant de l'État dans le département, au conseil départemental de l'ordre des médecins et à l'agence régionale de santé sont remplacées par la référence à l'administrateur supérieur. »

M. le président. La parole est à M. Bernard Jomier, sur l'article.

M. Bernard Jomier. L'article 5 revoit à juste titre les modalités de recours à l'adjuvat, afin de soulager les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante.

Précisons que l'adjuvat présente trois intérêts non négligeables : c'est une pratique valorisée et valorisante par son niveau de rémunération, qui s'exerce en supplément, et non à la place du médecin installé, et qui constitue bien sûr une opportunité pour les étudiants de poursuivre une formation professionnalisante sur le terrain. Nos futurs médecins seront ainsi amenés à découvrir un mode d'exercice et des territoires où ils seront susceptibles de s'installer par la suite.

Nous en avons discuté hier soir, les dispositifs incitatifs mis en place depuis plusieurs années commencent à porter leurs fruits, mais de façon tardive. Les projections en matière de démographie médicale demeurent inquiétantes.

Depuis 2010, la part des seuls médecins en activité régulière a baissé de neuf points. La légère hausse observée entre 2017 et 2018 ne s'explique que par l'augmentation du nombre de praticiens retraités poursuivant une activité. Cette situation n'est donc pas pérenne.

Je souscris en outre aux propos du rapporteur : si l'on fait souvent, à juste titre, grand cas des territoires ruraux, on oublie parfois les autres zones déshéritées que sont les quartiers relevant de la politique de la ville, dont les problèmes d'attractivité des professionnels de santé sont parfois insolubles.

L'article procède à une clarification bienvenue du régime juridique de l'adjuvat en le différenciant de celui du remplacement. Il étend en outre la possibilité d'y avoir recours à deux autres situations de tension : dans les zones sous-dotées déterminées par les agences régionales de santé et dès lors que le conseil départemental de l'ordre des médecins constate une carence ponctuelle dans l'offre. Il s'agit donc évidemment d'une mesure pertinente et nécessaire pour nos territoires.

Néanmoins, madame la ministre, permettez-moi de vous faire remarquer que les dispositions de cet article reviennent à « envoyer », pour reprendre le terme exact que vous avez employé, des étudiants exercer dans des conditions proches de l'autonomie, alors qu'ils sont autant formés, sinon moins,

que ceux qui atteignent la fin du troisième cycle ! Votre plaidoyer en faveur d'une plus grande protection de ces jeunes étudiants mérite manifestement d'être nuancé...

M. le président. Je suis saisi de onze amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 62 rectifié, présenté par Mme Noël, MM. D. Laurent, Darnaud et Morisset, Mme Deromedi et MM. Laménie, Poniatowski, Perrin et Raison, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 3

Remplacer cet alinéa par huit alinéas ainsi rédigés :

a) Au premier alinéa, les mots : « en cas d'afflux exceptionnel de population, constaté par un arrêté du représentant de l'État dans le département » sont supprimés ;

...) Après le 2°, sont insérés six alinéas ainsi rédigés :

« Cet exercice ne peut se faire que :

« a) En cas d'afflux saisonnier ou exceptionnel de population, constaté par un arrêté du représentant de l'État dans le département ;

« b) Dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins déterminés par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé en application du 1° de l'article L.1334-4 ;

« c) Dans l'intérêt de la population, lorsqu'une carence ponctuelle est constatée dans l'offre de soins par le conseil départemental de l'ordre des médecins.

« Ces autorisations sont délivrées pour une durée limitée par le conseil départemental de l'ordre des médecins qui en informe l'agence régionale de santé.

« Un décret, pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins, fixe les conditions d'application du présent article, notamment le niveau d'études exigé selon la qualification du praticien assisté ou remplacé ainsi que la durée maximale des autorisations, les modalités de leur délivrance et les conditions de leur prorogation. » ;

II. – Alinéas 5 à 11

Supprimer ces alinéas.

La parole est à Mme Sylviane Noël.

Mme Sylviane Noël. Aujourd'hui, en cas d'afflux exceptionnel de population, l'adjuvat et l'exercice en tant que médecin remplaçant sont autorisés pour les étudiants en médecine de troisième cycle.

L'article 5 vise à permettre l'adjuvat dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins.

Le présent amendement tend à permettre également l'exercice dans ces zones en tant que médecin remplaçant, et non pas seulement en tant que médecin adjoint, afin d'éviter, si un remplacement est nécessaire, de détériorer davantage l'accès aux soins dans les zones sous-dotées.

M. le président. L'amendement n° 64 rectifié, présenté par Mme Noël, MM. D. Laurent, Darnaud et Morisset, Mme Deromedi et MM. Laménie, Perrin et Raison, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 3

Après le mot :

alinéa,

insérer les mots :

les mots : « Peuvent être autorisées » sont remplacés par les mots : « Sont autorisées » et

II. – Alinéa 6

Remplacer les mots :

peuvent être autorisées

par les mots :

sont autorisées

III. – Alinéa 10

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Ces personnes sont tenues de déclarer leur activité au conseil départemental de l'ordre des médecins qui en informe les services de l'État.

La parole est à Mme Sylviane Noël.

Mme Sylviane Noël. Cet amendement vise, pour l'exercice en qualité de médecin adjoint ou de médecin remplaçant, à substituer un régime déclaratif au régime d'autorisation par les conseils départementaux de l'ordre des médecins.

M. le président. L'amendement n° 63 rectifié, présenté par Mme Noël, MM. D. Laurent, Darnaud et Morisset, Mme Deromedi et MM. Laménie, Perrin et Raison, est ainsi libellé :

Alinéa 7

Après le mot :

déterminées

insérer les mots :

après une concertation avec les collectivités territoriales concernées

La parole est à Mme Sylviane Noël.

Mme Sylviane Noël. L'article 5 traite du recours au statut de médecin adjoint, ce statut permettant à un interne en médecine d'assister un médecin en cas d'afflux saisonnier ou exceptionnel de population. Il étend ce dispositif, réservé à ce jour aux zones touristiques, aux zones caractérisées par des difficultés d'accès aux soins.

Le présent amendement vise à faire participer les collectivités territoriales à la réflexion qui conduira à déterminer les zones caractérisées par des difficultés d'accès aux soins. En effet, les élus locaux sont indéniablement au fait de ces problématiques et sont à même de faire remonter les informations nécessaires.

M. le président. L'amendement n° 441, présenté par M. Lurel, Mmes Jasmin, Conconne et Ghali, MM. Todeschini et Mazuir, Mme Artigalas et MM. Manable et Montaugé, est ainsi libellé :

Alinéa 9

Remplacer les mots :

ponctuelle est constatée dans l'offre de soins par le

par les mots :

est constatée dans l'offre de soins par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé après avis du

La parole est à M. Victorin Lurel.

M. Victorin Lurel. Cet amendement vise à supprimer le mot « ponctuelle ». Il est en effet préférable de mentionner une simple carence dans l'offre de soins, et non pas une carence « ponctuelle », une telle carence étant difficile à constater et à définir d'un point de vue juridique. En outre, les modalités d'appréciation du caractère ponctuel de la carence ne sont pas précisées.

Lorsqu'une carence serait constatée, on permettrait au représentant de l'État ou au conseil départemental de l'ordre des médecins d'autoriser le recours à des médecins adjoints.

Cela étant, monsieur le président, je retire cet amendement, au profit de l'amendement n° 442 rectifié, également en discussion commune.

M. le président. L'amendement n° 441 est retiré.

Les six amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 65 rectifié est présenté par Mme Noël, MM. D. Laurent, Darnaud et Morisset, Mme Deromedi et MM. Laménie, Poniatowski, Perrin et Raison.

L'amendement n° 180 rectifié *bis* est 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 et Montaugé, Mme Harribey, MM. Vaugrenard, Todeschini et Marie, Mme Lepage, M. M. Bourquin, Mme G. Jourda, MM. P. Joly et Duran, Mmes Artigalas et Conconne, MM. Manable et Tissot, Mme Taillé-Polian, MM. Courteau et Temal et Mme Monier.

L'amendement n° 352 rectifié est présenté par Mme M. Carrère, MM. Artano, A. Bertrand, Cabanel, Castelli et Collin, Mme Costes, MM. Gabouty, Gold, Guérini et Jeansannetas, Mmes Jouve et Laborde et MM. Léonhardt, Requier, Roux et Vall.

L'amendement n° 425 est présenté par M. Longeot, au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable.

L'amendement n° 442 rectifié est présenté par M. Lurel, Mmes Jasmin et Ghali et M. Mazuir.

L'amendement n° 501 rectifié *bis* est présenté par MM. Chasseing, Decool, Fouché, Guerriau, Lagourgue, Malhuret et A. Marc, Mme Mélot et MM. Menonville, Wattedled, Bouloux, Nougéin, Longeot, Mandelli et Bonhomme.

Ces six amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 9

Supprimer le mot :

ponctuelle

La parole est à Mme Sylviane Noël, pour présenter l'amendement n° 65 rectifié.

Mme Sylviane Noël. L'article 4 *ter* prévoit que l'exercice en tant qu'adjoint d'un médecin puisse être autorisé dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins déterminées par arrêté, en cas d'afflux saisonnier ou exceptionnel de population,

mais également dans « l'intérêt de la population, lorsqu'une carence ponctuelle est constatée dans l'offre de soins par le conseil départemental ».

Le présent amendement vise à supprimer le mot « ponctuelle », afin d'étendre les possibilités de recours à un médecin adjoint lorsqu'une carence est constatée par le conseil départemental de l'ordre.

Aujourd'hui, de nombreuses zones rencontrent des difficultés dans l'accès aux soins et ne sont pas pour autant identifiées comme telles au sens de l'article L.1434-4 du code de la santé publique.

Il est ainsi demandé de permettre aux conseils départementaux de l'ordre de réagir rapidement et avec souplesse aux difficultés d'accès aux soins.

M. le président. La parole est à M. Joël Bigot, pour présenter l'amendement n° 180 rectifié *bis*.

M. Joël Bigot. Cet amendement tend lui aussi à supprimer le mot « ponctuelle », afin d'étendre la possibilité de recourir à un médecin adjoint lorsqu'une carence est constatée par le conseil départemental de l'ordre des médecins ou par le maire de la commune. Il s'agit de renforcer le pouvoir d'alerte des acteurs locaux et de permettre aux conseils départementaux de l'ordre de réagir rapidement et avec souplesse aux difficultés d'accès aux soins.

Le Sénat, chambre par excellence des territoires, s'honorerait à adopter un amendement qui apporterait une réponse urgente aux carences en offre de soins constatées dans de trop nombreux territoires.

M. le président. La parole est à M. Yvon Collin, pour présenter l'amendement n° 352 rectifié.

M. Yvon Collin. Il est défendu, monsieur le président.

M. le président. La parole est à M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis, pour présenter l'amendement n° 425.

M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable. Il est également défendu, monsieur le président.

M. le président. La parole est à M. Victorin Lurel, pour présenter l'amendement n° 442 rectifié.

M. Victorin Lurel. Il est défendu, monsieur le président.

M. le président. La parole est à M. Daniel Chasseing, pour présenter l'amendement n° 501 rectifié *bis*.

M. Daniel Chasseing. Lorsqu'une carence « ponctuelle » est constatée dans l'offre de soins, le conseil départemental peut autoriser le recours à un médecin adjoint. Cet adjectif n'étant pas très précis, il doit être supprimé. Sa suppression permettra d'étendre la possibilité de recourir à un médecin adjoint lorsqu'une carence est constatée par le conseil départemental de l'ordre des médecins.

M. le président. L'amendement n° 597, 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, est ainsi libellé :

Alinéa 9

Remplacer les mots :

ou par le

par les mots :

, le cas échéant sur proposition du

La parole est à M. Dominique Théophile.

M. Dominique Théophile. Les maires, premiers relais des préoccupations de leurs administrés, sont pleinement légitimes pour alerter sur les difficultés d'accès aux soins rencontrées dans leurs territoires et pour proposer des solutions susceptibles de renforcer la présence médicale, notamment l'accueil d'un médecin adjoint.

L'amendement adopté par la commission des affaires sociales leur permettrait de décider seuls d'ouvrir cette possibilité sur leur commune, par la publication d'un arrêté municipal. Les maires seraient alors *de facto* compétents pour autoriser un exercice médical sur leur territoire, ce qui paraît problématique.

Cet amendement vise donc à reconnaître aux maires la possibilité de saisir le Conseil national de l'ordre des médecins de situations de carence médicale dont ils auraient connaissance sur leur territoire, afin d'ouvrir la possibilité de recruter des médecins adjoints. S'il était adopté, il permettrait de respecter la compétence de l'Ordre.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Deux thèmes se dégagent de cette discussion commune sur le régime de l'adjuvat.

Le premier thème est l'élargissement des conditions du recours à l'adjuvat.

Les amendements n°s 65 rectifié, 180 rectifié *bis*, 352 rectifié, 425, 442 rectifié et 501 rectifié *bis* visent ainsi à supprimer le caractère ponctuel de la carence dans l'offre de soins ouvrant la possibilité de recruter un médecin adjoint, ce qui revient à étendre la troisième condition prévue dans l'article 5 à l'ensemble des situations de carence dans l'offre de soins.

Les conditions figurant à l'article 5 pour le recours aux médecins adjoints sont déjà très larges. Il sera possible dans les zones sous-denses, en cas d'afflux exceptionnel de population, ainsi qu'en cas de carence ponctuelle dans l'offre de soins.

Je crains que nous ne dénaturions ce dispositif en l'ouvrant trop largement à l'ensemble des situations de carence. Si nous voulons que les différents mécanismes permettant de préserver l'offre de soins restent incitatifs, ils doivent demeurer ciblés.

Or la rédaction proposée ouvrirait la possibilité de recourir à un médecin adjoint sur l'ensemble du territoire, et pas seulement dans les zones sous-denses : nous priverions ainsi ces zones d'un outil précieux. Je suis donc défavorable à l'ensemble de ces amendements.

L'amendement n° 62 rectifié tend, lui, à rapprocher très largement les régimes de l'adjuvat et du remplacement. Pour la même raison – conserver le caractère ciblé des alternatives à l'installation –, je n'y suis pas favorable.

Le second thème est l'assouplissement des modalités du recours à l'adjuvat.

L'amendement n° 64 rectifié vise à substituer un simple régime déclaratif au régime d'autorisation par le Conseil national de l'ordre des médecins prévu par l'article 5. Je n'y suis pas favorable. J'estime qu'il doit subsister un contrôle du Conseil national de l'ordre des médecins pour prévenir les abus et s'assurer de la compétence des candidats au remplacement et à l'adjuvat.

L'amendement n° 63 rectifié tend à ce que les zones sous-denses susceptibles de bénéficier de l'adjuvat soient déterminées non par l'ARS, mais par le biais d'une concertation avec les collectivités territoriales concernées. Il ne me paraît pas opportun d'alourdir la procédure permettant le déclenchement du recours au médecin adjoint, au risque de rendre le dispositif moins incitatif. Il serait en outre curieux, d'un point de vue juridique, de modifier la procédure de détermination des zones sous-denses prévue par l'article L. 1434-4 du code de la santé publique uniquement pour l'adjuvat.

À l'inverse, l'amendement n° 597 vise à affiner la rédaction retenue par la commission des affaires sociales et à préciser que la compétence du maire de la commune pour l'identification des zones marquées par une carence ponctuelle de l'offre de soins est subsidiaire et vaut à titre de proposition, tandis que l'Ordre des médecins conserve une compétence obligatoire. Cela me semble constituer un apport positif au texte de la commission. J'émetts en conséquence un avis favorable sur cet amendement.

En résumé, la commission est défavorable à l'ensemble des amendements en discussion commune, à l'exception de l'amendement n° 597, auquel elle est favorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 62 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 64 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 63 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 65 rectifié, 180 rectifié *bis*, 352 rectifié, 425, 442 rectifié et 501 rectifié *bis*.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 597.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 67 rectifié, présenté par Mme Noël, MM. D. Laurent et Morisset, Mme Deromedi et MM. Laménie, Perrin et Raison, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 4

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...) Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le recours au statut de médecin adjoint est ouvert aux établissements de santé publics et privés. » ;

La parole est à Mme Sylviane Noël.

Mme Sylviane Noël. La création du statut de médecin adjoint est l'une des réponses apportées par le présent projet de loi pour mettre un terme aux difficultés d'accès aux soins dans de nombreux territoires.

Afin de répondre pleinement à cet enjeu majeur, l'ensemble des acteurs du système de santé, quel que soit leur statut, doivent pouvoir se mobiliser et bénéficier pour

cela des mêmes dispositifs que ceux qui sont offerts en zones sous-dotées. Il est donc proposé d'ouvrir le statut de médecin adjoint au secteur privé comme au secteur public.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Les établissements de santé ont la possibilité de recruter des médecins par voie contractuelle. Nous ne le savons d'ailleurs que trop puisque c'est ce qui permet le développement de l'intérim hospitalier. Ils ont par ailleurs des internes. Je vous rappelle que le statut de médecin adjoint est ouvert aux étudiants en troisième cycle. Il n'est donc pas nécessaire de leur offrir cette possibilité supplémentaire.

La commission demande donc le retrait de cet amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. Madame Noël, l'amendement n° 67 rectifié est-il maintenu ?

Mme Sylviane Noël. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 67 rectifié est retiré.

L'amendement n° 556, présenté par MM. Mohamed Soilihi, Hassani, Théophile et Amiel, 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, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 4

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...) Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« À Mayotte, les personnes remplissant les conditions définies aux 1° et 2° du présent article peuvent être autorisées à exercer la médecine comme médecin adjoint d'un médecin, par décision du préfet de la région. » ;

La parole est à M. Thani Mohamed Soilihi.

M. Thani Mohamed Soilihi. De nombreux collègues sont intervenus pour évoquer la désertification médicale. Dans mon département, nous avons dépassé ce stade. C'est à un véritable désastre médical que nous assistons. Le système de santé est hypersaturé. Le centre hospitalier de Mayotte et ses dispensaires sont en permanence sous tension. Il convient d'adopter des mesures dérogatoires pour faire face à cette situation exceptionnelle.

Je regrette donc que certains de mes amendements aient été déclarés irrecevables au titre des articles 40 et 45 de la Constitution, en particulier celui d'entre eux qui tendait à rendre possible à Mayotte, à titre exceptionnel, la création d'une maison médicale avec un seul médecin, contre deux ailleurs.

Le présent amendement vise à adapter les modalités d'autorisation d'exercice de la médecine pour l'île de Mayotte dans la mesure où la situation sanitaire y est caractérisée par l'absence d'une médecine de ville apte à répondre aux besoins des populations. Cette sous-dotation a entraîné l'embolie du centre hospitalier de Mayotte, qui, à son tour, ne peut plus assurer au mieux l'ensemble de ses missions de service public, à commencer par ses missions de prévention.

Afin de juguler cet effet domino, qui aboutit à un engorgement de l'offre de santé à Mayotte, il est nécessaire de traiter le problème dans le bon ordre. Il faut commencer par améliorer l'offre de médecine de ville en autorisant un médecin adjoint à y exercer la médecine. Cela contribuera à faire venir de nouveaux praticiens à Mayotte et à améliorer la situation sanitaire de l'île.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. L'adoption de cet amendement reviendrait à supprimer, pour Mayotte, les conditions limitatives prévues à l'article 5 pour le recours à l'adjuvat.

Je suis en règle générale opposé à la remise en cause du ciblage des différents dispositifs d'exercice alternatifs à l'installation, dans la mesure où cela risque de dégrader leur caractère incitatif.

Il me semble cependant que la question se pose en des termes différents pour le territoire mahorais, où, comme la commission des affaires sociales a eu l'occasion de le constater lors de son déplacement dans l'océan Indien, l'offre de ville est quasiment inexistante.

Je m'interroge cependant sur la potentielle portée du dispositif proposé, dans la mesure où il me semble, mon cher collègue, que l'article visé concerne uniquement les étudiants en médecine, et non les jeunes professionnels.

Pour l'ensemble de ces raisons, la commission demande l'avis du Gouvernement, auquel elle se rangera.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Monsieur le sénateur Mohamed Soilihi, votre amendement est déjà satisfait. Je vous suggère donc de le retirer.

Il est satisfait par cet article, qui s'applique pleinement à Mayotte, tant pour l'exercice des médecins adjoints que pour celui des médecins remplaçants. Les autorisations d'exercice sont délivrées pour une durée limitée par le conseil départemental de l'ordre des médecins.

Pour autant, je considère évidemment comme vous qu'il est nécessaire d'améliorer l'offre de soins à Mayotte. À cet égard, je tiens à vous rassurer d'une manière générale sur les efforts entrepris pour améliorer la situation. Ainsi, le projet de loi prévoit la création d'une ARS de plein exercice au 1^{er} janvier 2020, ce qui devrait permettre de mieux accompagner le développement de l'offre de soins sur l'île.

Par ailleurs, de nombreuses mesures ont déjà été prises dans le plan d'action pour l'avenir de Mayotte, en particulier le projet de santé mahorais 2018-2022, qui permet de mieux prendre en compte les besoins et les spécificités du département. Il s'agit d'un projet régional de santé propre à Mayotte et traduit en mahorais.

En outre, le fonds d'intervention régional est passé en 2018 de 7,5 à 11,7 millions d'euros, soit une augmentation de 50 %. Il a été porté à 15,6 millions d'euros en 2019, soit un doublement par rapport à 2017, l'objectif étant de mettre en place un ambitieux programme de santé publique en faveur du territoire.

En 2019, nous finançons des opérations d'urgence. Nous investissons 20 millions d'euros pour le centre hospitalier de Mayotte, afin de développer l'offre de soins programmés – je pense aux interventions au bloc opératoire et aux consultations.

Enfin, je l'ai annoncé, l'État accompagnera financièrement la modernisation du centre hospitalier à hauteur de 172 millions d'euros, ainsi que l'élaboration du projet.

Tels sont les éléments que je souhaitais porter à votre connaissance, monsieur le sénateur, afin de vous rassurer sur l'attention que nous portons à l'offre de soins sur l'île.

M. le président. Monsieur Mohamed Soilihi, l'amendement n° 556 est-il maintenu ?

M. Thani Mohamed Soilihi. Je remercie M. le rapporteur de son avis et Mme la ministre des assurances qu'elle vient de nous donner.

Cela étant, je retire mon amendement.

M. le président. L'amendement n° 556 est retiré.

Je mets aux voix l'article 5, modifié.

(L'article 5 est adopté.)

Article additionnel après l'article 5

M. le président. L'amendement n° 155 rectifié *bis*, présenté par MM. Vaspert, Longeot, Bizet, Raison et Mandelli, Mme Morhet-Richaud, MM. Duplomb et Perrin, Mmes Ramond et L. Darcos, MM. Pellevat, Nougein, D. Laurent, del Picchia, Paul et Revet, Mmes Troendlé et Deromedi, M. Sol, Mmes Gruny et Guidez, MM. Genest et Darnaud, Mmes Raimond-Pavero, Garriaud-Maylam et Chauvin, MM. Moga, Meurant, Brisson, Priou, B. Fournier et Rapin, Mmes Chain-Larché et Thomas, M. J.M. Boyer, Mme Lanfranchi Dorgal, M. Chevrollier, Mme Lamure et MM. Segouin et Gremillet, est ainsi libellé :

Après l'article 5

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le premier alinéa de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique est complété par les mots : « et consultation d'un représentant des maires désigné par l'Association des maires du département concerné et d'un représentant du conseil départemental ».

La parole est à M. Michel Vaspert.

M. Michel Vaspert. Les territoires souhaitent être plus impliqués dans la gestion quotidienne des questions de santé publique.

Mon amendement vise donc à faire entendre la voix des élus locaux, laquelle n'est pour l'heure pas prise en compte, dans la définition du zonage en zones denses et sous-denses, zonage dont dépend l'octroi d'aides à l'installation. Il prévoit pour cela une simple consultation.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Cette demande, mon cher collègue, est déjà satisfaite par le droit en vigueur.

Un dispositif à deux étages est en effet mis en œuvre pour l'application du zonage prévu par l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

Conformément à l'arrêté du 13 novembre 2017, une première approche est tout d'abord définie sur la base à visée objective d'un indicateur déterminé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, la Drees, l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée, l'APL.

Pour affiner cette première approche, l'article R. 1434-2 du code précité prévoit que les arrêtés de zonage sont pris après concertation avec les unions régionales de professionnels de santé, les URPS, et la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie, la CRSA, qui comprend des représentants des élus locaux.

Cet amendement étant satisfait, la commission souhaite son retrait.

M. le président. Monsieur Vaspert, l'amendement n° 155 rectifié *bis* est-il maintenu ?

M. Michel Vaspert. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 155 rectifié *bis* est retiré.

Article 5 bis

① I. – Le 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique est complété par les mots : « , pour les professions de santé et pour les spécialités ou groupes de spécialités médicales pour lesquels des dispositifs d'aide sont prévus en application du 4° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale ».

② II. – L'article L. 1434-4 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

③ « Lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé n'a pas déterminé les zones prévues au 1° du présent article pour une spécialité médicale, celles arrêtées pour la profession de médecin s'appliquent. » – (*Adopté.*)

Article additionnel après l'article 5 bis

M. le président. L'amendement n° 14 rectifié, présenté par Mme Doineau, MM. Vanlerenberghe et Henno, Mmes Dindar, C. Fournier, Guidez et les membres du groupe Union Centriste, est ainsi libellé :

Après l'article 5 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. - Le code général des impôts est ainsi modifié :

1° Après l'article 1463 B, il est inséré un article 1463... ainsi rédigé :

« Art. 1463 – I. – Sont exonérés de la cotisation foncière des entreprises :

« 1° À compter de l'année qui suit celle de leur établissement, les médecins ainsi que les auxiliaires médicaux mentionnés au livre I^{er} et au livre III de la quatrième partie du code de la santé publique et soumis à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéficiaires non commerciaux qui, exerçant leur activité à titre libéral, s'établissent ou se regroupent dans une commune de moins de 2 000 habitants ou une commune située dans l'une des zones de revitalisation rurale définies à l'article 1465 A du présent code ;

« 2° À compter de l'année qui suit celle de leur établissement, les médecins ainsi que les auxiliaires médicaux mentionnés au 1° qui, exerçant leur activité à titre libéral, s'établissent ou se regroupent sur un site distinct de leur résidence professionnelle habituelle et situé dans une commune répondant aux conditions du même 1° ou

dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins au sens de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

« II. – Le bénéfice des exonérations est subordonné au respect du règlement (UE) n° 1407/2013 de la Commission du 18 décembre 2013 relatif à l'application des articles 107 et 108 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides *de minimis*. » ;

2° Le I de l'article 1464 D est ainsi modifié :

a) Les deuxième, troisième et cinquième alinéas sont supprimés ;

b) Au dernier alinéa de l'article, les mots : « les médecins, les auxiliaires médicaux et les vétérinaires visés aux 1° à 3° » sont remplacés par les mots : « les vétérinaires mentionnés au 3° ».

II. - La perte de recettes résultant pour les collectivités territoriales du I est compensée, à due concurrence, par une majoration de la dotation globale de fonctionnement.

III. – La perte de recettes résultant pour l'État du paragraphe précédent est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

La parole est à Mme Élisabeth Doineau.

Mme Élisabeth Doineau. L'exercice en cabinet multisites se heurte aujourd'hui à des freins de nature fiscale.

Un médecin installé dans un cabinet et souhaitant aider des collègues exerçant dans des territoires en difficulté, en leur consacrant des demi-journées par exemple, devra s'acquitter deux fois de la cotisation foncière des entreprises, la CFE.

Je prendrai l'exemple des généralistes exerçant à titre secondaire au sein du cabinet éphémère de Pontarlier, un lieu que j'ai visité. Ils doivent s'acquitter une deuxième fois de la CFE. Celle-ci est relativement élevée, puisqu'elle est calculée sur la valeur locative des locaux, alors même qu'ils n'y exercent pas à temps complet et y génèrent donc peu de bénéficiaires.

On peut par ailleurs noter que les possibilités d'exonération existantes, aux mains des collectivités locales, sont à la fois mal ciblées et mal identifiées par ces dernières.

Une exonération de CFE, automatique et compensée aux collectivités par l'État, pourrait être accordée aux médecins exerçant à temps partiel dans une zone sous-dense.

Le présent amendement a donc pour objet de conférer un caractère automatique à l'exonération de cotisation foncière des entreprises actuellement mentionnée à l'article 1464 D du code général des impôts, dont peuvent bénéficier les médecins et les auxiliaires médicaux s'installant dans une commune de moins de 2 000 habitants, une commune située dans une zone de revitalisation rurale ou une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, depuis les dispositions introduites à l'article 173 de la loi du 28 décembre 2018 de finances pour 2019.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. L'adoption de cet amendement reviendrait clairement à instaurer une nouvelle aide incitative à l'installation au bénéfice des petites communes et des ZRR, distincte de celle qui existe pour les zones sous-denses.

Nous n'avons rien à gagner, me semble-t-il, à la multiplication des outils incitatifs à l'installation, lesquels devraient rester ciblés pour les professionnels de santé autour des zonages effectués par les ARS. Un toilettage par le ministère des différentes aides existantes serait le bienvenu, afin de renforcer leur ciblage et leur visibilité. Par ailleurs, la reconnaissance d'aides à l'installation pour l'ensemble des communes de moins de 2 000 habitants pourrait constituer un effet d'aubaine pour certains professionnels de santé, ces communes ne correspondant pas nécessairement à des zones sous-dotées.

À défaut d'un retrait, l'avis de la commission serait défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je vous propose, madame la sénatrice, d'avoir cette discussion lors de l'examen des projets de loi de finances. En effet, comme vous le savez, nous sommes en train de réfléchir à la totalité des aides et des exonérations.

Je veux aussi vous rassurer sur un point. Vous proposez notamment d'étendre l'exonération fiscale aux cabinets secondaires. Or nous avons des politiques de soutien assez affirmées vis-à-vis de ces cabinets.

D'une part, nous sommes passés d'un régime d'autorisation à un régime purement déclaratif à l'Ordre des médecins. D'autre part, nous avons prévu des honoraires bonifiés de 25 % pour les professionnels qui ouvrent des cabinets secondaires en zones sous-denses et y réalisent des consultations, l'objectif étant de rendre cet exercice attractif.

Le Gouvernement sollicite donc le retrait de cet amendement. À défaut, il émettra un avis défavorable.

M. le président. Madame Doineau, l'amendement n° 14 rectifié est-il maintenu ?

Mme Élisabeth Doineau. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 14 rectifié est retiré.

Article 5 *ter*

- ① L'article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales est ainsi modifié :
- ② 1° Après le mot : « certificat », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « attestant le décès, établi par un médecin, en activité ou retraité, par un étudiant en cours de troisième cycle des études de médecine en France ou un praticien à diplôme étranger hors Union européenne autorisé à poursuivre un parcours de consolidation des compétences en médecine, dans des conditions fixées par décret pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins. » ;
- ③ 2° (*Non modifié*) Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ce décret détermine également les modalités d'établissement de ce certificat lorsqu'il est établi par des médecins retraités. »

M. le président. Je suis saisi de six amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 557, 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, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Après les mots :

en médecine

insérer les mots :

ou une infirmière justifiant de la formation requise

La parole est à M. Michel Amiel.

M. Michel Amiel. Cet amendement a pour objet de permettre aux infirmiers et infirmières de rédiger un certificat de décès.

Dans certaines zones aux caractéristiques géographiques et démographiques contraignantes, rurales, montagneuses, ultra-marines ou insulaires, les familles en deuil doivent parfois attendre des heures, voire des jours, avant qu'un médecin ne puisse délivrer ledit certificat.

Bien conscient toutefois que, au-delà du diagnostic de décès, se posent des questions de nature médico-légale, je propose de conditionner cette extension à une formation spécifique qui serait délivrée aux professionnels dans le cadre des pratiques avancées.

M. le président. L'amendement n° 362 rectifié *bis*, présenté par Mme Guillotin, M. Artano, Mme M. Carrère, MM. Castelli, Collin et Corbisez, Mmes Costes et N. Delattre, MM. Gabouty, Gold et Jeansannetas, Mme Jouve et MM. Léonhardt, Requier, Roux, Vall et Husson, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Après les mots :

en France

insérer les mots :

, par un infirmier exerçant en pratique avancée

La parole est à Mme Véronique Guillotin.

Mme Véronique Guillotin. Cet amendement tend à étendre aux infirmiers en pratique avancée la faculté de réaliser des certificats de décès, pour les raisons que vient d'exposer M. Amiel.

Il s'agit de professionnels expérimentés. Ils ont un minimum d'exercice de trois ans et ont obtenu un diplôme d'État, c'est-à-dire reconnu au grade universitaire.

Cette mesure serait de nature à accélérer la délivrance des certificats de décès dans des zones où il faut parfois attendre quelques jours, ce qui est vraiment très compliqué pour les familles.

M. le président. L'amendement n° 157 rectifié, présenté par Mme Morhet-Richaud, MM. D. Laurent, Revet, Morisset, Raison et Perrin, Mme Ramond, M. Vaspert, Mme Garriaud-Maylam, M. Brisson, Mmes Gruny et Imbert, MM. B. Fournier, Cuypers, Dufaut, Bouchet, del Picchia et Poniatowski, Mmes Noël et Lopez et MM. Laménie, Meurant, Rapin et Sido, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Si le décès était prévisible, le certificat de décès peut être établi par un infirmier ou une infirmière ayant dispensé des soins lors de cette dernière maladie.

II. – Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

– Le deuxième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il peut établir un certificat de décès dans les conditions prévues à l'article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales. »

La parole est à Mme Patricia Morhet-Richaud.

Mme Patricia Morhet-Richaud. Le problème récurrent du manque de praticiens médicaux pour dresser le constat de décès n'a pas été réglé. Il est très difficile, notamment dans certaines zones, pour un médecin de se déplacer dans un délai raisonnable, ce qui n'est acceptable ni d'un point de vue administratif ni sur le plan humain.

En laissant aux seuls médecins la possibilité de délivrer un certificat de décès, la loi ne tient pas suffisamment compte de l'évolution de notre société et du développement des déserts médicaux.

L'article 5 *ter* du présent projet de loi permet également aux médecins retraités ainsi qu'aux étudiants en cours de troisième cycle des études de médecine en France d'établir un certificat de décès.

Cet amendement vise à instaurer un dispositif plus souple pour tenir compte de ce phénomène qui touche désormais les espaces ruraux, mais aussi certaines villes.

M. le président. L'amendement n° 361 rectifié *bis*, présenté par Mme Guillotin, M. Artano, Mme M. Carrère, MM. Castelli, Collin et Corbisez, Mmes Costes et N. Delattre, MM. Gabouty, Gold et Jeansannetas, Mme Jouve et MM. Léonhardt, Requier, Roux, Vall et Husson, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Si le décès était prévisible, le certificat de décès peut être établi par un infirmier ou une infirmière ayant dispensé des soins lors de cette dernière maladie dans les conditions fixées par décret pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins.

II. – Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

– Le deuxième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il peut établir un certificat de décès dans les conditions prévues à l'article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales. »

La parole est à Mme Véronique Guillotin.

Mme Véronique Guillotin. L'idée reste la même, mais il s'agit cette fois de permettre à un infirmier de signer un certificat de décès dans le cas où il aurait dispensé des soins durant la dernière maladie du patient, lorsque l'issue de la pathologie est prévisible. Cela concernerait notamment les décès faisant suite à une prise en charge en soins palliatifs.

M. le président. L'amendement n° 558, 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, est ainsi libellé :

Compléter cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

...° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Dans le cas d'un décès survenu dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, définie en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, le certificat de décès peut être établi par un infirmier ou une infirmière, justifiant de la formation requise. »

La parole est à M. Dominique Théophile.

M. Dominique Théophile. Il s'agit d'un amendement de repli qui vise à accorder la possibilité d'établir un certificat de décès aux infirmiers justifiant de la formation requise, pour les seuls décès survenus en zones sous-dotées.

M. le président. L'amendement n° 559, 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, est ainsi libellé :

Compléter cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

...° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« À titre dérogatoire et pour une durée de trois ans, dans le cas d'un décès survenu dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, définie en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, le certificat de décès peut être établi par un infirmier ou une infirmière, justifiant de la formation requise. »

La parole est à M. Dominique Théophile.

M. Dominique Théophile. Cet amendement est défendu, monsieur le président.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. La rédaction des certificats de décès doit demeurer une compétence médicale. Je vous rappelle en effet que l'établissement de ce document constitue un enjeu à la fois administratif – la délivrance du certificat de décès conditionne l'autorisation de fermeture du cercueil –, médico-légal – lorsque des violences sont constatées sur le corps du patient décédé –, de santé publique et de veille sanitaire, l'examen devant permettre de détecter d'éventuelles maladies infectieuses dont la propagation doit être prévenue.

En tout état de cause, les élargissements opérés par l'article 5 *ter* aux médecins retraités et aux étudiants du troisième cycle, et par le texte de la commission des affaires sociales aux praticiens à diplôme hors Union européenne, les Padhue, permettront d'apporter certaines réponses dans les territoires qui rencontrent des difficultés.

Un décret de 2017 a par ailleurs prévu une rémunération plus incitative de l'examen médical permettant l'établissement du certificat de décès, sur la base d'un forfait de 100 euros.

La commission émet donc un avis défavorable sur l'ensemble des amendements en discussion commune.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je répondrai globalement à l'ensemble de ces amendements.

J'ai pleinement conscience des difficultés qu'ont certaines familles à trouver rapidement un médecin pour établir un certificat de décès. C'est la raison pour laquelle, à l'Assemblée nationale, j'ai soutenu des amendements permettant à des médecins retraités et des internes, sous certaines conditions, de procéder à la délivrance de ce certificat. En commission, nous avons également soutenu la délivrance de ces certificats par les Padhue. Ces mesures devraient permettre de soulager les territoires qui sont en réelle difficulté aujourd'hui et de répondre aux attentes des familles.

Cela étant, je ne peux donner un avis favorable à ces amendements.

Le certificat de décès est en effet un document médical qui permet, au-delà de la constatation pure et simple du décès que peut faire un infirmier ou une infirmière, d'imposer une mise en bière immédiate dans un cercueil hermétique lorsque le médecin atteste qu'il s'agit d'une fièvre hémorragique virale, ou dans un cercueil fin simple, mais avec interdiction de soins de conservation du corps lors d'une maladie de Creutzfeldt-Jakob, d'une tuberculose active ou d'un état septique grave.

Ce certificat permet aussi d'attester du caractère naturel ou non du décès, cette dernière hypothèse entraînant la mobilisation des instances judiciaires, d'évaluer la présence ou non d'un obstacle médico-légal et d'attester de la cause précise du décès, qui doit être reportée sur le certificat. Celle-ci est d'une importance capitale pour la qualité de la veille sanitaire. Je vous rappelle que tous les certificats de décès font l'objet d'un rapport au registre national des décès tenu par l'Inserm, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, qui publie ensuite des statistiques annuelles.

Les médecins sont formés pendant leur cursus initial à l'élaboration de ce type de certificats.

Pour toutes ces raisons, mais également parce qu'il s'agit d'une obligation déontologique, je souhaite que l'établissement de ces certificats reste un acte médical et qu'il ne soit pas délégué à d'autres professionnels.

Enfin, la rémunération de 100 euros pour l'élaboration des certificats de décès prévue par l'arrêté de 2017 a enclenché une très forte dynamique, les médecins étant désormais motivés pour se déplacer.

Les derniers chiffres de 2018 montrent que 50 000 actes de certificats de décès ont fait l'objet de cette rémunération, soit une très forte augmentation.

La situation devrait donc normalement s'apaiser dans les territoires. Je vous propose d'évaluer l'incidence des mesures mises en place et, si les tensions devaient persister, nous verrons s'il convient de prendre des mesures nouvelles pour répondre aux inquiétudes.

Le Gouvernement est par conséquent défavorable à l'ensemble des amendements.

M. le président. Monsieur Amiel, l'amendement n° 557 est-il maintenu ?

M. Michel Amiel. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 557 est retiré.

Madame Guillotin, l'amendement n° 362 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Véronique Guillotin. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 362 rectifié *bis* est retiré.

Madame Morhet-Richaud, l'amendement n° 157 rectifié est-il maintenu ?

Mme Patricia Morhet-Richaud. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 157 rectifié est retiré.

Madame Guillotin, l'amendement n° 361 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Véronique Guillotin. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 361 rectifié *bis* est retiré.

Monsieur Théophile, les amendements n° 558 et 559 sont-ils maintenus ?

M. Dominique Théophile. Non, je les retire, monsieur le président.

M. le président. Les amendements n° 558 et 559 sont retirés.

L'amendement n° 363 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, Gold, Guérini et Jeansanetas, Mme Jouve et MM. Léonhardt, Requier, Roux et Vall, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Après le mot :

retraité

insérer les mots :

, par un médecin adjoint

La parole est à Mme Véronique Guillotin.

Mme Véronique Guillotin. Cet amendement étant satisfait, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 363 rectifié est retiré.

L'amendement n° 560, présenté par MM. Amiel, Théophile et Lévrier, Mme Schillinger, MM. 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, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Le certificat de décès peut être réalisé à distance conformément aux modalités établies à l'article L. 6316-1.

La parole est à M. Michel Amiel.

M. Michel Amiel. Je retire cet amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 560 est retiré.

L'amendement n° 778 rectifié *bis*, présenté par Mme Imbert, MM. Charon, Pointereau et Sol, Mme Malet, M. Brisson, Mme Garriaud-Maylam, M. Morisset, Mmes Deromedi, Puissat, Deroche et Richer,

MM. D. Laurent et Savary, Mme Deseyne, M. Mouiller, Mme Gruny, M. Gremillet et Mme Morhet-Richaud, est ainsi libellé :

Alinéa 3

Supprimer cet alinéa.

La parole est à Mme Corinne Imbert.

Mme Corinne Imbert. Le statut social de retraité ne restreint pas la plénitude d'exercice que le médecin tient de son inscription à l'Ordre des médecins. La participation des médecins retraités à l'établissement de certificats de décès est déjà effective, voire organisée dans certains départements, sous l'égide des conseils départementaux de l'ordre des médecins.

Dans les discussions autour de l'objet de cet amendement, il a été question de la constitution de listes de médecins volontaires, ou encore de conditions financières favorables. Cependant, le décret annoncé dans le texte ne renvoie pas à ces questions, mais uniquement aux modalités d'établissement du certificat par un médecin retraité.

C'est pourquoi je propose de supprimer l'alinéa 3 de l'article 5 *ter*.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Je m'interroge moi aussi sur la formulation de l'alinéa 3, qui semble restreindre la compétence des médecins retraités. Je souhaite donc obtenir des précisions.

Lors de la discussion en séance publique à l'Assemblée nationale, il a été indiqué qu'il s'agissait de prévoir les conditions financières des actes pratiqués par les médecins retraités. Selon l'amendement à l'origine de l'insertion de cet alinéa 3, « ils bénéficieront, pour la rémunération perçue à ce titre, du régime applicable au cumul emploi-retraite des médecins en zones sous-denses. Cette rémunération ne donnera donc pas lieu au versement de cotisations sociales ».

Pouvez-vous, madame la ministre, nous confirmer que telle est bien l'orientation retenue par le Gouvernement ?

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Les médecins retraités, même s'ils sont inscrits au tableau du conseil départemental de l'ordre des médecins, ne peuvent pas effectuer la plénitude des actes qu'ils exerçaient lorsqu'ils étaient en activité. Il est donc nécessaire qu'un décret précise les conditions dans lesquelles ils pourront être amenés à établir les certificats de décès.

Ce décret précisera notamment les conditions d'exercice et de formation des médecins retraités pour la réalisation de cet acte, ainsi que le lien avec le médecin traitant habituel, afin de déterminer si le décès est inattendu au regard de l'état de santé de la personne.

Il est par ailleurs prévu que la rémunération ne donnera pas lieu au versement de cotisations sociales, dans la limite d'un plafond fixé aujourd'hui à 40 000 euros de revenus, et qui vient d'être porté à 80 000 euros aux termes d'un arrêté paru hier au *Journal officiel*.

Je suis donc défavorable à cet amendement.

M. le président. Madame Imbert, l'amendement n° 778 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Corinne Imbert. J'entends vos propos, madame la ministre, mais je ne suis pas sûre de bien comprendre.

Un médecin retraité pourrait ainsi soigner des patients et cumuler cet emploi avec sa retraite, mais il ne serait pas capable de signer un certificat de décès. C'est tout de même étonnant ! Le médecin retraité reste un médecin, avec ses compétences. On ne l'obligera jamais à signer un tel certificat s'il n'en a pas envie, mais s'il a la capacité de le faire, s'il se porte candidat et que le Conseil national de l'ordre émet un avis favorable, je ne vois pas ce qui pose problème.

Cela étant, je retire cet amendement, mais votre réponse me surprend, madame la ministre.

M. le président. La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. C'est juste une question de statut, madame Imbert.

Un médecin en situation de cumul emploi-retraite doit avoir une inscription de plein exercice au Conseil de l'ordre. En revanche, un médecin retraité peut établir des certificats de décès sans cette inscription.

M. René-Paul Savary. Les médecins retraités restent inscrits à l'Ordre !

M. le président. L'amendement n° 778 rectifié *bis* est retiré.

L'amendement n° 617 rectifié, présenté par Mmes Rossignol et Lepage, M. P. Joly, Mme Jasmin, MM. Iacovelli et Daudigny, Mme Conconne, MM. Manable, M. Bourquin, Tourenne et Temal, Mmes Monier et Blondin, M. Mazuir et Mme Grelet-Certenais, est ainsi libellé :

Compléter cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

...° Après le même deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'autorisation de fermeture du cercueil d'un mineur de deux ans ne peut être délivrée qu'au vu d'un certificat, établi par un médecin, attestant le décès. »

La parole est à Mme Laurence Rossignol.

Mme Laurence Rossignol. Les deux amendements que je vais présenter concernent la mort inexpliquée du nourrisson. Nous savons, grâce à une série d'études – je pense particulièrement à l'étude qui avait été conduite sur la base d'un protocole entre les tribunaux de Bordeaux et le CHU, ainsi qu'aux études réalisées par l'Inserm –, que certaines morts inexpliquées de nourrissons sont des néonaticides, c'est-à-dire des morts liées, non pas à des accidents, mais au syndrome du bébé secoué ou à des phénomènes de maltraitance.

Ce premier amendement est en réalité une interrogation adressée à Mme la ministre : un jeune médecin assistant est-il capable d'identifier ce qui, pour beaucoup de personnes, reste impensable, à savoir qu'un nouveau-né ou un enfant de moins de deux ans puisse être victime d'une maltraitance familiale ? Ira-t-il chercher au-delà du décès inexpliqué des signes de maltraitance ou du syndrome du bébé secoué ?

Je ne suis pas accrochée à l'idée qu'il faudrait absolument empêcher les médecins adjoints de délivrer des certificats de décès. Toutefois, en raison de l'angle invisible que constituent les maltraitances et les décès de nourrissons, je me demande simplement s'il est raisonnable de confier à de jeunes médecins inexpérimentés, et probablement peu suspicieux de quelque chose d'impensable, la capacité de délivrer des certificats de décès.

Si Mme la ministre me dit qu'elle est certaine du bien-fondé de la mesure, je retirerai mon amendement.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Selon la commission, il n'y a pas de différence objectivable de compétences entre un médecin en exercice, un étudiant en fin de troisième cycle formé aux certificats de décès, un Padhue en fin de parcours de consolidation des compétences et un médecin retraité.

Qui plus est, les mineurs de deux ans ne sont pas, malheureusement, les seules populations vulnérables.

La commission serait donc plutôt pour une demande de retrait ou un avis défavorable, mais elle souhaite connaître la réponse de Mme la ministre.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je comprends l'interrogation et l'inquiétude de Mme Rossignol.

Les médecins sont aujourd'hui très bien formés aux morts inattendues, en particulier aux risques liés au syndrome du bébé secoué. La Haute Autorité de santé a édicté des procédures et publié des guides sur ce point.

Dès qu'un enfant meurt aux urgences ou y est amené décédé, une procédure spécifique est systématiquement appliquée. Les urgentistes sont très bien formés, et l'ensemble du corps médical partage la même préoccupation à cet égard.

Il ne faut pas, me semble-t-il, empêcher les médecins retraités ou les jeunes médecins d'établir des certificats de décès. Parfois, les morts sont programmées, notamment dans le cas d'enfants en soins palliatifs pour un cancer, et la tâche des médecins qui accompagnent ces enfants s'en trouverait complexifiée.

Je suis donc défavorable à cet amendement, et j'insiste sur le fait que toute mort inattendue d'un enfant ou presque fait l'objet d'un signalement.

M. le président. Madame Rossignol, l'amendement n° 617 rectifié est-il maintenu ?

Mme Laurence Rossignol. Non, je le retire, monsieur le président, en précisant que je visais seulement les décès ayant lieu au domicile, et non ceux qui interviennent à l'hôpital.

M. le président. L'amendement n° 617 rectifié est retiré.

L'amendement n° 618 rectifié, présenté par Mmes Rossignol et Lepage, M. P. Joly, Mme Jasmin, MM. Iacovelli et Daudigny, Mme Conconne, MM. Manable, M. Bourquin, Tourenne et Temal, Mmes Blondin et Monier et M. Mazuir, est ainsi libellé :

Compléter cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

...° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Dans les situations de mort inattendue du nourrisson, il est procédé à des examens complémentaires non invasifs permettant de repérer la commission de maltraitances. »

La parole est à Mme Laurence Rossignol.

Mme Laurence Rossignol. Cet amendement trouve sa source dans les propositions des professionnels du secteur de la protection de l'enfance et de la médecine légale.

Il s'agit de prévoir que, dans les situations de morts inattendues du nourrisson, l'on procède à des examens complémentaires non invasifs permettant de repérer la commission d'actes de maltraitance.

Nous le savons en effet, par le biais de certaines études, par les éléments qui figurent dans le registre de l'Inserm, par l'enquête conduite par le parquet et le CHU de Bordeaux et par d'autres travaux en médecine légale, il est probable qu'un tiers des morts accidentelles soient en réalité des décès suspects et violents relevant de deux causes, le syndrome du bébé secoué et la mort par asphyxie, noyade ou abandon de soins.

Nous sommes convaincus que les connaissances sont insuffisantes en la matière, et c'est pourquoi nous proposons de systématiser les explorations médicales *post-mortem* non invasives – radiographie du squelette entier, examens biologiques, imagerie cérébrale et fond d'œil principalement. Tout n'est pas sous contrôle, madame la ministre ! Il me paraît indispensable de progresser dans la connaissance et l'identification des morts inattendues des nourrissons.

Je rappelle que la France, avec 400 morts par an, est l'un des pays d'Europe qui a le taux de morts inexpliquées du nourrisson le plus élevé.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Il a semblé à la commission que les précisions demandées par Mme Rossignol, dont plusieurs termes appellent une définition précise, relèvent plutôt du pouvoir réglementaire.

Mme la ministre pourra nous en dire plus sur les mesures prises ou à prendre pour améliorer la gestion de ces situations.

La commission sollicite donc l'avis du Gouvernement sur cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je comprends votre interrogation, madame Rossignol. Aux urgences, les prises en charge sont relativement harmonisées, les professionnels ayant tendance à réaliser systématiquement un examen médico-légal, mais vous craignez qu'en médecine de ville les mêmes procédures ne soient pas appliquées.

En réalité, en cas de mort inattendue d'un enfant de moins de deux ans, que le décès soit constaté par un médecin de ville ou un médecin hospitalier, la Haute Autorité de santé – la HAS – recommande un protocole de prise en charge harmonisé entre les différents professionnels : réaliser un ensemble d'investigations pour déterminer la cause du décès et disposer de statistiques de mortalité fiables, améliorer la prise en charge et le suivi de la famille.

Ces recommandations permettent déjà de répondre aux objectifs que vous poursuivez, dans le respect des règles de déontologie médicale et des prérogatives de l'autorité judiciaire.

Par ailleurs, des travaux sont en cours dans le cadre de la préparation du pacte pour l'enfance, afin de mettre en œuvre des mesures pour renforcer l'effectivité de l'application de ces recommandations.

Je suis donc défavorable à cet amendement. Je ne souhaite pas inscrire cette mesure dans la loi, mais un travail est en cours pour s'assurer de l'effectivité des procédures.

M. le président. Madame Rossignol, l'amendement n° 618 rectifié est-il maintenu ?

Mme Laurence Rossignol. Oui, monsieur le président.

Je me penche depuis plusieurs années sur ce sujet, et la réponse de la ministre chargée de la santé est un peu toujours la même, avec un renvoi aux procédures en cours.

Pourtant, toutes les explorations montrent qu'un certain nombre de morts inexplicables du nourrisson passent à côté de nos capacités d'investigation.

J'imagine que le Gouvernement n'est pas indifférent à cette question, mais je souhaite que la loi impose des explorations non invasives systématiques en cas de décès d'un nourrisson.

M. le président. La parole est à Mme Michelle Meunier, pour explication de vote.

Mme Michelle Meunier. Je voterai en faveur de cet amendement, même si je n'en suis pas signataire.

Vous êtes défavorable à cet amendement, madame la ministre, mais en même temps vous vous préoccupez du sujet.

Tout à l'heure, le président de la commission a rappelé l'enjeu médico-légal de cet article, notamment en cas de violences.

Nous venons de terminer au Sénat un long travail concernant les violences sexuelles faites aux enfants et, au cours de nos auditions, le manque de connaissances et de données fiables est revenu comme un leitmotiv.

Je vois dans cet amendement un moyen supplémentaire de pallier ce manque.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 618 rectifié.

(Après une épreuve à main levée déclarée douteuse par le bureau, le Sénat, par assis et levé, n'adopte pas l'amendement.)

Mme Laurence Rossignol. On a fait entrer en urgence dans l'hémicycle des collègues pour voter contre cet amendement !

M. le président. Madame Rossignol, même sans compter les voix des nouveaux entrants, votre amendement aurait été rejeté.

L'amendement n° 343, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Compléter cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

...° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le maire dispose de pouvoir de réquisition pour faire constater le décès dans les vingt-quatre heures suivant la découverte du corps. »

La parole est à Mme Céline Brulin.

Mme Céline Brulin. Cet amendement s'inscrit dans le prolongement des débats que nous venons d'avoir concernant l'établissement des certificats de décès dans les zones où nous manquons de médecins et où nous assistons parfois à des situations extrêmement problématiques.

Dans mon département, il est assez courant qu'aucun décès ne puisse être constaté entre minuit et six heures du matin.

Madame la ministre, vous aviez réservé un accueil plutôt favorable à une proposition de mon collègue et ami Sébastien Jumel à l'Assemblée nationale qui visait à ce que les maires, officiers de police judiciaire, aient dans le cadre de leurs prérogatives le pouvoir de réquisitionner un médecin, à partir d'une liste établie par l'ARS.

Vous aviez jugé la proposition intéressante et envisagé la possibilité d'introduire la mesure par voie d'amendement au Sénat après vérification de sa faisabilité juridique par vos services. Vous aviez même ajouté, me semble-t-il, que ce serait une bonne idée.

Je ne sais pas si vos services ont pu procéder à la vérification en question, mais ce serait en effet une très bonne chose, car les familles qui doivent « conserver leurs morts » jusqu'à la déclaration du décès par un médecin vivent des situations très compliquées. L'adoption de cet amendement contribuerait à les régler.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. S'il peut en effet être compliqué de trouver un médecin entre minuit et six heures du matin pour signer un certificat de décès, je ne suis pas certain qu'il sera plus facile de trouver un maire aux mêmes heures pour réquisitionner un médecin... L'avis de la commission est donc défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Madame la sénatrice, je me souviens des débats qui ont eu lieu à l'Assemblée nationale, mais seul le préfet peut réquisitionner un professionnel de santé s'il l'estime nécessaire et le maire peut tout à fait faire appel au préfet pour cela, afin d'aider une famille en difficulté. Telle est la réalité. Je le redis, le maire ne peut pas réquisitionner lui-même un médecin ; l'avis du Gouvernement est donc défavorable sur cet amendement.

M. le président. La parole est à Mme Céline Brulin, pour explication de vote.

Mme Céline Brulin. Cet amendement vise précisément à rendre possible une telle réquisition par le maire ! Aujourd'hui, chacun peut certes solliciter le préfet, mais comment imaginer qu'une famille confrontée à un deuil qui vient de se produire ait comme premier réflexe de joindre le préfet ? Ce n'est pas une démarche qui va de soi.

Par ailleurs, je suis surprise de l'argument du rapporteur qui trouve difficile de solliciter un maire, alors que nous savons bien, notamment en zone rurale, que les élus sont disponibles, d'astreinte en pratique, 24 heures sur 24... Il n'est donc absolument pas compliqué de les trouver !

M. le président. La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je sais qu'il s'agit d'un sujet auquel tous les sénateurs sont très sensibles, mais la réquisition d'un professionnel de santé est une procédure tout à fait exceptionnelle et elle doit le rester. Elle est notamment déclenchée en cas de danger pour la vie des gens, ce qui est une situation évidemment différente de celle où l'on doit constater un décès, et je rappelle que, si un professionnel n'a pas répondu, le préfet envoie un gendarme le chercher à son domicile.

En outre, si le médecin ne s'est pas déplacé, c'est peut-être parce qu'il est en train de soigner des personnes qui sont en danger. Il vaut tout de même mieux le laisser soigner les vivants que lui demander d'aller auprès d'un mort. Nous devons donc rester prudents devant des dispositifs aussi coercitifs.

En réalité, cette question ne traduit qu'une seule chose : la difficulté de trouver des médecins. Or, je l'ai dit, le présent projet de loi vise justement à rendre attractif l'exercice en milieu rural et en zone sous-dense. Nous venons, je le répète, de porter à 100 euros la rémunération des médecins qui font

un certificat de décès et la possibilité ouverte aux médecins retraités et aux internes de signer de tels certificats devrait encore faciliter les choses.

D'ailleurs, la dynamique est déjà à l'œuvre, puisque 50 000 certificats de décès ont donné lieu à une rémunération spécifique en 2018 et qu'ils devraient s'élever à près de 100 000 cette année. Il me semble donc que les choses sont en train de s'améliorer sur le terrain. L'ajout des médecins retraités et des internes permettra d'aller plus loin.

La réquisition par les maires me paraît être une procédure assez violente pour des médecins qui sont peut-être en train de soigner des vivants. C'est la raison pour laquelle je suis défavorable à cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 343.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 5 ter.

(L'article 5 ter est adopté.)

Article 5 quater (Supprimé)

Chapitre III

FLUIDIFIER LES CARRIÈRES ENTRE LA VILLE ET L'HÔPITAL POUR DAVANTAGE D'ATTRACTIVITÉ

Article 6

- ① I. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi visant à adapter les conditions d'exercice et les dispositions relatives aux statuts des personnels mentionnés au titre V du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique, des personnels mentionnés à la section 3 du chapitre II du titre V du livre IX de la quatrième partie du code de l'éducation et des personnels employés dans les établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles pour :
 - ② 1° Faciliter la diversification des activités entre l'activité hospitalière publique, des activités partagées entre structures de santé ou médico-sociales et un exercice libéral, dans leur établissement ou non, pour décloisonner les parcours professionnels et renforcer l'attractivité des carrières hospitalières, en assurant un meilleur encadrement des écarts de rémunération entre les personnels titulaires et ceux recrutés par contrat ;
 - ③ 2° Simplifier et adapter les conditions et les motifs de recrutement par contrat pour mieux répondre aux besoins des établissements, notamment dans les spécialités où ces derniers rencontrent le plus de difficultés à recruter, et pour faciliter l'intervention des professionnels libéraux à l'hôpital.
- ④ II. – L'ordonnance est prise dans un délai de douze mois à compter de la publication de la présente loi. Le projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de l'ordonnance prévue au I.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, sur l'article.

Mme Laurence Cohen. Nous aurons l'occasion de développer notre propos lors de l'examen de notre amendement tendant à la suppression de cet article, mais je veux insister sur les deux raisons principales qui nous conduisent à cette demande.

Tout d'abord, le Gouvernement a de nouveau recours à une ordonnance sur un sujet fondamental. Qui plus est, le champ de l'habilitation est particulièrement flou, ce qui est tout de même problématique pour un parlementaire qui doit voter cette habilitation.

Ensuite, nous craignons, sous couvert d'unifier des statuts dans un cadre unique, un certain éclatement, car ce sujet doit être mis en perspective avec le projet de loi sur la transformation de la fonction publique. Comment interpréter l'alinéa 3, qui entend « simplifier et adapter les conditions et les motifs de recrutement » ?

Certes, madame la ministre, l'article 6 a pour ambition, comme l'indique le titre du chapitre III susvisé, de renforcer l'attractivité des carrières hospitalières, ce qui est pleinement au cœur des problèmes que vivent les personnels et les établissements de santé.

Nous savons que vous êtes actuellement en pleine concertation avec les professionnels concernés pour limiter le recours à l'intérim dans les hôpitaux publics, position que nous soutenons. C'est une nécessité absolue, quand on sait que, déjà en 2013, le coût de l'intérim médical atteignait 500 millions d'euros et que, vraisemblablement, il est quasiment deux fois plus élevé aujourd'hui.

Cette dérive est dramatique et c'est un véritable cercle vicieux. Du fait de leurs difficultés à recruter – près de 30 % des postes de praticiens hospitaliers sont actuellement vacants –, les directeurs et directrices d'établissement n'ont pas d'autre choix que de recourir à l'intérim avec des salaires exorbitants, ce qui grève au final les budgets des hôpitaux et entraîne une compétitivité entre les établissements. C'est ce que nous avons entendu dans tous les territoires lors de notre tour de France des hôpitaux et des Ehpad.

Madame la ministre, la commission des affaires sociales a pris le soin d'ajouter, dans l'article 6, un objectif qui était jusqu'ici absent : assurer « un meilleur encadrement des écarts de rémunération entre les personnels titulaires et ceux recrutés par contrat ». Pouvez-vous nous dire si la question des salaires sera abordée dans la concertation que vous menez actuellement ? Un récent article du journal *L'Opinion* laissait entendre que ce n'était pas le cas... Or, sans aborder cette question, nous ne résoudrons pas celle de la concurrence avec le privé.

Il est également impératif de s'attaquer aux conditions de travail des personnels, ne serait-ce qu'en leur accordant des effectifs en nombre.

M. le président. La parole est à M. Bernard Jomier, sur l'article.

M. Bernard Jomier. Avant d'évoquer l'article 6, je veux dire que, quand nous sommes amenés à nous prononcer sur un amendement relatif au décès des nourrissons, sujet qui ne relève pas du conflit politique et qui est d'une particulière gravité pour chacun d'entre nous, il est tout à fait regrettable de voir une colonne d'élus entrer dans l'hémicycle, y rester moins d'une minute, puis en ressortir... Un débat parlementaire ne devrait pas ressembler à cela ! *(Protestations sur les travées du groupe Les Républicains.)*

Mme Laurence Rossignol. On se demande bien quel était l'enjeu !

M. Jean-Noël Cardoux. Nous n'avons pas besoin de leçons de morale !

M. Bernard Jomier. Pour ce qui concerne l'article 6 qui prévoit d'habiliter le Gouvernement à légiférer par ordonnance pour modifier les statuts et les conditions d'exercice des différentes catégories de personnels médicaux recrutés par les établissements de santé, il entend, d'une part, créer un statut unique de praticien hospitalier pour favoriser l'exercice mixte entre la ville et l'hôpital, d'autre part, simplifier le recrutement de contractuels.

Bien sûr, les conditions d'exercice à l'hôpital sont devenues illisibles du fait d'un foisonnement de statuts, dont les distinctions sont inutilement complexes. Ce constat était déjà dressé par la Cour des comptes dans un rapport de 2006 et nous ne nous opposons pas à une simplification.

De même, la diversification des activités est une demande des professionnels et nous reconnaissons volontiers qu'elle rendra les carrières plus attractives.

Mais nous regrettons que le projet d'ordonnance qui nous est soumis ne décrive que brièvement de grands principes et ne mentionne aucunement des règles d'encadrement pourtant indispensables.

En effet, comment s'assurer que votre réforme ne se fera pas au détriment de l'hôpital, si elle se traduit en un désinvestissement des praticiens hospitaliers de leur travail au sein de l'hôpital public au profit de leur activité privée ? Une autorité locale sera-t-elle chargée de la cohérence de l'ensemble, afin de garantir la continuité et la qualité des soins ? Ce sont bien ces impératifs qui sont en jeu et des dispositifs de contrôle doivent être garantis.

De la même manière, nous craignons que les mesures de simplification du recrutement des contractuels ne concurrencent le statut de praticien hospitalier. Nous nous réjouissons de l'apport adopté en commission, sur l'initiative du rapporteur, concernant l'encadrement des écarts de salaires entre les titulaires et les contractuels, facteur important d'attractivité et de fidélisation des praticiens à l'hôpital.

Vous nous répondrez sans doute que la concertation doit se poursuivre avec les acteurs pour préciser les contours de ces dispositions. Nous ne pouvons que nous y plier, madame la ministre, mais nous souhaiterions avoir des précisions sur les points évoqués avant de nous prononcer.

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 52 rectifié *quater* est présenté par Mmes Guidez et Eustache-Brinio, MM. Henno, Decool et Guerriau, Mme Garriaud-Maylam, M. Morisset, Mmes L. Darcos et Kauffmann, MM. L. Hervé et Meurant, Mme Billon, M. Bonne, Mme Férat, MM. Lafon et Laménie, Mme de la Provôté, MM. Cazabonne et Moga et Mme A.M. Bertrand.

L'amendement n° 299 est présenté par Mmes Cohen, Apurceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Jocelyne Guidez, pour présenter l'amendement n° 52 rectifié *quater*.

Mme Jocelyne Guidez. L'article 6 habilite le Gouvernement à prendre par voie d'ordonnance les mesures en vue de la création d'un statut unique de praticien hospitalier, qui ira de pair avec la suppression du concours. De façon complémentaire, l'article réformule les conditions de recours à l'emploi médical contractuel dans le cadre d'un nouveau contrat.

Si cet article vise à apporter une solution aux difficultés rencontrées par les hôpitaux sur la question du recrutement, il demeure regrettable, sur la forme, qu'une mesure de cette importance soit renvoyée à une ordonnance. En effet, les conditions de l'emploi médical hospitalier constituent un enjeu central pour le devenir des établissements publics de santé. Un tel sujet aurait donc mérité un débat à l'échelon du Parlement.

Sur le fond, des professionnels du secteur ont fait part de leurs inquiétudes sur le possible risque d'une nomination des praticiens hospitaliers par les directions d'établissement en lieu et place de la procédure nationale pilotée par le Centre national de gestion. Ils craignent ainsi le développement de recrutements locaux à la discrétion des managers hospitaliers, créant une hiérarchie entre directeurs et praticiens.

Par conséquent, la nomination de ces professionnels devrait rester nationale. En effet, bien qu'imparfait, le processus de recrutement actuel est ouvert à tous et reconnaît la compétence médicale et la volonté de l'engagement dans le service public qui sont sanctionnées par un examen devant un collège médical de la spécialité.

C'est pourquoi, pour des raisons de transparence du processus, le présent amendement vise à supprimer l'article 6 de ce projet de loi.

M. le président. La parole est à Mme Michelle Gréaume, pour présenter l'amendement n° 299.

Mme Michelle Gréaume. Nombre d'établissements publics de santé rencontrent des difficultés importantes pour recruter des praticiens en raison de la mise en concurrence des établissements, alors que nous avons besoin de développer la coopération entre la ville et l'hôpital.

L'article 6 prévoit de fluidifier les carrières entre la ville et l'hôpital pour accroître l'attractivité de l'exercice à l'hôpital ; nous y voyons un signal positif, mais en regardant de plus près, nous nous apercevons que, pour y parvenir, vous prétendez favoriser l'exercice à l'hôpital des professionnels libéraux, madame la ministre.

Alors que nous parlons depuis plusieurs jours du manque de professionnels libéraux dans les zones sous-denses, vous allez leur demander demain d'exercer, en plus, dans les hôpitaux publics. Il y a une incohérence !

Encourager l'exercice partagé entre la ville et l'hôpital, pourquoi pas ? Mais il ne faut pas que cela se fasse au détriment de l'activité hospitalière. Cela risque en fait de contribuer à l'hémorragie qui est déjà à l'œuvre dans le secteur public.

Au motif de simplification, vous remplacez les cinq statuts actuels par un statut unique de praticien contractuel. Au passage, vous supprimez le concours, alors même qu'il est le garant de l'égalité de traitement et de l'absence de favoritisme ; nous ne comprenons pas les raisons de ce choix.

Vous voulez réformer le statut de la fonction publique; c'est normal, les choses doivent évoluer avec le temps, mais à condition de veiller à améliorer les conditions de travail, de revaloriser les rémunérations et de titulariser les contractuels qui sont déjà trop nombreux.

Devant le flou qui entoure cette réforme, nous demandons la suppression de cet article.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. La commission préférerait bien entendu que la réforme du statut des praticiens hospitaliers se fasse par voie législative plutôt que par ordonnance et je regrette que le cadre d'habilitation prévu à l'article 6 soit particulièrement vague – j'en ai fait largement état dans mon rapport.

Pour autant, dans la mesure où des concertations avec les acteurs concernés ont été engagées, il me paraît un peu tard pour revenir sur cette dynamique.

En outre, si nous appliquions la même logique à l'ensemble du projet de loi, nous devrions supprimer de très nombreux articles... Or nous sommes convenus, en commission et en dépit de nos fortes réserves sur le nombre de renvois aux ordonnances, de nous montrer aussi constructifs que possible dans l'élaboration de la loi.

Nous serons cependant attentifs au contenu de l'ordonnance qui nous sera présentée pour ratification et nous présenterons des amendements si besoin. J'espère par ailleurs qu'un tel dessaisissement du Parlement ne se représentera plus à l'avenir.

Vous l'aurez compris, l'avis de la commission est défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je crois que nous sommes tous d'accord sur l'objectif, car chacun est témoin de la difficulté d'attirer les professionnels dans les hôpitaux publics, notamment dans certaines spécialités. Ainsi, nous assistons à une compétition entre les établissements et à une augmentation permanente du recours aux intérimaires, et ce malgré plusieurs décrets qui visaient à réduire la rémunération de ces personnels.

Il est très difficile aujourd'hui de réguler la situation. C'est pourquoi nous souhaitons favoriser des statuts plus souples qui permettent de rendre plus attractifs certains postes de praticiens hospitaliers, notamment dans les spécialités en tension. Je pense par exemple aux anesthésistes : avec des salaires beaucoup plus élevés dans le secteur privé, ils y sont, d'une certaine manière, aspirés, ce qui pose d'importantes difficultés de fonctionnement dans les hôpitaux publics, notamment pour les blocs opératoires. L'absence d'anesthésistes empêche les chirurgiens d'opérer, ce qui diminue l'attractivité de l'hôpital, ainsi que son activité. Chacun mesure les effets pervers de ce manque d'attractivité.

Dans ce contexte, l'article 6 a pour objet de renforcer l'attractivité des carrières médicales hospitalières, en favorisant la diversification des activités de ces professionnels, en permettant la reconnaissance des responsabilités exercées par les praticiens au sein de l'hôpital – je pense notamment à l'exercice de missions administratives – ou au sein des commissions médicales d'établissement, et en augmentant la fluidité des carrières entre la ville et l'hôpital – une

meilleure articulation entre exercices libéral et hospitalier est particulièrement importante dans les hôpitaux de proximité.

La concertation en cours permettra de moderniser le statut de praticien hospitalier titulaire, ainsi que les conditions de recours à l'emploi contractuel dans le cadre d'un contrat unique.

Les hôpitaux ont absolument besoin de ces évolutions pour adapter leur politique de l'emploi médical et mieux répondre aux attentes et aspirations des praticiens.

Pour autant, les directeurs d'établissement auront toujours la possibilité de ne pas autoriser un contrat, par exemple s'il accordait trop de temps à l'exercice libéral. C'est une réponse à l'argument selon lequel l'exercice libéral pourrait prendre le pas sur l'exercice hospitalier.

Par ailleurs, nombre de mesures que nous devons prendre ne relèvent pas de la loi et ne figureront donc pas dans l'ordonnance, mais nous avons besoin d'un support législatif et, si nous ne disposons pas d'un véhicule législatif au moment où la concertation aura abouti, nous risquons de bloquer le processus.

Les premières concertations visant à redessiner le cadre d'emploi médical hospitalier ont été l'occasion pour certaines organisations représentant les praticiens hospitaliers d'exprimer leurs attentes et leurs craintes. Je comprends tout à fait ces réactions et vous pouvez être certains que j'en tiendrai compte dans les arbitrages.

En ce qui concerne la fameuse suppression du concours national de praticien hospitalier, je veux vous rassurer : la procédure de nomination restera nationale, des assurances ont été données en ce sens aux acteurs de la concertation. Alors, pourquoi supprimer ce concours ? En réalité, c'est un faux concours, puisqu'il est sur titres et *curriculum vitae* et que plus de 90 % des candidats sont admis. D'ailleurs, une grande majorité de ces candidats travaille déjà à l'hôpital et obtient un poste qui était fléché pour eux. En tout cas, nous préservons la possibilité de mettre un terme à la fonction dans la première année qui suit le recrutement ; ainsi, si le praticien hospitalier ne donne pas satisfaction durant cette période, il pourra être mis fin à son contrat.

Madame Cohen, vous m'avez sollicitée sur la question des salaires. La discussion engagée porte en priorité sur la modernisation des conditions d'exercice à l'hôpital d'une manière générale – c'est vraiment, je le répète, la priorité absolue de la concertation en cours. Il ne s'agit pas de négociations salariales, même si évidemment des aspects de rémunération vont être abordés, notamment dans le cadre des missions que nous voulons voir reconnues. La porte n'est donc pas fermée à certaines revalorisations, mais les discussions sur les salaires n'ont pas lieu dans ce cadre.

Enfin, le recours à une ordonnance est nécessaire, parce que la concertation n'est pas terminée. Nous avons besoin d'un temps supplémentaire de discussion avant d'inscrire les différentes mesures dans la loi. Pour autant, je me suis engagée devant la commission des affaires sociales à venir devant elle, avant l'examen du projet de loi d'habilitation, présenter l'ordonnance et ses mesures d'impact, afin que les sénateurs puissent en débattre avec le Gouvernement.

Pour toutes ces raisons, je suis défavorable à ces amendements.

M. le président. Madame Guidez, l'amendement n° 52 rectifié *quater* est-il maintenu ?

Mme Jocelyne Guidez. Par cohérence, je le retire, monsieur le président, mais il faut absolument apporter les réponses nécessaires aux professionnels qui s'interrogent sur les discussions en cours.

M. le président. L'amendement n° 52 rectifié *quater* est retiré.

Madame Cohen, l'amendement n° 299 est-il maintenu ?

Mme Laurence Cohen. Je n'ai absolument pas été convaincue par les propos du rapporteur. Souvent dans cet hémicycle, on nous dit que nous posons le bon diagnostic, mais il y a ensuite une divergence sur les solutions à apporter. En tout cas, je crois que, lorsque l'on n'est pas d'accord avec le principe des ordonnances ou avec une disposition proposée, il faut aller jusqu'au bout et voter contre !

En revanche, je remercie Mme la ministre, parce qu'elle a manifestement entendu nos préoccupations et qu'elle a apporté des précisions qui nous éclairent. Toutefois, ces précisions ne sont pas suffisantes à nos yeux ; c'est pourquoi nous maintenons notre amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 299.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 89 rectifié, présenté par M. Savary, Mme A.M. Bertrand, MM. Bonne, Bouloux et J. M. Boyer, Mmes Bruguière et Chain-Larché, M. Chaize, Mme Chauvin, MM. Cuypers, Danesi, Daubresse et de Legge, Mme Delmont-Koropoulos, M. del Picchia, Mmes Deroche, Deromedi, Di Folco, Estrosi Sassone et Eustache-Brinio, 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, Mmes M. Mercier et 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, est ainsi libellé :

Alinéa 1

Après le mot :

publique,

insérer les mots :

des personnels des établissements mentionnés au 3° de l'article L. 6112-3 du même code,

La parole est à Mme Corinne Imbert.

Mme Corinne Imbert. Cet amendement vise à étendre les assouplissements prévus par l'article 6 pour faciliter l'emploi de médecins dans les établissements de santé publics aux établissements du secteur privé à but non lucratif. Ainsi, les professionnels médicaux exerçant en établissement privé à but non lucratif auront la possibilité d'exercer leur art de façon comparable aux praticiens hospitaliers.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement tend à élargir le champ de l'habilitation donnée au Gouvernement pour légiférer par ordonnance, ce qui est contraire à l'article 38 de la Constitution, parce que le Parlement ne peut pas lui-

même se dessaisir de sa compétence. La commission demande donc le retrait de cet amendement. À défaut, son avis serait défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis, monsieur le président.

M. le président. Monsieur Savary, l'amendement n° 89 rectifié est-il maintenu ?

M. René-Paul Savary. Non, nous le retirons, monsieur le président, mais je crois que Mme la ministre devrait réfléchir à cette proposition.

Sous réserve des observations émises par le rapporteur, la création d'un statut unique pour les praticiens hospitaliers peut permettre de régler un certain nombre de problèmes. De ce point de vue, l'amendement adopté en commission visant à ce que l'ordonnance prenne en compte les écarts de rémunération entre les personnels titulaires et ceux qui sont recrutés par contrat va dans le bon sens.

Pourquoi ai-je déposé cet amendement ? Parce que nombre de praticiens hospitaliers travaillent aussi, en tant que contractuels, dans des établissements privés à but non lucratif – ces deux types d'établissements appartiennent finalement à la même école. Je pensais aussi aux centres de soins, dont les actions peuvent être complémentaires de celles des maisons de santé pluridisciplinaires qui sont gérées en libéral. Enfin, élargir le statut unique de praticien hospitalier à ce type d'établissement de santé est un moyen de lutter contre la désertification médicale.

M. le président. L'amendement n° 89 rectifié est retiré.

L'amendement n° 760, présenté par MM. Jomier et Daudigny, Mmes Grelet-Certenais et Jasmin, M. Kanner, Mmes Rossignol, Meunier, Van Heghe, Féret et Lubin, M. Tourenne, Mmes M. Filleul et Harribey, MM. Lurel, J. Bigot et Bérít-Débat, Mmes Blondin et Bonnefoy, MM. Botrel et M. Bourquin, Mme Conconne, MM. Duran et Fichet, Mme Ghali, MM. Houllégatte et Jacquin, Mme G. Jourda, MM. Kerrouche et Lalande, Mmes Lepage et Monier, M. Montaugé, Mmes Perol-Dumont, Prévile et S. Robert, M. Sueur, Mme Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 2

Après le mot :

hospitalières,

insérer les mots :

en créant un statut unique de praticien hospitalier et

II. – Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

L'article 25 *septies* de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires s'applique aux personnels soumis au statut unique mentionné au 1° du présent I.

La parole est à M. Bernard Jomier.

M. Bernard Jomier. Madame la ministre, nous souscrivons à votre objectif de lutte contre les dérives de l'intérim et de renforcement de l'attractivité de la carrière hospitalière, mais

parallèlement nous sommes également très attachés à développer un cadre statutaire qui garantisse l'exercice de la mission de service public des praticiens hospitaliers.

C'est pourquoi nous proposons que l'exercice mixte, que le Gouvernement souhaite consacrer au travers de la création d'un statut unique de praticien hospitalier, se fasse dans le respect de l'interdiction de cumuler une activité à temps plein et une autre activité, afin de ne pas voir apparaître d'autres dérives.

Nous partageons le projet de développer l'activité mixte entre la ville et l'hôpital, mais si aujourd'hui beaucoup de praticiens hospitaliers sont amenés à faire des gardes dans le secteur privé en plus de leur temps plein à l'hôpital, c'est pour des raisons financières. De meilleures rémunérations et conditions de travail sont nécessaires pour améliorer l'attractivité des carrières hospitalières. D'ailleurs, la commission des affaires sociales a souhaité que l'ordonnance traite de la question de l'encadrement des écarts de rémunération entre les personnels titulaires et contractuels.

Par cet amendement, il s'agit de s'assurer de la compatibilité entre activités principale et secondaire. Par exemple, qui contrôlera le fait qu'un médecin qui a travaillé toute la journée dans un cabinet privé ne passe pas la nuit à l'hôpital, risquant ainsi de mettre potentiellement en danger la sécurité des patients ?

Les futures dispositions devront donc comporter des garde-fous. L'un d'entre eux consiste à affirmer l'incompatibilité d'un cumul entre une activité à temps plein et d'autres activités. Pour nous, ce garde-fou est essentiel.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. La première précision que comporte l'amendement présenté par M. Jomier ne me paraît pas utile, dans la mesure où le Gouvernement a déjà largement annoncé son intention de travailler dans cette direction – Mme la ministre pourra cependant nous le confirmer.

Je partage la préoccupation exprimée par le biais du second point de l'amendement. Il importe en effet de poser des garde-fous au développement de l'exercice mixte des praticiens hospitaliers. C'est d'ailleurs dans cet esprit que j'ai travaillé à la rédaction de l'article 6 bis A, en étroite collaboration avec le Gouvernement qui a également fait part de sa préoccupation sur ce point.

Afin de prévenir les situations problématiques au titre de l'exercice mixte, vous visez, mon cher collègue, l'article 25 septies de la loi de 1983, applicable aux fonctionnaires de l'État. Je me demande si cette précision est bien opérante. Cet article comporte en effet de très nombreuses exceptions au principe de non-cumul qui rendent son contournement relativement aisé.

Puisque je sais que le Gouvernement travaille également dans cette direction, je lui demande de nous éclairer sur les outils qui permettront demain de prévenir les conflits d'intérêts et les conflits professionnels des futurs praticiens hospitaliers.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Cet amendement soulève la question du cumul d'activités dans le cas d'une activité mixte, en pointant du doigt les risques liés à la soutenabilité de la charge globale de travail d'un praticien.

Le statut général des fonctionnaires prévoit que le fonctionnaire consacre l'intégralité de son activité professionnelle aux tâches qui lui sont confiées. Il pose donc l'interdiction du cumul d'activités ; c'est l'objet de l'article 25 septies de la loi du 13 juillet 1983 que vous souhaitez voir appliquer aux praticiens hospitaliers. Or l'article L. 6152-4 du code de la santé publique prévoit déjà que cet article de la loi précitée est applicable aux personnels médicaux des établissements publics de santé. De ce point de vue, cet amendement est satisfait.

La création d'un statut unique de praticien hospitalier n'est pas de nature à remettre en cause ce principe d'interdiction de cumul d'activités de tous les praticiens exerçant dans des établissements publics de santé pour ce qui concerne ceux dont l'exercice est à temps plein. Ces professionnels conserveront par ailleurs la possibilité d'exercer une activité libérale, dont les conditions devront être adaptées pour tenir compte de la création du statut unique de praticien hospitalier et de l'évolution du contexte territorial, notamment pour permettre que cette activité puisse se déployer sur le territoire, éventuellement hors les murs de l'établissement.

Il ne sera donc pas possible, pour ces praticiens exerçant à temps plein, de développer une activité mixte hôpital et ville au-delà de leurs obligations de service dans le cadre que je viens de rappeler.

Les praticiens qui feront le choix d'exercer à temps partiel pourront, pour leur part, développer un exercice mixte hôpital et ville. C'est précisément ce que nous souhaitons faire pour apporter de nouvelles réponses aux besoins de l'offre de soins et aux attentes de ces praticiens.

Je suis sensible à la préoccupation exprimée dans l'exposé des motifs de cet amendement, à savoir que le développement de l'exercice mixte ne doit pas aboutir à des situations individuelles de temps de travail excessif qui seraient de nature à compromettre la sécurité des soins.

Les dispositions qui seront arrêtées devront effectivement prendre en compte ce risque, mais je vous confirme que cet amendement est déjà satisfait. C'est pourquoi j'en demande le retrait.

M. le président. Monsieur Jomier, l'amendement n° 760 est-il maintenu ?

M. Bernard Jomier. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 760 est retiré.

Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 657 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. Léonhardt, Requier, Roux et Vall, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 2, au début

Ajouter les mots :

Valoriser les carrières hospitalières, encadrer les écarts de rémunération et

II. – Alinéa 3

1° Supprimer le mot :

notamment

2° Après le mot :

spécialités

insérer les mots :

et les territoires

La parole est à M. Guillaume Arnell.

M. Guillaume Arnell. Le recours massif aux intérimaires dans le secteur hospitalier est un sujet préoccupant. Je vous y sais sensible, madame la ministre, puisque je vous ai déjà interrogée à ce propos lors d'une séance de questions au Gouvernement. D'une part, il plombe le budget des hôpitaux par des rémunérations excessives, et, d'autre part, il déstabilise le fonctionnement des services, dont la responsabilité incombe de fait, en priorité, aux praticiens non contractuels.

Un décret visant à limiter le salaire journalier des intérimaires a été publié. Pour l'instant, il n'y a pas lieu de se réjouir, puisque, de votre aveu même, madame la ministre, il n'a pas encore porté ses fruits. Il est en effet largement contourné par les directeurs d'établissement hospitalier.

Se pose aussi la question des écarts de salaire entre praticiens du secteur public et du secteur privé, que nous ne pouvons pas ignorer. Il apparaît primordial de préserver l'hôpital public et son attractivité pour les médecins.

L'objet de cet amendement est donc de préciser que la future ordonnance relative aux statuts des personnels hospitaliers s'attachera, notamment, à valoriser les carrières hospitalières et à encadrer les écarts de rémunération.

Il s'agit ici d'envoyer un signal fort aux praticiens hospitaliers, en rappelant que leur statut prévaut sur celui des contractuels, et en réaffirmant la volonté des pouvoirs publics de rendre ces métiers plus attractifs.

Je tiens à préciser, toutefois, madame la ministre, que ce nivellement ne doit pas, dans mon esprit, s'effectuer par le bas. Si l'on veut redonner à l'hôpital public ses lettres de noblesse, il faudra très certainement y mettre le prix.

M. le président. L'amendement n° 300, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Alinéa 3

Supprimer cet alinéa.

La parole est à Mme Michelle Gréaume.

Mme Michelle Gréaume. À l'alinéa 3, l'habilitation prévoit de « simplifier et adapter les conditions et les motifs de recrutement par contrat pour mieux répondre aux besoins des établissements [...] et pour faciliter l'intervention des professionnels libéraux à l'hôpital. »

Cette rédaction nous fait craindre une fragilisation du statut de la fonction publique hospitalière en multipliant les recrutements sous des conditions dérogatoires.

L'article 6 s'inscrit dans la continuité de la réforme de la fonction publique que nous examinerons dans quelques jours : plus de contractuels et moins de fonctionnaires.

Nous militons, au contraire, pour la titularisation des contractuels, déjà trop nombreux dans la fonction publique hospitalière, car l'hôpital fonctionne aujourd'hui en se reposant sur des personnels au statut dérogatoire – internes, externes, contractuels et intérimaires.

Même si votre argumentaire se veut rassurant concernant vos intentions, qui seraient en réalité non pas de généraliser le recours aux contractuels, mais seulement de le rendre moins complexe, nous sommes particulièrement sceptiques.

Certes, les formes de contrat pour praticiens hospitaliers sont multiples, avec les statuts de praticien contractuel, de praticien attaché et de praticien attaché associé, de clinicien hospitalier ou de praticien adjoint contractuel. Nous pensons que l'attractivité des établissements est liée non pas au type de contrat, mais à la possibilité de titularisation, aux matériels à disposition, aux effectifs et aux conditions de travail.

C'est la raison pour laquelle nous souhaitons la suppression de cet alinéa 3.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. L'amendement n° 657 rectifié, comme l'amendement présenté par Mme Imbert, est irrecevable au titre de l'article 38 de la Constitution. Je le répète pour ceux qui n'étaient pas là au moment où je l'ai dit à Mme Imbert, le Parlement ne peut pas étendre le champ d'une ordonnance en se dessaisissant de sa propre compétence. Je vous demande donc, monsieur Arnell, de retirer votre amendement, faute de quoi j'y serai défavorable.

L'amendement n° 300 a, lui, pour objet de réduire le champ de l'habilitation à légiférer par ordonnance. En l'adoptant, nous étendrions les compétences du Parlement, en particulier du Sénat, mais, pour les raisons que nous avons évoquées lors de la discussion des amendements de suppression de l'article 6, l'avis est défavorable, car nous souhaitons continuer à travailler sur le sujet.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Monsieur Arnell, le 1° de l'habilitation mentionne déjà, parmi les objectifs visés, le renforcement de l'attractivité des carrières hospitalières et l'encadrement des écarts de rémunération. La rédaction de l'amendement n° 657 rectifié risque de complexifier la compréhension du périmètre de l'habilitation. Le fait d'ajouter la référence aux territoires n'apporte rien à l'habilitation, puisque l'idée est de rendre les carrières les plus attractives possible, quelle que soit la raison – spécialité ou spécificité territoriale – des difficultés rencontrées par les établissements pour recruter. Votre amendement me semble donc couvert par l'habilitation.

Concernant l'amendement n° 300, il faut savoir que nous prévoyons bien que le pourcentage de praticiens contractuels sera encadré, et que les praticiens hospitaliers resteront majoritaires dans les établissements de santé.

Je suis défavorable à ces deux amendements.

M. le président. La parole est à M. Guillaume Arnell, pour explication de vote.

M. Guillaume Arnell. Bien entendu, nous retirons notre amendement, mais nous ne pouvons pas passer sous silence, lors d'un débat législatif sur la santé, une question aussi importante, sur laquelle nous vous avons déjà alertée, madame la ministre. Vous avez apporté quelques réponses partielles, mais nous attendons d'en juger l'effectivité. C'est un sujet essentiel, et, à un moment ou à un autre, que ce soit lors de la discussion du PLFSS ou à l'occasion d'autres débats relatifs à la santé, il reviendra tout naturellement.

M. le président. L'amendement n° 657 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 300.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote sur l'article 6.

M. Yves Daudigny. Le sujet est d'importance pour l'avenir de l'hôpital public. Dans tous les contacts que nous avons pu avoir avec eux, les directeurs d'établissement ont mis en avant cette faible attractivité de la profession de praticien hospitalier et leurs difficultés à recruter. Avec les jeunes praticiens, c'est la loi de l'offre et de la demande qui s'applique le plus souvent, le salaire offert à l'hôpital étant inférieur de moitié à celui qui peut être proposé par un autre organisme pour les mêmes fonctions.

Je pourrais presque dire que le sujet touche à l'absurde, lorsque des chefs d'établissement sont obligés de mettre en place des combinaisons entre leurs établissements pour se prêter, en quelque sorte, des praticiens spécialisés, afin de permettre à ceux-ci de bénéficier de statuts particuliers à durée limitée et d'augmenter leurs salaires.

Nous touchons également à la question des diplômes étrangers, mais nous en reparlerons ultérieurement au cours de l'examen de ce texte. À ce stade, je rappelle seulement que, dans de nombreuses régions, beaucoup d'établissements hospitaliers ne peuvent aujourd'hui fonctionner que grâce à l'apport décisif de médecins ayant obtenu leur diplôme hors de l'Union européenne.

Cependant, mon groupe votera contre cet article, car nous ne pouvons pas accepter ce recours à une ordonnance sans les précisions supplémentaires qui ont été demandées.

M. le président. Je mets aux voix l'article 6.

(L'article 6 est adopté.)

Articles additionnels après l'article 6

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

Les trois premiers sont identiques.

L'amendement n° 106 rectifié *bis* est présenté par Mmes Lassarade et Micouveau, MM. Vogel et Morisset, Mme Gruny, M. Panunzi, Mmes Deromedi, Morhet-Richaud et Bruguière, MM. Genest et Mouiller, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Pellevat et Piednoir, Mmes Chain-Larché et Thomas, M. Rapin, Mmes Imbert et Deroche, MM. Pointereau et Bouloux, Mme L. Darcos et MM. Laménié et Gremillet.

L'amendement n° 130 rectifié *bis* est présenté par M. Sol, Mme Eustache-Brinio, MM. Calvet et Guerriau, Mme Berthet, MM. Decool et Moga, Mme Kauffmann, M. Détraigne, Mmes Raimond-Pavero et Garriaud-Maylam, M. B. Fournier, Mme Chauvin, MM. Mandelli, Bonne et Charon et Mme Lamure.

L'amendement n° 304 est présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 6

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le 11° de l'article L. 1411-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° La définition pluriannuelle d'un plan national de santé et qualité de vie au travail des professionnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. »

La parole est à Mme Brigitte Micouveau, pour présenter l'amendement n° 106 rectifié *bis*.

Mme Brigitte Micouveau. Cet amendement vise à inscrire dans la loi le principe d'un plan national de santé au travail et de qualité de vie au travail des professionnels hospitaliers.

La santé des soignants est un enjeu majeur. Or la qualité de vie au travail des professionnels de santé s'est considérablement dégradée ces dernières années.

Ce plan devra traduire l'ambition partagée par le ministère des solidarités et de la santé, la sécurité sociale, les établissements listés à l'article 2 de la loi de 1986, les partenaires sociaux et les grands organismes de prévention de constituer un socle commun pour la promotion de la santé et de la qualité de vie au travail.

Cette démarche devra faire l'objet d'un accompagnement méthodologique et financier fort au profit des établissements, et promouvoir les démarches fondées sur l'analyse de l'organisation du travail.

M. le président. La parole est à M. Jean Sol, pour présenter l'amendement n° 130 rectifié *bis*.

M. Jean Sol. Je veux simplement ajouter que cet amendement vise à promouvoir la santé et la qualité de vie au travail, dont nos personnels ont plus que jamais besoin aujourd'hui pour prendre en charge nos patients, dans le contexte difficile que nous connaissons.

M. le président. La parole est à Mme Cathy Apourceau-Poly, pour présenter l'amendement n° 304.

Mme Cathy Apourceau-Poly. Ces dernières années, les projets de loi de financement de la sécurité sociale ont malheureusement mis en œuvre des politiques de réduction des dépenses de santé.

Ces réductions, que nous avons dénoncées à l'époque, ont eu des conséquences désastreuses sur les conditions de travail des professionnels hospitaliers. Les chiffres le montrent, le mal-être au travail a entraîné de nombreux suicides de personnels. Des rythmes de travail élevés, un manque de moyens matériels, des démissions face à la souffrance au travail : les personnels soignants ont le sentiment de ne plus pouvoir proposer aux patients des soins de qualité.

Ainsi, selon le rapport de recherche sur la santé des soignants, publié en 2018 par le professeur Didier Truchot de l'université de Bourgogne-Franche-Comté, 23 % des soignants ont des difficultés à dormir tous les jours ou presque. Les professions les plus touchées sont les infirmières, 28,8 %, et les aides-soignantes, 36,4 %.

Globalement, celles et ceux qui exercent uniquement à l'hôpital ressentent plus particulièrement ces difficultés. Les jours d'arrêt de travail sont aussi plus nombreux chez celles et ceux qui exercent à l'hôpital, comparativement à celles et ceux qui exercent en libéral.

Les infirmières et les aides-soignantes représentent, de loin, les groupes professionnels les plus frappés par les problèmes de santé.

Les professionnels hospitaliers ne peuvent plus travailler dans de telles conditions. Cela n'est plus possible !

Écoutez la chanson des infirmières de Valence ; écoutez les appels de détresse. Il est urgent d'agir !

Aussi, à l'occasion de l'examen de ce projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, nous proposons de reprendre une proposition émanant de la Fédération hospitalière de France, la FHF, visant à élaborer un plan national de santé et qualité de vie au travail des professionnels de santé.

Tel est le sens de cet amendement.

M. le président. L'amendement n° 656 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 et Jeansannetas, Mme Jouve et MM. Requier, Roux et Vall, est ainsi libellé :

Après l'article 6

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le 11° de l'article L. 1411-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° La définition pluriannuelle d'un plan national de santé et qualité de vie au travail des professionnels des établissements hospitaliers. »

La parole est à Mme Véronique Guillotin.

Mme Véronique Guillotin. Avec cet amendement, nous proposons d'inscrire dans la loi le principe d'un plan national de santé au travail pour les professionnels de santé du secteur hospitalier. Les conditions de travail et l'assurance d'un suivi médical des professionnels hospitaliers conditionnent en partie l'attractivité de ces métiers. Pour ne donner qu'un exemple, les métiers d'infirmier et d'aide-soignant connaissent aujourd'hui une crise des vocations inédite. Les hôpitaux peinent à pourvoir leurs postes, et les formations sur les territoires ont du mal à se remplir.

Si la dégradation des conditions de travail n'en est pas la seule raison, elle y contribue fortement.

Par ailleurs, la qualité de vie des praticiens a des conséquences évidentes sur la qualité des soins pour les patients.

Il s'agit ici de proposer de recréer un cercle vertueux, des conditions de travail sereines pour les professionnels entraînant des conditions de prise en charge optimales pour les patients.

Promouvoir les démarches de qualité au travail nécessite une analyse de l'organisation du travail, afin de s'inscrire dans une logique de prévention et non plus de réparation. Sur le modèle du plan national quadriennal de santé au travail élaboré par le ministère du travail en concertation avec les acteurs de la prévention, le présent amendement vise à inscrire dans la loi le principe d'un plan national. Ce plan est, pour beaucoup de professionnels, une étape indispensable pour renforcer la dynamique de notre système de santé. C'est également un signal fort que nous pouvons envoyer dès aujourd'hui aux professionnels de soins pour leur assurer que leurs conditions de travail sont notre priorité.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Étant donné le nombre de cosignataires de tous ces amendements, je pense que je vais décevoir beaucoup de collègues, mais je ne crois pas que la

précision souhaitée ait sa place dans l'article L. 1411-1 du code de la santé publique, lequel définit la politique de santé de la Nation dans sa globalité, et pas dans ses détails.

En outre, votre préoccupation, qui est aussi la mienne, mes chers collègues, me semble satisfaite en pratique pour deux raisons. D'une part, le Gouvernement a annoncé la mise en place de plusieurs outils visant à améliorer la qualité de vie au travail des professionnels hospitaliers – nous verrons ce que cela donne lorsqu'ils nous seront présentés. D'autre part, et surtout, l'article 10 *bis* A du présent projet de loi prévoit que le projet social de chaque établissement doit intégrer un volet spécifiquement consacré à la qualité de vie au travail des personnels hospitaliers.

J'attends l'avis du Gouvernement, mais la commission est défavorable à ces quatre amendements.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je ne vais pas revenir sur tout ce qu'a dit M. le rapporteur, mais je souhaite apporter des précisions sur le plan Qualité de vie au travail qui a été élaboré en 2016. Pour les personnels de santé, il s'agit de la stratégie Prendre soin de ceux qui soignent. Sont concernés tous les professionnels de santé, tous les modes d'exercice, y compris à l'hôpital. C'est un plan d'action pluriannuel, qui s'est d'ores et déjà traduit dans l'installation par mes soins, l'été dernier, d'un observatoire de la qualité de vie au travail, ainsi que de quatre groupes de travail, qui associent notamment les partenaires sociaux.

Il est en particulier proposé un dispositif de médiation pour les personnels des établissements de santé.

Cet observatoire et les groupes de travail ont par ailleurs vocation à produire des recommandations qui permettront de procéder à l'actualisation de cette stratégie.

J'ajoute que, dans la nouvelle version de la certification HAS des établissements de santé, qui sortira en 2020, des critères de qualité des établissements reposent sur la qualité de vie au travail des professionnels de santé. Tous les établissements seront évalués à l'aune de leur politique en la matière. Des actions de nature à répondre à vos préoccupations sont donc bien engagées, et il ne me semble pas nécessaire de mettre dans la loi la précision que vous voulez introduire, *a fortiori* à cet endroit du code de la santé publique. L'avis du Gouvernement est défavorable.

M. le président. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. Madame la ministre, est-ce qu'un projet de loi sur la santé au travail est toujours d'actualité ? Je n'irai pas jusqu'à vous en demander le calendrier exact, mais je souhaiterais savoir si un travail préparatoire est bien toujours en cours sur cette question.

M. le président. La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Monsieur Jomier, Muriel Pénicaud et moi-même avons confié aux partenaires sociaux le soin de négocier sur la question de la santé au travail. À ma connaissance, cette négociation n'a pas encore abouti. Je ne peux pas m'avancer plus sur un calendrier précis, mais nous espérons bien traduire dans un texte, sur la base de cette concertation, des éléments du rapport qui nous a été remis au mois d'août.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 106 rectifié *bis*, 130 rectifié *bis* et 304.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 656 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 302, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 6

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Les derniers alinéas de l'article L. 6151-1 du code de la santé publique et de l'article L. 952-21 du code de l'éducation sont complétés par une phrase ainsi rédigée : « Cette décision prend en compte la dimension nationale des affectations et l'évolution des disciplines. »

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. La suppression du *numerus clausus* nécessite d'augmenter les capacités d'accueil des universités et d'assurer une répartition plus équilibrée des personnels hospitalo-universitaires qui vont les encadrer. Nous avons déjà discuté de ce problème au début de l'examen de ce projet de loi.

Les fortes inégalités territoriales dans l'accès aux études de médecine se retrouvent dans le taux d'encadrement des étudiants en médecine par les enseignants.

Le rapport de la Cour des comptes de 2017 sur le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale a mis en lumière les grandes disparités qui existent dans la répartition des personnels hospitalo-universitaires entre les CHU.

Ainsi, en 2015-2016, un poste d'enseignant titulaire ou non titulaire correspondait à 5,29 étudiants à l'université de Paris 5, contre 15 à l'université de Lille 2.

Madame la ministre, vous avez répondu à nos collègues députés que la répartition des postes hospitalo-universitaires dépendait du nombre d'étudiants à former. C'est tout à fait exact. J'ajoute qu'il faut aussi prendre en considération la capacité des établissements de santé à faire de la recherche et à enseigner les disciplines pratiquées dans le CHU.

Actuellement, de nombreuses universités en région ne disposent pas de postes hospitalo-universitaires titulaires dans toutes les spécialités. Au total, notre système est morcelé et caractérisé par de fortes inégalités de moyens, ce qui compromet l'homogénéité des formations.

Notre amendement vise donc à essayer de corriger ces disparités en favorisant une répartition plus équilibrée des personnels titulaires.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Il s'agit de prendre en compte la dimension nationale des affectations et l'évolution des disciplines pour la nomination des PU-PH, professeurs des universités-praticiens hospitaliers. Ne connaissant pas la méthodologie de gestion de ces postes, nous attendons des précisions du Gouvernement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Frédérique Vidal et moi-même sommes très attentives à ce rééquilibrage nécessaire, mais il nous faut du temps pour créer des postes, notamment dans les disciplines qui manquent de postes hospitalo-universitaires. C'est ce que nous faisons en pédopsychiatrie, par

exemple, domaine dans lequel certaines régions n'ont aucun universitaire. Nous avons créé des postes de chefs de clinique assistants, puis des postes de maîtres de conférences des universités, et, maintenant, nous créons des postes de PU-PH.

L'idée, c'est qu'au moment de la concertation sur les nominations de tous les postes hospitalo-universitaires, laquelle a lieu avec les doyens, les directeurs généraux et les présidents de commissions médicales d'établissement, CME, des CHU, les directeurs généraux des ARS, les présidents d'université, nous veillons progressivement à rééquilibrer l'ensemble des disciplines. L'affectation des postes doit tenir compte de cet équilibre nécessaire entre les missions d'enseignement, la capacité de recherche et la qualité des candidats proposés. Cet équilibre dépend de nombreux facteurs, et pas seulement du nombre d'étudiants à former, même si celui-ci est évidemment très important dans la décision.

Ce travail s'améliore d'année en année. Je ne souhaite donc pas que cette disposition soit inscrite dans la loi, même si je comprends votre objectif. L'avis du Gouvernement est défavorable.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. Le problème que nous soulevons est vraiment d'actualité. Nous allons maintenir cet amendement, qui est un amendement d'appel. Nous serons vigilants, car nous le voyons bien, sur ces problématiques liées aux questions de formation, de postes, bref, tout à ce qui tourne autour du monde hospitalier, il est assez compliqué de faire bouger les choses. Ce projet de loi a une certaine logique, que nous ne partageons pas, et dès que l'on essaie de le faire évoluer, on nous oppose une concertation en cours, le travail d'une commission, etc. Franchement, les parlementaires que nous sommes, surtout dans l'opposition, évoluons sur le fil du rasoir, avec très peu de marge. Mes chers collègues, en tout cas ceux d'entre vous qui étaient présents dès lundi, vous comprendrez peut-être davantage les raisons du dépôt de notre motion tendant à opposer la question préalable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 302.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 658 rectifié, présenté par Mme Guillotin, MM. Artano, Cabanel et Castelli, Mme N. Delattre, M. Gabouty, Mme Jouve et MM. Requier et Vall, est ainsi libellé :

Après l'article 6

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. - Après le premier alinéa de l'article 81 *quater* du code général des impôts, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au premier alinéa du présent article, cette limite annuelle n'est pas applicable au temps de travail additionnel. »

II. - La perte de recettes résultant pour l'État du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

La parole est à Mme Véronique Guillotin.

Mme Véronique Guillotin. Cet amendement a vocation à compléter les mesures, évoquées par Guillaume Arnell, en faveur de la valorisation des carrières hospitalières au détriment du recours aux intérimaires, dont on connaît les conséquences tant sur les budgets des hôpitaux que sur l'organisation des services. Son objet est de permettre la non-imposition des heures supplémentaires au-delà du seuil de 5 000 euros annuels en place aujourd'hui. Cette mesure a pour but, à court terme, de favoriser les heures supplémentaires pour les praticiens en poste, et de limiter ainsi, je l'espère, le recours aux contractuels.

Si l'on ne peut agir sur le recrutement des praticiens de manière directe, on peut agir sur l'attractivité des métiers, notamment grâce à cette mesure de déplafonnement de l'exonération sur le temps de travail additionnel. Tel est le sens de cet amendement.

M. le président. L'amendement n° 709 rectifié, présenté par MM. Jomier et Daudigny, Mmes Grelet-Certenais et Jasmin, M. Kanner, Mmes Meunier, Rossignol, Féret et Lubin, M. Tourenne, Mmes Van Heghe, M. Filleul et Harribey, MM. Lurel, J. Bigot et Bérít-Débat, Mmes Blondin et Bonnefoy, MM. Botrel et M. Bourquin, Mme Conconne, MM. Duran et Fichet, Mme Ghali, MM. Houllegatte et Jacquin, Mme G. Jourda, MM. Kerrouche et Lalande, Mme Monier, M. Montaugé, Mmes Perol-Dumont, Prévillé et S. Robert, M. Sueur, Mme Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 6

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Après le premier alinéa de l'article 81 *quater* du code général des impôts, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au premier alinéa du présent article, cette limite annuelle n'est pas applicable au temps de travail additionnel. »

II. – La perte de recettes résultant pour l'État du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus par l'article 235 *ter* ZD du code général des impôts.

La parole est à M. Bernard Jomier.

M. Bernard Jomier. Il s'agit d'un amendement similaire. Comme nous l'avons déjà indiqué, la commission avait souhaité aborder la question de la rémunération dans le secteur hospitalier à l'article 6, en prévoyant que l'ordonnance traite bien de la question de l'encadrement des écarts de rémunération entre les personnels titulaires et contractuels. Puisque nous partageons cet objectif en matière d'attractivité des carrières hospitalières, en particulier des praticiens hospitaliers, nous vous proposons une mesure en ce sens, de mise en œuvre et d'efficacité immédiates. Reprenant une proposition de la FHF, notre amendement a pour objet de déplafonner l'exonération en matière de temps de travail additionnel, adoptée en décembre dernier dans le cadre de la loi portant mesures d'urgence économiques et sociales en réponse à la crise dite des gilets jaunes.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Cette disposition me paraît intéressante, et, en tout cas, s'inscrit dans la ligne des mesures annoncées par le texte pour renforcer l'attractivité

de l'exercice hospitalier. Il me semble cependant que, pour nous prononcer en toute connaissance de cause, nous devrions pouvoir disposer d'un chiffrage du coût qu'elle représenterait pour les finances publiques.

Je me demande par ailleurs quelle serait l'incidence de cette mesure sur l'intérim, madame Guillotin. Certains intérimaires sont embauchés lors de périodes de congés, et je pense que l'incitation au temps de travail additionnel ne changerait pas grand-chose à de telles configurations. Nous demandons donc une évaluation de la portée de cette mesure au Gouvernement et une analyse de sa pertinence au regard des évolutions engagées dans le cadre de l'article 6.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Si nous partageons évidemment le souhait de rendre plus attractives les carrières et de réduire la part de l'intérim, je rappelle que j'ai déjà pris des mesures visant à mieux encadrer le recours à l'intérim médical, notamment avec un arrêté en octobre 2017.

En l'occurrence, vous proposez une non-imposition du temps de travail additionnel au-delà d'un plafond de 5 000 euros. Ce plafond correspond à environ seize périodes de temps de travail additionnel. C'est donc une mesure assez positive, car une partie non négligeable du temps de travail additionnel effectué par les praticiens est déjà concerné par cette exonération fiscale. Le plafond décidé par le Gouvernement doit s'appliquer dans tous les secteurs d'activité et nous ne souhaitons pas le décliner secteur par secteur. Pour cette raison, je suis défavorable à ces amendements.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 658 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 709 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 6 bis A (nouveau)

① L'article L. 6152-5-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

② « Art. L. 6152-5-1. – Il peut être interdit aux praticiens mentionnés à l'article L. 6151-1, aux 1° et 2° de l'article L. 6152-1 dont la quotité de temps de travail est au minimum de 50 % d'exercer, en cas de départ temporaire ou définitif, une activité rémunérée dans un établissement de santé privé à but lucratif, un cabinet libéral, un laboratoire de biologie médicale privé ou une officine de pharmacie. Cette interdiction peut être d'une durée maximale de vingt-quatre mois et s'appliquer dans un rayon maximal de dix kilomètres autour de l'établissement public de santé où ils exercent à titre principal. En cas de non-respect de cette disposition, une indemnité est due par le praticien.

③ « Les mêmes praticiens nommés à titre permanent et exerçant à temps partiel ne peuvent user de leurs fonctions hospitalières pour entrer en concurrence directe avec leur établissement dans le cadre d'une activité rémunérée dans un établissement de santé privé à but lucratif, un cabinet libéral, un laboratoire de biologie médicale privé ou une officine de pharmacie. La décision d'exercice à temps partiel de ces praticiens peut comprendre une interdiction d'exercer une activité

rémunérée dans un rayon maximal de dix kilomètres autour de l'établissement public de santé où ils exercent à titre principal. En cas de non-respect de ces dispositions, il est mis fin à l'autorisation d'exercer à temps partiel.

4 « Les modalités d'application du présent article sont fixées par un décret en Conseil d'État. »

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, sur l'article.

Mme Laurence Cohen. Nous voterons cet article 6 bis A, qui fait suite à l'adoption en commission d'un amendement du rapporteur qui va d'ailleurs être quelque peu modifié, me semble-t-il, en séance.

En effet, il nous paraît impératif d'encadrer et surtout de limiter la concurrence qui existe quand un praticien hospitalier démissionne pour exercer une activité libérale en ville ou bien quand il cumule les deux fonctions.

Tous les directeurs et directrices d'hôpitaux que nous avons rencontrés ont évoqué principalement ce fait pour expliquer leurs difficultés à fidéliser des praticiennes et des praticiens.

Ils expliquent qu'ils ne peuvent pas financièrement s'aligner sur les rémunérations existant dans le privé. Si l'on ajoute à cela les conditions de travail difficiles dans les établissements publics, nombre de médecins, toutes spécialités confondues, font le choix de l'activité libérale en établissement privé.

D'une part, des praticiens parmi les plus expérimentés, qui, jusqu'ici, exerçaient dans les établissements publics, avec tout ce que cela implique de sens du service public, démissionnent, et, d'autre part, les établissements publics ne parviennent plus à recruter des praticiens pour les remplacer.

C'est bien la preuve d'un manque d'attractivité, tant du point de vue des rémunérations que des conditions de travail, qui, nous l'avons déjà dénoncé, se dégradent.

Ainsi, les hôpitaux publics manquent de radiologues, d'anesthésistes, d'anatomopathologistes, de kinésithérapeutes, et cette remarque est valable même dans des hôpitaux pilotes au cœur des GHT situés dans des grandes villes.

Je vais vous citer un exemple dans mon département : à l'hôpital Henri-Mondor de Créteil, dans le Val-de-Marne, il y a 24 % de postes de praticiens hospitaliers à temps plein vacants et 41 % de postes de praticiens hospitaliers à temps partiel vacants.

Que ce soit pour les praticiennes et praticiens démissionnaires ou pour ceux qui exercent à temps partiel, nous soutenons la proposition faite dans cet article 6 bis A pour limiter la concurrence directe, tant d'un point de vue de la durée que d'un point de vue géographique, en espérant que la rédaction proposée permette une publication rapide du décret d'application.

M. le président. L'amendement n° 798, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Rédiger ainsi cet article :

L'article L. 6152-5-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 6152-5-1. – I. – Lorsqu'ils risquent d'entrer en concurrence directe avec l'établissement public de santé dans lequel ils exerçaient à titre principal, il peut être interdit, en cas de départ temporaire ou définitif, aux praticiens mentionnés à l'article L. 6151-1, au 1° de l'article L. 6152-1 et au 2° du même article pour les praticiens dont la quotité de temps de travail est au minimum de 50 % d'exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé privé à but lucratif, un cabinet libéral, un laboratoire de biologie médicale privé ou une officine de pharmacie.

« Le directeur de l'établissement fixe, après avis des instances mentionnées aux articles L. 6143-5 et L. 6144-1, les conditions de mise en œuvre de cette disposition, par profession ou spécialité, selon des modalités définies par voie réglementaire.

« L'interdiction ne peut excéder une durée de vingt-quatre mois et ne peut s'appliquer que dans un rayon maximal de dix kilomètres autour de l'établissement public de santé dans lequel les praticiens mentionnés au premier alinéa exercent à titre principal.

« En cas de non-respect de cette disposition, une indemnité est due par les praticiens pour chaque mois durant lequel l'interdiction n'est pas respectée. Le montant de cette indemnité ne peut être supérieur à 30 % de la rémunération mensuelle moyenne perçue durant les six derniers mois d'activité.

« Dès que le non-respect de cette interdiction a été dûment constaté, dans le respect du contradictoire, le directeur de l'établissement notifie au praticien la décision motivée fixant le montant de l'indemnité due calculé sur la base de la rémunération mensuelle moyenne perçue durant les six derniers mois d'activité.

« II. – Les praticiens mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 exerçant à temps partiel ne peuvent user de leurs fonctions hospitalières pour entrer en concurrence directe avec l'établissement public de santé dans lequel ils exercent à titre principal dans le cadre d'une activité rémunérée dans un établissement de santé privé à but lucratif, un cabinet libéral, un laboratoire de biologie médicale privé ou une officine de pharmacie.

« La décision d'exercice à temps partiel du praticien peut comprendre une interdiction d'exercer une activité rémunérée dans un rayon maximal de dix kilomètres autour de l'établissement public de santé dans lequel il exerce à titre principal.

« Dès que le non-respect de cette interdiction a été dûment constaté, dans le respect du contradictoire, il est mis fin à l'autorisation d'exercer à temps partiel.

« Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Milon, rapporteur. L'article 6 vise à renforcer l'exercice partagé entre la ville et l'hôpital dans le but d'accroître l'attractivité de l'exercice hospitalier et d'amplifier les coopérations entre la ville et l'hôpital.

Si ces objectifs ne peuvent qu'être partagés, il convient de se montrer prudent sur les effets de concurrence qui pourraient en résulter au sein d'un territoire, au détriment de l'hôpital public.

C'est pourquoi la commission des affaires sociales a proposé de compléter l'article L. 6152-5-1 du code de la santé publique, qui interdit aux praticiens démissionnaires d'un établissement public d'entrer en concurrence avec cet établissement pendant les deux années qui suivent la fin de leurs fonctions. Elle entend prévoir également une limitation des éventuelles situations de concurrence directe entre les différentes activités des praticiens hospitaliers exerçant à temps non complet.

Elle a également opéré un toilettage du texte de l'article susmentionné, dont le décret d'application n'avait jamais été pris, faute d'une base législative suffisamment solide.

Cet amendement vise à procéder à plusieurs aménagements rédactionnels de l'article 6 *bis* A introduit par la commission des affaires sociales, sans modifier sa portée sur le fond. Il s'agit ainsi de sécuriser le dispositif de prévention des situations de concurrence et de le rendre plus opérationnel.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je suis très favorable à cet amendement, qui tend à améliorer la rédaction de la mesure et à sécuriser cet exercice mixte en empêchant la concurrence déloyale entre établissements.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 798.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, l'article 6 *bis* A est ainsi rédigé.

Article 6 *bis*

- ① L'article L. 6151-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° (*nouveau*) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :
- ③ a) Le mot : « soixante-cinq » est remplacé par le mot : « soixante-sept » ;
- ④ b) La référence : « l'article 2 de la loi n° 86-1304 du 23 décembre 1986 relative à la limite d'âge et aux modalités de recrutement de certains fonctionnaires civils de l'État » est remplacée par la référence : « l'article L. 952-10 du code de l'éducation » ;
- ⑤ 2° Après le même deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑥ « Une partie de ces fonctions hospitalières est réalisée dans un ou plusieurs établissements publics de santé autres que les centres hospitaliers et universitaires créés en application de l'article L. 6142-1 du présent code. Elle peut également l'être dans un ou plusieurs établissements sociaux ou médico-sociaux publics. Lorsque, en raison de la nature de sa spécialité, les fonctions hospitalières du consultant ne peuvent être réalisées dans un établissement autre qu'un centre hospitalier et universitaire, il effectue une activité d'expertise et de conseil portant sur le fonctionnement des établissements dans la région ou le territoire dans lequel il exerce. Un décret fixe les conditions de mise en œuvre du présent alinéa. » – (*Adopté.*)

Article 6 *ter* (*Non modifié*)

- ① L'article 107 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est ainsi rédigé :
- ② « *Art. 107.* – Le présent titre est applicable aux fonctionnaires relevant des corps mentionnés dans un décret en Conseil d'État nommés dans des emplois permanents à temps non complet. Le même décret prévoit les dérogations au présent titre rendues nécessaires par la nature de ces emplois. » – (*Adopté.*)

Article additionnel après l'article 6 *ter*

M. le président. L'amendement n° 10 rectifié, présenté par MM. Vanlerenberghe et Henno, Mmes Doineau, Guidez, Dindar, C. Fournier et les membres du groupe Union Centriste, est ainsi libellé :

Après l'article 6 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À l'article L. 6154-1, après les mots : « dans les établissements publics de santé », sont insérés les mots « , de même que les praticiens salariés exerçant à temps plein au sein des établissements mentionnés à l'article L. 6161-5, » ;

2° Le II de l'article L. 6154-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après les mots : « les praticiens ont été nommés », sont insérés les mots : « ou sont salariés » et, après les mots : « de leur activité », le mot : « publique » est supprimé ;

b) Le 1° est complété par les mots : « ou dans un établissement mentionné à l'article L. 6161-5 » ;

c) Le 2° est complété par les mots : « ou deux demi-journées » ;

d) Le 3° est complété par les mots : « ou salariée » ;

3° L'article L. 6154-4 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « public » est supprimé ;

b) À la première phrase du deuxième alinéa, après les mots : « du chef de pôle » sont insérés les mots : « le cas échéant » ;

4° L'article L. 6154-5 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « public » est supprimé ;

b) Au dernier alinéa, après les mots : « tant libérale que publique », sont insérés les mots : « ou salariée ».

5° Au premier alinéa de l'article L. 6154-6, le mot : « public » est supprimé.

La parole est à Mme Élisabeth Doineau.

Mme Élisabeth Doineau. Dans l'objectif légitime et indispensable d'améliorer l'attractivité des carrières publiques, l'article 6 du présent projet de loi, que nous venons de voter, prévoit d'accorder aux praticiens hospitaliers des hôpitaux publics la possibilité d'exercer également en ville, leur conférant ainsi l'avantage de pouvoir exercer en libéral à la fois en ville et à l'hôpital. En effet, les praticiens hospitaliers

du secteur public ont déjà, par ailleurs, le droit d'exercer une activité libérale au sein de leur hôpital, ce qui est interdit aux praticiens du secteur privé non lucratif.

Les établissements de santé privés d'intérêt collectif, ou Espic, rencontrent des difficultés pour attirer et fidéliser les médecins dans leurs structures. Dans un certain nombre de cas, leurs praticiens n'ont pas accès aux mêmes opportunités que celles qui existent dans les hôpitaux publics.

Les médecins des secteurs public et privé non lucratifs participant collectivement au même service public, les seconds devraient connaître les mêmes modalités d'exercice que celles qui sont offertes aux premiers.

Les différentes opportunités statutaires ouvertes aux praticiens des hôpitaux publics, celles qui existent déjà comme celles qui découlent des assouplissements envisagés dans le présent projet de loi, doivent donc être accessibles de manière identique à tous les praticiens qui exercent dans les différents types d'établissements composant le service public.

Cet amendement vise ainsi à permettre la pratique d'une activité libérale aux praticiens salariés à temps plein des Espic, de la même façon que celle-ci est aujourd'hui autorisée aux praticiens hospitaliers à temps plein des établissements publics de santé.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. En l'état actuel du droit, l'activité libérale intra-établissement n'est ouverte qu'aux praticiens statutaires exerçant à plein temps au sein des établissements publics de santé.

Ce choix a historiquement été fait en raison du régime encadrant la rémunération des praticiens des hôpitaux publics et des Espic : le statut qui s'applique aux praticiens hospitaliers est beaucoup plus rigide que les contrats de droit privé et la convention collective applicables dans les Espic.

Pour autant, il est vrai que la différence faite entre les praticiens hospitaliers et ceux des Espic est apparue peu équitable à la commission, qui a décidé de s'en remettre à la sagesse du Sénat.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Les modalités de rémunération des médecins exerçant en établissement public et en Espic sont régies par des dispositions très différentes : les premières découlent d'un statut, les secondes d'une convention collective, laquelle donne beaucoup de souplesse aux contrats.

C'est précisément pour tenir compte des contraintes supérieures associées à l'exercice sous statut que la possibilité de réaliser une activité libérale a été historiquement ouverte aux praticiens hospitaliers.

De façon plus générale, l'objectif du Gouvernement n'est pas de développer une offre de soins supplémentaires ouvrant le droit à des dépassements d'honoraires ; il est plutôt de favoriser l'accès aux soins.

Madame la sénatrice, je vous propose donc de retirer votre amendement ; à défaut, j'y serai défavorable.

M. le président. Madame Doineau, l'amendement n° 10 rectifié est-il maintenu ?

Mme Élisabeth Doineau. J'entends bien vos propos, madame la ministre, mais il me semblait injuste de ne pas considérer la réelle exemplarité des Espic, qui rencontrent également des difficultés pour recruter.

Je retire mon amendement, en vous appelant à être attentive à cette question.

M. le président. L'amendement n° 10 rectifié est retiré.

TITRE II

CRÉER UN COLLECTIF DE SOINS AU SERVICE DES PATIENTS ET MIEUX STRUCTURER L'OFFRE DE SOINS DANS LES TERRITOIRES

Chapitre I^{er}

PROMOUVOIR LES PROJETS TERRITORIAUX DE SANTÉ

Article additionnel avant l'article 7 A

M. le président. L'amendement n° 152 rectifié *bis*, présenté par MM. Vaspert, 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. Bascher, Mmes Guidez et Chauvin, MM. Brisson et Priou et Mmes Lanfranchi Dorgal et Lamure, est ainsi libellé :

Avant l'article 7 A

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Les chapitres I^{er}, II et III du titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique sont abrogés.

II. – Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application du I, qui entre en vigueur à une date qu'il fixe et au plus tard le 1^{er} janvier 2020.

La parole est à M. Michel Vaspert.

M. Michel Vaspert. Madame la ministre, lors de votre audition devant la commission du développement durable, je vous avais annoncé que je déposerais un amendement d'appel ; le voici.

Les agences régionales de santé, créées en vertu de la loi HPST, ont pour but d'assurer un pilotage unifié de la santé en région, de mieux répondre aux besoins de la population et d'accroître l'efficacité du système.

Le présent amendement vise à les supprimer, compte tenu des résultats plus que moyens obtenus en matière d'aménagement du territoire, au vu de la désertification médicale croissante et du manque d'écoute que dénoncent régulièrement les élus.

L'introduction, en commission, par un amendement du rapporteur, d'une disposition visant à renforcer les pouvoirs des conseils de surveillance des ARS et à placer à leur tête un des élus qui les composent, répond à une préconisation de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale, la Mecss, issue d'un rapport publié en 2014, il y a déjà cinq ans.

Les ARS supprimées, leurs services et agents seraient remplacés sous l'autorité directe du préfet de région, et des préfets de département s'agissant de leurs délégués départementaux, dont ils dépendaient antérieurement. Le lien des élus avec les représentants traditionnels de l'État que sont les préfets s'avère plus adéquat, ceux-ci étant davantage à l'écoute des attentes et des besoins des élus locaux et des territoires.

Les parlementaires et les élus locaux sont en effet en contact permanent avec les préfets, alors qu'ils sont bien souvent ignorés des ARS.

M. Jean-Raymond Hugonet. Très bien !

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Je remercie M. Michel Vaspert de rappeler le rapport que j'avais réalisé, avec Jacky Le Menn, en 2014, concernant les agences régionales de santé.

Le fonctionnement de ces ARS soulève beaucoup de difficultés, mais la situation qui précédait, caractérisée par l'éclatement des interlocuteurs, entre directions départementales de l'action sanitaire et sociale, Dass, directions régionales de l'action sanitaire et sociale, Drass, et autres administrations, n'était pas satisfaisante, au point qu'elle avait conduit le ministre et le Président de la République de l'époque à créer les agences régionales de santé.

Le besoin de renouer le lien avec les élus territoriaux est partagé et l'article 19 *bis* AA, introduit par la commission, rééquilibre la composition du conseil de surveillance en en confiant la présidence à un élu issu du conseil régional, répondant ainsi à une partie de vos préoccupations.

Il ne me semble pas que l'on puisse demander aujourd'hui la suppression des ARS et aller au-delà de ce que propose cet article, soit l'attribution de la présidence du conseil d'administration à un membre du conseil régional désigné par le président dudit conseil.

Cette mesure est déjà très avancée au regard de ce que certains de nos collègues d'une autre assemblée seraient disposés à accepter. Or il est souhaitable, à mon sens, que nous obtenions quelque chose.

En ce qui me concerne, ainsi que je l'ai déjà indiqué ici même à plusieurs reprises, il me semble que les conseils de surveillance des ARS devraient être présidés par les présidents de région et que ceux-ci devraient également nommer les directeurs des ARS à la place du ministre de la santé ; mais c'est une autre histoire...

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je vais m'exprimer de façon large, parce que j'entends les critiques qu'expriment beaucoup d'élus locaux ces derniers mois, à propos de leur relation avec les ARS.

Monsieur le sénateur, vous proposez de supprimer ces agences régionales de santé, au motif qu'elles auraient échoué à assurer leur mission ; je ne partage pas ce constat, non plus que la solution que vous proposez et je vais essayer de vous convaincre.

Les ARS, tout d'abord, ont rempli avec succès la très grande majorité des missions qui leur ont été confiées en 2009 par le législateur : elles ont su développer une vision globale de la santé intégrant la prévention et la promotion de la santé, ainsi que la santé environnementale ; elles voient la totalité de l'offre de soins, libérale et hospitalière – contrairement aux agences régionales d'hospitalisation qui existaient auparavant –, ainsi que l'offre médico-sociale ; elles ont, surtout, largement contribué, en liaison avec le réseau de l'assurance maladie, au respect de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie, voté chaque année par le Parlement et dont M. le rapporteur soulignait qu'il avait été particulièrement restrictif ces dernières années.

Il leur a fallu œuvrer sous cette contrainte, que vous avez vous-même votée et dont, peut-être, vous avez ensuite subi les effets sur le territoire.

Je me dois d'ajouter que les ARS ne sont pas non plus responsables de la raréfaction des ressources médicales sur les territoires, qui découle de décisions prises en matière de *numerus clausus* il y a une trentaine d'années. Ce phénomène, je l'ai dit, touche tous les pays industrialisés.

Les ARS mettent tout en œuvre pour faire en sorte que les médecins aient envie de s'installer : elles les accompagnent dans leur installation, notamment dans les zones sous-denses, et elles les orientent grâce à des dispositifs incitatifs.

En outre, vous évoquez le peu d'écoute dont bénéficieraient les élus. Tout d'abord, ce constat varie d'une région à l'autre ; ensuite, il est lié à une autre loi votée par le Parlement : la loi NOTRE.

Du jour au lendemain, au 1^{er} janvier 2017, les ARS, qui avaient des délégations territoriales puissantes, se sont retrouvées dans de très grandes régions au sein desquelles elles ont été recentralisées. Ces directions d'ARS très centralisées, très éloignées des élus locaux ont, certes, plus de mal à gérer les quelque 35 000 communes avec les maires, l'ensemble des députés, des sénateurs, des conseillers régionaux et départementaux, alors qu'elles sont extrêmement sollicitées.

Les ARS ne sont donc responsables ni de l'Ondam, ni de l'absence de médecins sur le territoire, ni de la loi NOTRE. On veut leur en faire porter le chapeau, on les accuse d'être insuffisamment présentes, de ne pas être à l'écoute, quand, en réalité, elles font le maximum pour accompagner les territoires.

J'ai introduit dans la loi beaucoup d'éléments visant à améliorer leur fonctionnement, notamment en ce qui concerne la présence des élus locaux dans les différents projets régionaux de santé ou dans les conseils locaux de santé ; j'ai également placé des parlementaires au sein des conseils de surveillance des ARS. Cela a été voté, il y aura bien un député et un sénateur dans ces organes.

Enfin, il me semble que la difficulté que vous ressentez est également liée à la faiblesse des cent délégations territoriales, que j'ai souhaité renforcer par l'ajout d'emplois fonctionnels. Un arbitrage positif a été rendu à ce sujet il y a une quinzaine de jours. Nous allons donc recruter ou transférer des personnes capables de rencontrer les élus dans les délégations territoriales, parce que c'est effectivement en ce domaine que pêche notre capacité à interagir avec vous.

De nombreux mécanismes de concertation et de coordination ont été inscrits dans le projet de loi que vous allez être amenés à voter. Cessons de charger les ARS de tous les maux, dont un certain nombre de lois antérieures sont responsables.

Le Gouvernement émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. Monsieur Vaspert, l'amendement n° 152 rectifié *bis* est-il maintenu ?

M. Michel Vaspert. Je l'ai dit, il s'agit d'un amendement d'appel, que je vais bien entendu retirer.

J'ajoute un mot, tout de même : on est passé des conseils d'administration aux conseils de surveillance ; or on sait quels sont les pouvoirs des premiers par rapport à ceux des seconds. Même si on renforce la place des élus dans ces conseils de surveillance, ceux-ci n'auront que peu de prérogatives.

Je vous soumettrai un amendement après l'article 10 *quinquies* visant à conférer à ces conseils de surveillance un poids réel dans la gestion des hôpitaux. Les élus dans les territoires nourrissent de fortes attentes à ce sujet.

M. le président. L'amendement n° 152 rectifié *bis* est retiré.

Article 7 A (Non modifié)

À la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 1111-2 du code général des collectivités territoriales, après le mot : « scientifique, », sont insérés les mots : « à la promotion de la santé, ».

M. le président. L'amendement n° 305, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Cathy Apourceau-Poly.

Mme Cathy Apourceau-Poly. L'article 7 A, introduit par l'Assemblée nationale, ajoute la « promotion de la santé » aux compétences partagées entre l'État et les collectivités territoriales.

En ajoutant la promotion de la santé aux missions des collectivités territoriales, en plus de l'administration, de l'aménagement du territoire, du développement économique, social, sanitaire, culturel et scientifique, l'article met, certes, l'accent sur leurs responsabilités en matière de promotion de la santé.

Toutefois, au-delà d'une réalité qui peut prendre la forme de contrats avec les ARS sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social, cet article ajoute une mission aux collectivités territoriales sans transfert de crédits.

Alors que les mesures d'austérité contraignent déjà les collectivités à réduire certaines missions de service public, ajouter la promotion de la santé va encore aggraver cette situation, puisqu'elles devront faire davantage avec moins de moyens.

Même s'il découle d'une bonne intention, nous craignons que cet article 7 A n'entraîne au contraire un désengagement de l'État de la mission de prévention au détriment des collectivités, sans que celles-ci reçoivent de moyens supplémentaires.

Nous en demandons par conséquent la suppression, puisqu'il nous est malheureusement impossible, sous peine de voir nos amendements frappés d'irrecevabilité au titre de l'article 40, de demander des crédits supplémentaires.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. L'article 7 A présente une faible portée, car il se contente d'ajouter au « développement sanitaire » une compétence partagée entre l'État et les collectivités territoriales en matière de « promotion de la santé », ce qui conduit davantage à confirmer ce qui se fait déjà qu'à imposer une charge supplémentaire aux collectivités territoriales.

La commission ne voit cependant pas d'obstacle à la suppression de cet article à la portée plutôt symbolique et s'en remet à la sagesse du Sénat.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 305.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 7 A.

(L'article 7 A est adopté.)

Article 7 B (Supprimé)

Article 7 C (Non modifié)

① L'article L. 1411-11-1 du code de la santé publique est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

② « Une équipe de soins spécialisés est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins spécialistes d'une ou plusieurs spécialités hors médecine générale, choisissant d'assurer leurs activités de soins de façon coordonnée avec l'ensemble des acteurs d'un territoire, dont les équipes de soins primaires, sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent entre eux.

③ « L'équipe de soins spécialisés contribue avec les acteurs des soins de premier recours à la structuration des parcours de santé. »

M. le président. L'amendement n° 759, présenté par MM. Jomier et Daudigny, Mmes Grelet-Certenas et Jasmin, M. Kanner, Mmes Rossignol, Meunier, Van Heghe, Féret et Lubin, M. Tourenne, Mmes M. Filleul et Harribey, MM. Lurel, J. Bigot et Bérit-Débat, Mmes Blondin et Bonnefoy, MM. Botrel et M. Bourquin, Mme Conconne, MM. Duran et Fichet, Mme Ghali, MM. Houllégatte et Jacquin, Mme G. Jourda, MM. Kerrouche et Lalande, Mmes Lepage et Monier, M. Montaugé, Mmes Perol-Dumont, Prévaille et S. Robert, M. Sueur, Mme Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Bernard Jomier.

M. Bernard Jomier. L'article 7 C, inséré par amendement à l'Assemblée nationale, vise à introduire le concept d'équipe de soins spécialisés, définie comme un ensemble de professionnels constitués autour de médecins spécialistes, hors médecine générale. Madame la ministre, vous aviez soutenu cet amendement.

En premier lieu, une telle disposition paraît imprécise et floue, et ses conséquences me semblent discutables, ce qui renforce notre impression de discuter d'un projet dont les nombreux éléments ajoutés de manière disparate masquent difficilement un manque de vision cohérente d'ensemble.

En second lieu, cette mesure me semble même potentiellement dangereuse, car elle instille de la confusion dans l'organisation de notre système de soins.

Alors que le plan Ma santé 2022, au diapason des dernières recommandations du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, conforte la coordination des professionnels de premier et deuxième recours, vous introduisez un nouvel étage à un système de soins qui apparaît désormais comme une maison dans laquelle le patient ne sait pas par où entrer.

Il devrait s'agir pourtant d'un édifice à trois étages dans lequel on entre par le rez-de-chaussée pour monter successivement au premier, au deuxième et au troisième.

Je crains donc une forme de déstructuration du parcours de santé au détriment, *in fine*, du patient, et je doute même que les professionnels y comprennent quelque chose et s'en saisissent réellement.

Madame la ministre, ce type de dispositions illustre un grand besoin au regard de ce projet de loi, celui de clarifier un schéma prospectif d'ensemble, cohérent, de l'organisation de notre système de soins. Ce dernier a, depuis de trop nombreuses années, souffert de contradictions et d'ambiguïtés et l'introduction de cette nouvelle notion d'équipe de soins spécialisés risque d'ajouter de la confusion.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Je me suis en effet interrogé sur cet article 7 C, qui vient ajouter un nouvel outil à ceux qui existent déjà, à savoir les équipes de soins primaires, les ESP, et les communautés professionnelles territoriales de santé, les CPTS.

En cela, la création des équipes de soins spécialisés ne participe pas d'une démarche de simplification.

Toutefois, tout ce qui peut favoriser la coordination entre les acteurs du système de santé me semble utile.

La commission a donc émis un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 759.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 710, présenté par MM. Daudigny et Jomier, Mmes Grelet-Certenais et Jasmin, M. Kanner, Mmes Meunier, Rossignol, Féret et Lubin, M. Tourenne, Mme Van Heghe et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Rédiger ainsi cet article :

L'article L. 1411-11-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 1411-11-1. – Une équipe de soins primaires est composée d'un médecin généraliste de premier recours, d'un pharmacien et d'un infirmier libéral et de tout autre professionnel de santé en faisant la demande qui choisissent d'assurer leurs activités de soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé.

« L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination clinique de proximité des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. »

La parole est à M. Yves Daudigny.

M. Yves Daudigny. Cet amendement vise à donner une définition claire aux équipes de soins primaires en prévoyant un triptyque médecin généraliste, pharmacien et infirmier libéral, auquel viennent s'ajouter, selon les besoins des patients, les autres auxiliaires médicaux.

L'article L. 1411-11-1 du code de la santé publique prévoit actuellement que l'ESP est composée d'un « ensemble de professionnels de santé ». Cet amendement tend à donner de la lisibilité au dispositif en précisant cette composition.

La notion de coordination clinique de proximité n'est pas différenciée de l'approche populationnelle confiée aux CPTS. Les missions des ESP définies dans le code de la santé publique entrent en collision avec celles qui sont confiées aux CPTS : les premières ont pour mission la coordination clinique de proximité, alors que les secondes exercent une mission de coordination au niveau d'un bassin de population sur un territoire.

La clarification des missions et de la composition des équipes de soins primaires doit permettre de répondre aux défis du vieillissement de la population et de l'explosion des maladies chroniques. Il est essentiel d'asseoir cette coordination de proximité sur un triptyque qui peut induire un effet systémique sur la prise en charge du patient.

Ce triptyque médecin généraliste, pharmacien, infirmier libéral doit être clairement inscrit dans la loi, tout en permettant à d'autres professionnels de santé d'être inclus dans l'ESP, en fonction des spécificités de prise en charge du patient.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. C'est énoncer une lapalissade de dire que cet amendement vient après le précédent : il vise de nouveau à supprimer les équipes de soins spécialisés, cette fois à la faveur d'une nouvelle définition des équipes de soins primaires.

Avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Monsieur le sénateur Daudigny, je comprends que vous souhaitiez en quelque sorte normer, par cet amendement, ce que pourrait être une équipe de soins primaires. Vous prévoyez ainsi la présence d'un médecin, d'un infirmier et d'un pharmacien, au moins. À l'évidence, ce triptyque représente le pivot de ce que nous imaginons comme équipe de soins primaires. Toutefois, je ne souhaite pas rigidifier ni trop normer cette composition par voie législative, afin de ne pas risquer d'entraver la dynamique de création de ces équipes.

On peut imaginer que, dans un premier temps, se constitue une équipe de base entre médecins et infirmiers libéraux, dont on sait qu'ils sont absolument fondamentaux sur le territoire, et que, progressivement, d'autres professionnels viennent s'y agréger.

En la matière, établir une norme, notamment au niveau législatif, me paraît dangereux. Je vous propose donc de retirer votre amendement ; à défaut, mon avis sera défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 710 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 9 rectifié *bis*, présenté par Mme Doineau, MM. Vanlerenberghe et Henno, Mmes Guidez, Dindar, C. Fournier et les membres du groupe Union Centriste, est ainsi libellé :

Au début

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

- Le premier alinéa de l'article L. 1411-11-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Une équipe de soins primaires est composée d'un médecin généraliste de premier recours, d'un pharmacien et d'un infirmier libéral et de tout autre professionnel de santé en faisant la demande qui choisissent d'assurer leurs activités de soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé. »

La parole est à Mme Élisabeth Doineau.

Mme Élisabeth Doineau. Cet amendement est proche du précédent.

L'ensemble de ces concepts et de ces outils pose des problèmes de compréhension. Il nous faut donc définir certains éléments.

En outre, la notion de coordination clinique de proximité n'est pas différenciée de l'approche populationnelle confiée aux CPTS. Il y a là un flou, relevé par un certain nombre de nos collègues. Je souhaite donc qu'il soit tenu compte de ces éléments.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. La définition actuelle d'une équipe de soins primaires paraît à la commission plus ouverte et plus souple que celle qui est ici proposée.

Cet outil peut apparaître comme trop médico-centré, j'en suis d'accord. Pour autant, il correspond à la logique du parcours de soins qui demeure articulé autour du médecin généraliste, autour du médecin traitant qui est le médecin pivot.

La commission est donc défavorable à cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Encore une fois, je comprends cette volonté de clarifier et de rappeler quels doivent être les professionnels engagés dans des équipes de soins primaires.

Il faut, à l'évidence, des médecins et des infirmiers libéraux – qui sont dans le soin, ou exercent un rôle de coordination clinique de proximité –, des pharmaciens, mais aussi des kinésithérapeutes. Tous les professionnels de premier recours doivent pouvoir s'engager dans ces équipes de soins primaires.

Pour autant, à trop normer le dispositif dès le départ, alors que la dynamique de création s'instaure sur le territoire, on risquerait d'être contre-productif.

C'est la raison pour laquelle je propose le retrait de cet amendement ; à défaut, l'avis du Gouvernement sera défavorable.

Mme Élisabeth Doineau. Je le retire, monsieur le président !

M. le président. L'amendement n° 9 rectifié *bis* est retiré.

Je mets aux voix l'article 7 C.

(L'article 7 C est adopté.)

Article additionnel après l'article 7 C

M. le président. L'amendement n° 619 rectifié, présenté par Mmes Rossignol et Lepage, M. P. Joly, Mme Jasmin, MM. Iacovelli et Daudigny, Mme Conconne, MM. Manable, M. Bourquin, Tourenne et Temal, Mmes Monier et Blondin, MM. Mazuir et Marie et Mme Grelet-Certenais, est ainsi libellé :

Après l'article 7 C

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – L'État autorise, pour une durée de trois ans et à titre expérimental, le financement par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, de la mise en place d'unités de soins mobiles et pluridisciplinaires dans les zones désertifiées médicalement.

II. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation, ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation en vue d'une éventuelle généralisation.

III. – Un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation et fait l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement.

La parole est à Mme Laurence Rossignol.

Mme Laurence Rossignol. Je précise que cet amendement ne vise ni les équipes mobiles de soins palliatifs ni, bien entendu, la médecine foraine.

Bien qu'un décret de 2016 ait assoupli l'exercice de la médecine dite « itinérante », force est de constater que peu de structures itinérantes ont été mises en place.

Nous avons beaucoup parlé, depuis deux jours, des déserts médicaux, de l'accès aux soins et des médecins, mais nous avons peu parlé des dentistes. Pourtant, l'horizon est également inquiétant en matière d'accès aux soins dentaires dans certains départements.

J'ajoute que l'état de la dentition des personnes accueillies en Ehpad est dramatique : ces personnes ne vont plus chez le dentiste, en raison de difficultés d'organisation dans les établissements ; elles n'ont plus de dents, donc on leur donne de la nourriture mixée et elle se dénutrit. Ce continuum est clairement identifié et devrait conduire à mettre en place des équipes pluridisciplinaires incluant des dentistes susceptibles de se rendre en Ehpad.

Cet amendement vise à demander pourquoi, malgré le décret de 2016, il ne se passe rien, et tend à mettre des moyens à disposition pour expérimenter, pendant trois ans, le développement de cette médecine de proximité et de l'accès aux soins.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Le cadre général d'expérimentations pour l'innovation du système de santé ouvert par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 compte, parmi ses objectifs, celui de « favoriser la présence de professionnels de santé dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins ».

Ce cadre permet donc déjà le déploiement de telles expérimentations.

Cet amendement étant satisfait, j'en demande le retrait ; à défaut, l'avis de la commission sera défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. Madame Rossignol, l'amendement n° 619 rectifié est-il maintenu ?

Mme Laurence Rossignol. Monsieur le rapporteur, vous avez fait référence à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, mais on me dit que, dans un certain nombre de régions, l'enveloppe n'a pas été reconduite pour 2019, ce qui atténue un peu la portée de votre argument. De plus, le cadre prévu ne s'applique qu'aux zones sous-dotées, alors que le problème de l'accès aux soins dentaires des personnes hébergées en Ehpad se pose partout.

Je maintiens donc mon amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 619 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 7 D (Supprimé)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 338 est présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

L'amendement n° 465 est présenté par le Gouvernement.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

À la première phrase du deuxième alinéa du I de l'article L. 1434-10 du code de la santé publique, après le mot : « composé », sont insérés les mots : « des députés et sénateurs élus dans le ressort du territoire concerné, ».

La parole est à Mme Laurence Cohen, pour présenter l'amendement n° 338.

Mme Laurence Cohen. Nous proposons de réintroduire l'article 7 D, supprimé par la commission des affaires sociales. En effet, nous ne comprenons pas que, en tant que parlementaires et que représentants des collectivités territoriales, nous supprimions la présence des membres du Parlement dans les conseils territoriaux de santé.

De deux choses l'une : soit nous considérons que ces conseils ne sont pas une instance importante, auquel cas il faut les supprimer ; soit nous considérons que c'est notre utilité qui est remise en cause, auquel cas... Je vous laisse conclure.

Permettez-moi d'insister : faut-il répéter ici que, en votant le projet de loi de financement de la sécurité sociale, nous déterminons les moyens alloués aux hôpitaux ? Quoi de plus normal, donc, que de se rendre compte sur place des conséquences de nos votes et de participer aux décisions ?

Réintroduisons cet article qui nous concerne toutes et tous. Nous constatons d'ailleurs avec satisfaction que le Gouvernement a déposé le même amendement que nous.

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour présenter l'amendement n° 465.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Cet amendement vise effectivement à rétablir l'article 7 D. Nous souhaitons associer davantage les parlementaires à la politique de santé sur le territoire, en les intégrant aux conseils territoriaux de santé. Les parlementaires sont très fréquemment sollicités sur les questions d'accès à la santé : leur participation aux conseils territoriaux de santé leur permettra d'être informés de la situation de l'offre de santé sur le territoire de leur circonscription, d'être davantage associés à la mise en œuvre effective des projets régionaux de santé dans les territoires et de la suivre.

Aujourd'hui, les conseils territoriaux de santé contribuent à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des projets régionaux de santé. Ils sont chargés d'identifier les insuffisances en termes d'offre, d'accessibilité, de coordination et de continuité des services sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Il me paraît donc légitime que l'ensemble des parlementaires participent à ces instances.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. C'est assez extraordinaire... À une certaine époque, le gouvernement, soutenu par une certaine majorité, avait décidé que les parlementaires devraient être « hors-sol », qu'ils ne pourraient plus cumuler leur mandat avec, en particulier, une fonction exécutive. Nous avons, pour certains, dénoncé ce phénomène.

M. Philippe Mouiller. Nous le dénonçons toujours !

M. Alain Milon, rapporteur. Le parlementaire devenant hors-sol, il lui serait difficile, expliquions-nous, de faire la loi. Je ne reviendrai pas sur tous les débats d'alors.

Toujours est-il que les parlementaires de la nouvelle majorité se sont rendu compte qu'ils étaient en effet hors-sol, qu'ils n'avaient pas de contacts avec les élus, les populations, les conseils d'administration de tel ou tel établissement. Ils ont donc décidé de remettre députés et sénateurs hors-sol à hauteur de sol, pour qu'ils puissent participer aux décisions, mais en maintenant par ailleurs l'interdiction de participer à des exécutifs.

Les conseils de surveillance regrouperont des maires, des adjoints, des conseillers départementaux, des présidents de département et de région et, donc, des députés et des sénateurs remis sur le sol. La commission des affaires sociales a considéré que, s'il faut évidemment que les parlementaires puissent jouer leur rôle local, la meilleure façon de le leur permettre est de demander au Gouvernement de revenir sur l'interdiction de cumuler le mandat parlementaire avec une fonction exécutive.

M. Philippe Mouiller. Très bien !

M. Alain Milon, rapporteur. Nous maintenons donc notre avis défavorable sur ces deux amendements – étant entendu que la commission peut être mise en difficulté ou en minorité sans qu'elle en pleure... *(Applaudissements sur des travées du groupe Les Républicains.)*

M. le président. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. Je dois dire que je partage globalement l'analyse du rapporteur, même si je n'en partage pas nécessairement tout à fait la conclusion – ce qui ne l'étonnera pas.

On constate dans ce projet de loi une volonté bienvenue de la ministre de réinjecter, si je puis dire, des élus dans un certain nombre de lieux. Fort bien, mais il faut qu'il s'agisse de lieux décisionnels et qui correspondent au mandat parle-

mentaire. Certains lieux sont très importants, comme le conseil de surveillance des ARS : il serait bon qu'il soit présidé par un élu régional.

S'agissant des conseils de surveillance des hôpitaux, dont nous parlerons à l'article 10, nous avons maintenant dix ans de recul sur la loi HPST. Sans remettre en cause les grands équilibres de ce texte, il y a de la marge pour que les conseils de surveillance, en général présidés par un élu – il est rare que ce soit par une personnalité qualifiée –, disposent de prérogatives leur permettant de mieux remplir leur mission de surveillance. Nous espérons tout votre soutien, madame la ministre, quand s'ouvrira cette discussion.

Sur les conseils territoriaux de santé, je suis beaucoup plus dubitatif. Je trouve que c'est un peu une mesure, disons, d'affichage.

Par ailleurs, madame la ministre, madame Cohen, vos amendements ne sont pas nécessairement adaptés à tous les départements. Le mien compte vingt-neuf parlementaires : ajouter vingt-neuf parlementaires au conseil territorial de santé n'a strictement aucun sens. Je vous invite donc à réviser la rédaction de votre dispositif. Pour l'heure, je ne voterai pas les amendements.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. Ce débat est important, car, toutes et tous, nous constatons dans nos territoires un déficit de démocratie sanitaire, dénoncé par les élus comme les personnels hospitaliers. Il faut donc revisiter les lieux d'échanges. Mon groupe est d'accord pour qu'il s'agisse non pas seulement de chambres d'enregistrement, mais bien de lieux décisionnels. Les personnels, les syndicats, les usagers, les élus, tous sont concernés.

L'adoption de cet amendement ne bouleverserait pas les choses ; ce serait plutôt un geste, un pas en avant. Il est sûr que des améliorations pourront être apportées au dispositif – sa rédaction pourrait peut-être être modifiée –, mais, en tout cas, le rôle des parlementaires dans ces instances-là doit être pris en compte.

Je parle beaucoup de notre tour de France des hôpitaux, parce qu'il nous a beaucoup marqués. Tous territoires confondus, nous avons observé une grande satisfaction de voir que nous allions à la rencontre des acteurs sur le terrain, notamment des personnels et des syndicats, de voir les parlementaires s'intéresser à la vie des établissements. La disposition que nous proposons est une première réponse à ce besoin de démocratie.

L'amendement sur les ARS a été précédemment retiré. Pourtant, les directeurs et les directrices – le plus souvent des directeurs – de ces agences ont tous les pouvoirs : ils reçoivent leurs directives de la ministre en place et agissent sans aucun contre-pouvoir. Cette situation pose problème.

Parmi toutes les choses à revisiter, il faut prévoir à nouveau des conseils d'administration. Celles et ceux qui ont siégé dans un conseil d'administration d'hôpital savent que c'était autre chose qu'un conseil de surveillance : on participait même au vote des budgets.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Rossignol, pour explication de vote.

Mme Laurence Rossignol. Je voudrais demander à Mme la ministre quelques précisions sur son amendement. « Des députés et sénateurs élus dans le ressort du territoire

concerné », qu'est-ce que cela signifie ? Pour les députés, je comprends à peu près, mais pour les sénateurs ? Notre ressort étant le département, il faudrait écrire : « les sénateurs ».

Je suis un peu méfiante depuis que « quelques députés et quelques sénateurs » siègent dans les instances locales chargées de répartir la dotation de solidarité locale, en remplacement de la réserve parlementaire – dont je pense, monsieur le rapporteur, que la suppression a éloigné les parlementaires des élus beaucoup plus que la fin du cumul des mandats. (*Murmures sur plusieurs travées du groupe Les Républicains et du groupe Union Centriste.*)

Madame la ministre, faut-il comprendre : « des députés et les sénateurs » ?

M. le président. La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Sont visés les députés et les sénateurs.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 338 et 465.

(*Les amendements ne sont pas adoptés.*)

M. le président. En conséquence, l'article 7 D demeure supprimé.

Article 7 E (Supprimé)

Articles additionnels après l'article 7 E

M. le président. L'amendement n^o 264 rectifié *ter*, présenté par Mme Deroche, MM. Piednoir et Sol, Mme Deromedi, M. Panunzi, Mmes Micouveau, Di Folco et M. Mercier, MM. Bonne et Mouiller, Mme Imbert, M. Vaspert, Mmes Ramond, Lassarade et Bruguière, MM. Savary et B. Fournier, Mmes Procaccia et Gruny, MM. Dériot et Brisson, Mmes L. Darcos et Berthet, MM. Morisset, Sido et Pointereau, Mme Lamure et MM. Laménie, Karoutchi, Genest, Darnaud et Paul, est ainsi libellé :

Après l'article 7 E

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À l'avant-dernier alinéa du I de l'article L. 162-12-22 du code de la sécurité sociale, l'année : « 2018 » est remplacée par l'année : « 2022 ».

La parole est à Mme Catherine Deroche.

Mme Catherine Deroche. Avec votre permission, monsieur le président, je défendrai en même temps l'amendement n^o 263 rectifié *ter*.

M. le président. L'amendement n^o 263 rectifié *ter*, présenté par Mme Deroche, MM. Piednoir et Sol, Mme Deromedi, M. Panunzi, Mmes Micouveau, Di Folco et M. Mercier, MM. Bonne et Mouiller, Mme Imbert, M. Vaspert, Mmes Ramond, Lassarade et Bruguière, MM. Savary et B. Fournier, Mmes Procaccia et Gruny, MM. Dériot et Brisson, Mmes L. Darcos et Berthet, MM. Sido et Morisset, Mme Lamure et MM. Laménie, Karoutchi, Genest, Darnaud et Paul, est ainsi libellé :

Après l'article 7 E

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le dernier alinéa du I de l'article L. 162-12-22 du code de la sécurité sociale est supprimé.

Veillez poursuivre, ma chère collègue.

Mme Catherine Deroche. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a mis en place des contrats de coopération des soins visuels destinés aux maisons de santé pluriprofessionnelles ou à des centres de santé. Il s'agissait d'y implanter une offre de soins visuels, avec notamment la présence intermittente d'au moins un professionnel de la santé visuelle, orthoptiste ou ophtalmologiste.

J'avais déposé des amendements visant à étendre ces contrats à des sites d'exercice secondaire et aux transformations de cabinet existant lorsqu'un ophtalmologiste part à la retraite sans successeur, mais ils ont été déclarés irrecevables. Les deux amendements que je présente ici ont des objets plus restreints.

L'amendement n° 264 rectifié *ter* vise à faire évaluer les contrats en 2022 : l'évaluation prévue au premier semestre de 2018 n'ayant pas eu lieu, ce travail devra être fait en 2022, passé le temps de la montée en charge du dispositif et de l'adaptation des contrats.

Quant à l'amendement n° 263 rectifié *ter*, il a trait au décret de 2017 précisant les conditions d'embauche des orthoptistes par les médecins conventionnés spécialisés en ophtalmologie. Ce décret s'est avéré complexe et désincitatif, puisqu'une douzaine seulement de contrats ont été signés, alors que l'étude d'impact de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 tablait sur plusieurs centaines. Par ailleurs, les contrats conventionnels sur les assistants médicaux qui viennent d'être négociés ne prévoient pas une telle disposition, et l'ouverture des contrats de coopération pour les soins visuels à d'autres professionnels, notamment les infirmiers, pourrait être envisagée. C'est pourquoi je propose la suppression du décret.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. J'ai eu l'honneur d'être le rapporteur du projet de loi HPST, puis du projet de loi dont est issu la loi dite Touraine. J'ai aujourd'hui le plaisir et l'honneur d'être le rapporteur de ce nouveau projet de loi sur la santé. Je me souviens que Mme Touraine s'était engagée à faire adopter une loi de santé visuelle, estimant à juste titre qu'agir par petites touches, en donnant telle fonction à l'opticien, telle autre à l'optométriste et telle autre à l'ophtalmologiste, ne permettait pas d'avoir une vision d'ensemble.

Nous avons donné à la ministre de la santé notre accord de principe pour qu'elle mette en place cette loi sur la santé visuelle et que nous n'ayons plus à intervenir de manière pointilliste. Malheureusement, cette loi n'est toujours pas arrivée. De là les amendements de Mme Deroche et d'autres qui suivront, sur les optométristes, les orthoptistes et les opticiens. De fait, chacun ignore jusqu'où il peut aller, ce que légalement il peut et ne peut pas faire.

L'amendement n° 264 rectifié *ter* vise simplement à réaffirmer la nécessité d'une évaluation des contrats pour les soins visuels, qui ont vocation à contribuer à une organisation plus pertinente des soins en ophtalmologie entre ophtalmologistes et orthoptistes. La commission a émis un avis de sagesse.

En ce qui concerne l'amendement n° 263 rectifié *ter*, il s'agit, si j'ai bien compris, d'un amendement d'appel sur les contrats de coopération pour les soins visuels conclus

avec des ophtalmologues, instaurés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 afin de permettre le recrutement et la formation des orthoptistes.

Un réexamen global de ces dispositions paraît nécessaire, et nous avons souhaité demander à Mme la ministre des précisions sur le sujet. Mais la suppression du décret d'application ne me paraît pas être la bonne formule, dans la mesure où elle aurait pour effet de suspendre l'application des contrats en cours. La commission sollicite donc le retrait de l'amendement ; à défaut, elle y sera défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je suis favorable à l'amendement n° 264 rectifié *ter*, sur le report de l'évaluation.

S'agissant de l'amendement n° 263 rectifié *ter*, il convient que les professionnels s'approprient le dispositif mis en place avant d'envisager sa suppression.

Au reste, nous sommes en train de travailler sur la filière visuelle : nous mettons en place une mission qui inclura tous les acteurs aux fins d'améliorer l'accès aux soins visuels. Je pense qu'il faut aller encore plus loin en matière d'évolution des exercices et des pratiques. Je ferai prochainement des annonces sur le sujet.

Compte tenu de ces explications et dans l'attente des résultats de cette mission, je sollicite le retrait de l'amendement n° 263 rectifié *ter*.

M. le président. Madame Deroche, l'amendement n° 263 rectifié *ter* est-il maintenu ?

Mme Catherine Deroche. Je remercie le rapporteur et la ministre de leur avis favorable sur l'amendement relatif au délai d'évaluation. Je retire l'amendement visant à la suppression du décret.

Comme le rapporteur l'a souligné, la loi annoncée sur la santé visuelle n'arrive pas. Dernièrement, on a adopté sous un titre ronflant une disposition consistant simplement à autoriser les opticiens à se rendre avec leur mallette dans les Ehpad pour faire des mesures. Certes, chaque petit pas est bon...

J'ai bien entendu que Mme la ministre étudiait ces questions. Je répète que le décret de 2017, désincitatif et très complexe pour les ophtalmologistes, pose vraiment problème.

M. le président. L'amendement n° 263 rectifié *ter* est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 264 rectifié *ter*.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 7 E.

L'amendement n° 455 rectifié, présenté par M. Canevet, est ainsi libellé :

Après l'article 7 E

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 1432-4 du code de la santé publique est complétée par les mots : « , les organisations représentatives des étudiants ».

La parole est à M. Michel Canevet.

M. Michel Canevet. Nous parlons beaucoup cet après-midi de démocratie sanitaire ; et, depuis le début de la discussion de ce texte, des jeunes médecins et de la couverture du territoire.

Le présent amendement vise précisément à mieux associer les étudiants en médecine à la démocratie sanitaire en région, en les intégrant au sein de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie. En d'autres termes, il s'agit d'ajouter à l'article L. 1432-4 du code de la santé publique, parmi les différentes catégories d'usagers et de professionnels ayant trait à la santé dans la région, les associations d'étudiants.

Il est important que les jeunes qui sont l'avenir de la profession soient effectivement associés au fonctionnement de la démocratie sanitaire en région.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. La présentation orale de cet amendement fait apparaître un problème : M. Canevet a parlé des associations d'étudiants en médecine, mais son amendement vise « les organisations représentatives des étudiants », sans plus de précision. S'il s'agit de tous les étudiants, ce n'est pas fondé dans le cadre de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie. C'est pourquoi nous avons émis un avis défavorable sur l'amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. Michel Canevet. Je retire l'amendement !

M. le président. L'amendement n° 455 rectifié est retiré.

L'amendement n° 695, présenté par Mme Rossignol, MM. Jomier et Daudigny, Mmes Grelet-Certenais et Jasmin, M. Kanner, Mmes Meunier, Van Heghe, Féret et Lubin, M. Tourenne, Mmes M. Filleul et Harribey, MM. Lurel, J. Bigot et Bérít-Débat, Mmes Blondin et Bonnefoy, MM. Botrel et M. Bourquin, Mme Conconne, MM. Duran et Fichet, Mme Ghali, MM. Houllégatte et Jacquín, Mme G. Jourda, MM. Kerrouche et Lalande, Mmes Lepage et Monier, M. Montaugé, Mmes Perol-Dumont, Préville et S. Robert, M. Sueur, Mme Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés, est ainsi libellé :

Après l'article 7 E

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Chaque établissement hospitalier susceptible d'accueillir des enfants désigne avant le 1^{er} septembre 2019 un médecin référent sur les violences intrafamiliales, physiques, sexuelles et/ou psychologiques faites aux femmes et/ou aux enfants.

La parole est à Mme Laurence Rossignol.

Mme Laurence Rossignol. Cet amendement vise à la désignation de médecins référents sur les violences faites aux femmes et/ou aux enfants.

Depuis plusieurs années, il existe dans un certain nombre d'établissements, en particulier ceux qui disposent d'un service d'urgence, des médecins référents sur les violences faites aux femmes. Ces médecins ont été formés et ont formé les autres médecins de leur établissement à identifier, derrière les symptômes ou les diagnostics apparents que les femmes décrivent lorsqu'elles se présentent, par exemple, aux urgences la réalité des violences qu'elles ont subies.

Ces professionnels formés sont indispensables, parce que les femmes, le plus souvent, ne disent pas qu'elles viennent à l'hôpital pour des coups reçus ou d'autres violences subies à la maison ; elles décrivent d'autres symptômes. Je connais nombre d'établissements dans lesquels ce système fonctionne extrêmement bien et donne d'excellents résultats.

Dans le plan interministériel de lutte contre les violences faites aux enfants, rendu public en janvier 2017, le même dispositif était prévu pour les violences sur les enfants, qui donnent lieu à la même difficulté d'identification des causes des diagnostics.

Aujourd'hui, nous sommes sortis des phases expérimentales ou incitatives : il faut prévoir par la loi que tout établissement susceptible d'accueillir des enfants doit désigner, avant le 1^{er} septembre 2019, un médecin spécialiste des violences faites aux enfants.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Le plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants pour la période 2017-2019, auquel Mme Rossignol a fait référence, prévoyait la mise en place dans chaque hôpital d'un médecin référent sur les violences faites aux enfants. La désignation de ce médecin a été prévue sous votre impulsion, ma chère collègue, sans qu'il soit à l'époque nécessaire de l'inscrire dans la loi. Or le système a très bien marché.

Nous avons souhaité connaître l'avis du Gouvernement sur cet amendement, afin que cette mesure se déploie effectivement dans les hôpitaux.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je comprends évidemment l'objectif visé. Il faut que, dans tous les services d'urgence et de pédiatrie, il y ait des professionnels capables de repérer des signes de maltraitance. C'est un enjeu de formation des professionnels plus que de désignation d'un référent unique, lequel n'est pas forcément légitime par rapport à ses collègues.

En réalité, nous avons choisi une autre méthode, consistant à responsabiliser les centres de psychotrauma pour qu'ils organisent des réseaux sur le territoire avec l'ensemble des établissements de santé, qu'ils assurent la formation des professionnels accueillant les femmes ou les enfants victimes de violences et qu'ils déploient des outils de formation et d'appropriation des bonnes pratiques.

C'est ce plan qui est aujourd'hui en train de se déployer, plus que le système d'un référent par établissement. Il peut passer par la désignation d'un référent, mais je ne suis pas sûre qu'il soit vraiment nécessaire de l'inscrire dans la loi. L'enjeu absolument prioritaire est la formation.

Je sollicite donc le retrait de l'amendement ; il faut que les choses progressent, mais cette disposition n'est pas utile.

Mme Laurence Rossignol. Je maintiens l'amendement !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 695.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 7

- ① I. – Le livre IV de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 1434-10 est ainsi modifié :

- ③ a) Le premier alinéa du II est complété par les mots et une phrase ainsi rédigée : « , ainsi que sur les projets médicaux partagés mentionnés à l'article L. 6132-1 et les contrats locaux de santé. Il prend également en compte les projets médicaux des établissements de santé privés et les projets d'établissement des établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. » ;
- ④ b) Le III est complété par huit alinéas ainsi rédigés :
- ⑤ « Le diagnostic territorial partagé donne lieu à l'établissement de projets territoriaux de santé, élaborés et mis en œuvre par des communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-12 ainsi que par des établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux, afin de coordonner leurs actions. L'élaboration d'un projet territorial de santé est initiée par au moins une communauté professionnelle territoriale de santé dont le projet de santé a été validé, avec le concours de l'union régionale des professionnels de santé mentionnée à l'article L. 4031-1, et un établissement ou un service de santé, social ou médico-social.
- ⑥ « Le projet territorial de santé tient compte des projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées au même article L. 1434-12, du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire prévu à l'article L. 6132-1, du projet territorial de santé mentale mentionné à l'article L. 3221-2, des projets médicaux des établissements de santé privés, des projets des établissements et services médico-sociaux et des contrats locaux de santé.
- ⑦ « Les hôpitaux des armées et les autres éléments du service de santé des armées peuvent participer à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un projet territorial de santé, après autorisation du ministre de la défense.
- ⑧ « Les associations agréées mentionnées à l'article L. 1114-1 et les collectivités territoriales participent à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet territorial de santé, selon des modalités définies par décret.
- ⑨ « Le projet territorial de santé définit le territoire pertinent pour la mise en œuvre par ses acteurs de l'organisation des parcours de santé mentionnée au 5° de l'article L. 1411-1.
- ⑩ « Le projet territorial de santé décrit les modalités d'amélioration de l'accès aux soins, de la continuité des soins et de la coordination des parcours de santé, notamment l'organisation de l'accès à la prévention, aux soins de proximité et aux soins spécialisés, sur tout le territoire. Il peut également décrire les modalités de coopération interprofessionnelle relatives aux pratiques médicales ou de soins.
- ⑪ « Le projet territorial de santé est transmis au directeur général de l'agence régionale de santé. Celui-ci peut s'y opposer, dans un délai de deux mois, en se fondant sur l'absence de respect des objectifs du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1 ou sur la pertinence du territoire du projet territorial de santé, après avis du conseil territorial de santé.
- ⑫ « Les projets territoriaux de santé font l'objet d'une évaluation par le conseil territorial de santé. » ;
- ⑬ c) Le IV est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé s'appuient sur les contrats locaux de santé, lorsqu'ils existent. » ;
- ⑭ 2° L'article L. 1434-12 est ainsi modifié :
- ⑮ aa) (*Supprimé*)
- ⑯ a) Le troisième alinéa est complété par les mots : « pour approbation » ;
- ⑰ b) L'avant-dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le projet de santé est réputé validé, sauf si le directeur général de l'agence régionale de santé s'y oppose dans un délai de deux mois en se fondant sur l'absence de respect des objectifs du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1 ou sur la pertinence du territoire d'action de la communauté professionnelle territoriale de santé. » ;
- ⑱ c) Le dernier alinéa est supprimé ;
- ⑲ 3° Le premier alinéa de l'article L. 1434-13 est ainsi rédigé :
- ⑳ « Pour répondre aux besoins identifiés dans le cadre des diagnostics territoriaux mentionnés au III de l'article L. 1434-10 et sur la base des projets de santé des équipes de soins primaires, des projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé lorsque ces derniers ont été validés, ainsi que des projets territoriaux de santé mentionnés à l'article L. 1434-10, l'agence régionale de santé peut conclure des contrats territoriaux de santé. » ;
- ㉑ 4° Au 1° de l'article L. 1441-5, après les mots : « deuxième alinéa du I », sont insérés les mots : « et les sept derniers alinéas du III » ;
- ㉒ 5° Le II de l'article L. 1441-6 est ainsi rétabli :
- ㉓ « II. – Pour l'application à Saint-Pierre-et-Miquelon de l'article L. 1434-10, la deuxième phrase du deuxième alinéa du I est ainsi rédigée : "Ce conseil veille à conserver la spécificité des dispositifs et des démarches locales de santé fondés sur la participation des habitants." »
- ㉔ II. – (*Non modifié*) Les communautés professionnelles territoriales de santé qui, à la date de publication de la présente loi, ont transmis leur projet de santé en application du troisième alinéa de l'article L. 1434-12 du code de la santé publique et conclu un contrat territorial de santé mentionné à l'article L. 1434-13 du même code sont réputées disposer d'un projet de santé approuvé, sauf opposition de leur part signalée à l'agence régionale de santé dans un délai de six mois à compter de la date de publication de la présente loi.
- ㉕ III. – Le chapitre IV du titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique est complété par une section 6 ainsi rédigée :
- ㉖ « Section 6
- ㉗ « *Concertation avec les élus*
- ㉘ « Art. L. 1434-15. – Dans chaque département, le directeur général ou le directeur de la délégation départementale de l'agence régionale de santé présente devant des élus, au moins une fois par an et en tant que de besoin, le bilan de la mise en œuvre du projet régional de santé au cours de l'année écoulée ainsi que ses orientations pour l'année à venir, notamment sur l'accès aux soins et l'évolution de l'offre en santé.

- 29 « Les élus mentionnés au premier alinéa sont le président du conseil régional ou son représentant, le président du conseil départemental ou son représentant, les présidents des établissements publics de coopération intercommunale à fiscalité propre du département et au moins cinq maires du département désignés par l'association départementale des maires. S'il existe plusieurs associations de maires dans le département, les maires sont désignés par le représentant de l'État dans le département après consultation desdites associations. S'il n'existe aucune association de maires dans le département, les maires sont désignés par le représentant de l'État dans le département.
- 30 « La présentation est réalisée en présence du délégué territorial de l'Agence nationale de la cohésion des territoires ou de son représentant.
- 31 « Cette présentation donne lieu à débat. »

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, sur l'article.

Mme Laurence Cohen. Cet article vise à améliorer la coopération territoriale entre les actrices et acteurs de santé.

Dans l'étude d'impact du projet de loi, le Gouvernement estime à juste titre que les dispositifs en vigueur sont nombreux et forment une sorte de millefeuille assez illisible. Entre le projet médical partagé, les projets territoriaux de santé mentale, les contrats locaux de santé et les contrats territoriaux de santé élaborés par les communautés professionnelles territoriales de santé, les CPTS, difficile, avouons-le, de nous y retrouver...

L'objectif de l'article 7 est donc de simplifier l'existant et de créer des projets territoriaux de santé – PTS – intégrant toutes les actions menées par les différents acteurs d'un même territoire, aussi bien pour la ville que pour le médico-social et l'hôpital.

Évidemment, sur le papier, l'idée paraît bonne. Je pense sincèrement que de telles démarches collectives peuvent faire vivre la démocratie sanitaire. Toutefois, mes chers collègues, ne soyons pas naïves ou naïfs : ces projets territoriaux de santé s'inscrivant dans les enveloppes contraintes des ARS, ils seront forcément en dessous des besoins réels des populations et des territoires. D'ailleurs, il est prévu que la directrice ou le directeur de l'ARS puisse s'y opposer, là encore sans contre-pouvoir.

Sans être défavorables à cet article, nous sommes un peu sceptiques sur ses effets concrets pour l'amélioration de l'accès aux soins, par exemple. Nous laissons toutefois le bénéfice du doute à ces PTS et faisons confiance à l'intelligence collective des professionnels de santé. C'est dans cet esprit que nous avons déposé plusieurs amendements tendant à améliorer le dispositif.

M. le président. La parole est à Mme Cathy Apurcau-Poly, sur l'article.

Mme Cathy Apurcau-Poly. L'article 7 redéfinit la place des communautés professionnelles territoriales de santé dans l'élaboration des projets territoriaux de santé, en en faisant des acteurs centraux de la démocratie sanitaire.

Cette importante bataille pour faire des questions de santé un débat ouvert à tous les citoyens passe également par l'implication des élus. La disposition prévoyant la présence d'un parlementaire a été supprimée – nous venons d'en débattre –, mais les élus sont les représentants des citoyens

travaillant dans la proximité. C'est particulièrement le cas des élus municipaux et des conseillers territoriaux qui eux-mêmes travaillent sur ces questions, notamment en ce qui concerne l'âge ou le handicap.

Les élus locaux doivent pouvoir être entendus, comprendre et être informés des orientations des projets territoriaux de santé et du projet régional de santé, y compris en amont de leur élaboration. Pour que leur information soit la plus complète possible, il est indispensable que nous disposions d'outils indépendants de mesure et d'évaluation de la santé sur les territoires.

Dans le Nord-Pas-de-Calais, l'Observatoire régional de la santé a fermé pour raisons économiques, avant que ne soit créé l'Observatoire régional de la santé et du social Hauts-de-France-Normandie. Sans juger de la qualité du travail de cette association, il est clair que la loupe est beaucoup trop grande pour permettre une analyse fine des territoires.

Mes chers collègues, il nous faut réfléchir à cette question : de quels indicateurs indépendants disposons-nous pour travailler localement sur les questions sanitaires et sociales ?

M. le président. La parole est à M. Bernard Jomier, sur l'article.

M. Bernard Jomier. L'article 7 nous invite à débattre de la facilitation et de la stimulation des projets de coordination élaborés directement par les professionnels dans les territoires. Nous l'avons dit : cette voie est prometteuse, car elle est une des clés de la structuration d'une offre de première ligne suffisamment robuste pour répondre aux enjeux de la transition démographique et épidémiologique de notre population, et ainsi soulager l'hôpital.

Soyons clairs, cet article est largement perfectible : sa rédaction est assez indigeste, et le dispositif ne contribue pas à simplifier un millefeuille que de plus en plus de rapports s'accordent à qualifier de complexe et d'illisible. Il présente toutefois l'intérêt de conforter un outil de coordination qui fait progressivement ses preuves, les communautés professionnelles territoriales de santé, fonctionnant selon une approche ascendante qui fait la part belle, pour le moment, à la souplesse et à l'initiative des acteurs de terrain.

Reste que le temps de gestion de projets est aussi du temps médical en moins pour les professionnels. À cet égard, il est dommage que le projet de loi n'évoque pas le rôle que devraient davantage jouer les ARS dans l'accompagnement de ces projets.

Sur les missions spécifiques que devraient remplir les CPTS, le choix a été fait de ne pas les préciser dans la loi. Je souhaiterais pourtant rappeler les rôles sur lesquels ces communautés sont attendues, notamment en matière de déclouonnement des secteurs sanitaire et médico-social et de prise en charge ambulatoire.

Si l'on reprend les recommandations du dernier rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, les CPTS devraient remplir les objectifs suivants.

Dans une première phase, elles devraient assurer les besoins en termes de permanence de soins et les prises en charge non programmées, la continuité des soins et, bien sûr, l'accès à un médecin traitant pour toute personne du territoire. Dans une seconde phase de maturation, elles devraient être à même d'assurer le maintien à domicile des personnes âgées, l'organisation de la prise en charge de différentes pathologies chroniques liées aux particularités épidémiologiques des diffé-

rents territoires et de faire de l'éducation thérapeutique à destination de ces patients chroniques – tout cela est tout de même bien lourd.

La encore, les CPTS devront avoir les moyens d'agir et être dotées des ressources nécessaires pour que les promesses quant à leur déploiement soient au rendez-vous.

M. le président. La parole est à M. Éric Gold, sur l'article.

M. Éric Gold. Je profite de l'examen de l'article 7, qui évoque notamment la présentation du projet régional de santé par l'ARS aux élus, pour insister encore sur un sujet qui préoccupe un certain nombre d'entre nous.

La fusion des régions a entraîné un éloignement entre les élus locaux et les administrations régionales – c'est un fait. Depuis lors, nous sommes nombreux à rencontrer des difficultés pour faire vivre la relation avec les ARS. Nous avons des difficultés à obtenir des réponses à nos sollicitations, y compris parce que nous ne savons pas toujours à qui nous adresser.

Or les difficultés d'accès aux soins préoccupent beaucoup les élus locaux, qui sont en demande de réponses, mais peuvent aussi être force de propositions. Il paraît donc important, sur des sujets aussi sensibles et majeurs que la santé et l'organisation des soins, de renforcer les liens entre élus et ARS.

J'insiste donc sur la nécessité d'avoir un référent ou un interlocuteur privilégié dans chaque ARS, lequel serait chargé des relations avec les élus, qui ne se sentent pas toujours écoutés face aux problématiques de santé.

M. le président. La parole est à M. Dominique Théophile, sur l'article.

M. Dominique Théophile. L'article 7 apparaît comme la traduction pratique d'un objectif de décloisonnement entre les acteurs de santé de ville, de l'hôpital et du secteur médico-social. Ceux-ci auront la possibilité de constituer des projets territoriaux de santé à leur propre initiative, afin de développer des synergies et des complémentarités entre les soignants de ville, l'hôpital et le médico-social.

Ces projets ne seront pas délimités territorialement, mais ils procéderont plutôt de la bonne organisation des parcours de soin. Afin de développer ce mode d'organisation « à la carte », sans pour autant superposer trop d'entités administratives, les acteurs du projet territorial de santé définiront par eux-mêmes le périmètre de leur action.

Concernant les communautés professionnelles territoriales de santé, cet article prévoit de les soumettre à l'approbation de l'ARS concernée afin d'assurer la cohérence de ces communautés sur l'ensemble du territoire. Cette mesure nous semble de nature à offrir une meilleure qualité et une meilleure continuité de l'offre de soins. En effet, cela permettra de fluidifier le parcours de soins au travers de la coopération de tous les acteurs de santé des territoires. L'ensemble des professionnels de santé que notre groupe a auditionnés préconisent une meilleure synergie entre l'hôpital et la médecine de ville. Nous nous réjouissons que cet article réponde à cette recommandation.

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny, sur l'article.

M. Yves Daudigny. L'article 7 porte sur la création des projets territoriaux de santé, avec l'objectif d'éviter le fonctionnement en silos de la médecine de ville, de la médecine hospitalière et des différents établissements médico-sociaux.

Répondant aux aspirations des acteurs de santé à mieux coopérer entre eux, l'inscription dans un exercice coordonné constitue un argument décisif pour l'installation des nouvelles générations. Nous saluons cet objectif, dont la réalisation s'appuiera en particulier sur les projets des communautés professionnelles territoriales de santé : ces CPTS, créées par la loi de janvier 2016, visent à faire en sorte que les acteurs de l'ambulatoire puissent se rencontrer et examiner ensemble les questions de santé populationnelle, apportant ainsi une dimension de service au public issue de l'initiative des acteurs de terrain.

Veillons néanmoins à ne pas mettre en place un dispositif au travers duquel le pouvoir administratif des agences régionales de santé s'affirmerait dans toute sa rigidité, sans ménager une place suffisante à l'initiative des professionnels de territoire et à la démocratie sanitaire.

Comme je l'ai déjà évoqué, veillons également à ne pas empiler les dispositifs complexes.

La négociation conventionnelle a pour objet de décrire les missions des CPTS ; le cadre réglementaire ne doit pas prendre le pas sur cette négociation. Celles-ci ne doivent pas devenir des objets administratifs centrés sur des objectifs trop contraints.

Si l'on constate un véritable dynamisme dans la constitution des CPTS – nous avons rencontré, au cours de ces dernières semaines, beaucoup d'acteurs enthousiastes –, aucun modèle unique généralisable ne semble pouvoir être identifié. À partir d'une architecture de base, on peut peut-être décliner autant de modèles qu'il y a de territoires divers.

Il paraît aussi nécessaire de clarifier l'articulation entre les CPTS et d'autres dispositifs de coordination, tels que les plateformes territoriales d'appui, dont le positionnement et la mission ne semblent pas très lisibles.

Enfin, la validation par l'ARS ne peut consister qu'à vérifier la conformité du projet de santé de la CPTS avec le cadre général du projet régional de santé et s'assurer de la cohérence de son territoire géographique avec celui des autres CPTS ; ce ne saurait être un examen qui compliquerait la tâche des porteurs de projets.

M. le président. La parole est à M. Daniel Chasseing, sur l'article.

M. Daniel Chasseing. Cet article prévoit de rassembler les différents outils en matière de coordination de l'offre de soins disponible sur nos territoires au sein d'un même dispositif : un PTS commun entre médecine de ville et médecine hospitalière avec les équipes de soins primaires, les CPTS, l'hôpital, le médico-social, les élus. Cet outil aura vocation à veiller à la continuité de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire et favorisera les synergies entre les professionnels.

Madame le ministre, au travers de ce dispositif, vous avez fait le pari de coordonner l'offre de soins des territoires. Nous saluons cet objectif, qui paraît pertinent en partant de l'hôpital, mais nous allons nous heurter dans certains territoires à de nombreux problèmes dus au manque de médecins.

Le dispositif ne pourra fonctionner de manière efficace que si un plus grand nombre de médecins adjoints que les 400 prévus partent de l'hôpital ou que si, nous appuyant sur les amendements proposés par divers groupes à l'article 2, qui ont été adoptés par une très large majorité du Sénat, nous nous adressons si nécessaire aux étudiants en dernière année de troisième cycle pour être médecins adjoints dans des zones en difficulté, avec le soutien de médecins référents de l'hôpital ou de maîtres de stage ou de référents dans le cadre des CPTS. Même si cela reste à préciser, c'est bien cette mesure qui permettra au PTS de fonctionner, en jouant un rôle de coordonnateur de l'offre de soins et en vérifiant qu'il n'y a pas de zone blanche de soins ou d'accès à un médecin traitant dans les territoires. Les ARS devront animer et favoriser la création de ces PTS.

Si nous n'intégrons pas ces dispositions dans la loi, le PTS ne pourra pas jouer, dans nos nombreux territoires, le rôle pertinent et justifié que vous préconisez, madame le ministre.

Sur cet article, nous défendrons des amendements visant à favoriser la coordination entre les élus et les acteurs de santé.

M. le président. L'amendement n° 29 rectifié, présenté par M. Segouin, Mme Eustache-Brinio, MM. Longuet, Revet et Morisset, Mme Deromedi, MM. Genest, Perrin, Raison, Laménié, Pellevat et Cuyppers et Mme Lamure, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Vincent Segouin.

M. Vincent Segouin. Malgré le fait que l'article 7 est révélateur de l'attente pressante de nos concitoyens quant à l'établissement de projets territoriaux de santé, dans l'objectif de répondre à l'expansion des déserts médicaux, la réponse qu'il apporte ne paraît cependant pas à la hauteur des enjeux.

Après les contrats locaux de santé, les conseils territoriaux de santé, les schémas régionaux de santé et autres projets médicaux partagés, rien n'indique que les projets territoriaux de santé trouveront leur place parmi l'éventail déjà disponible de dispositifs administratifs.

Pour atteindre une meilleure couverture territoriale en matière de santé, la simplification devrait être d'un meilleur secours que la complexification. Cet amendement vise donc à supprimer cette nouvelle invention administrative.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Le projet territorial de santé ne relève pas, en effet, d'une logique de simplification : c'est un outil supplémentaire qui s'ajoute à un arsenal déjà fourni, même s'il participe d'une logique intégratrice. Il faut toutefois, me semble-t-il, laisser les acteurs de terrain s'en saisir, en veillant à conserver la souplesse de l'outil pour rester dans une logique incitative et ne pas en faire une usine à gaz.

L'objectif est partagé : c'est celui d'un décloisonnement entre les acteurs de soins de ville, l'hôpital et le médico-social, mesure indispensable pour construire des parcours de santé cohérents pour les patients.

Pour ces raisons, la commission a émis un avis défavorable sur la suppression de l'article 7.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Pour renchérir, je dirai que cet outil, même s'il n'est pas obligatoire, vise tout de même à simplifier et à remettre en cohérence tous les moyens déployés par chacun des acteurs de santé qui veulent s'en saisir sur le territoire.

Monsieur Daudigny, vous avez posé une question sur les moyens financiers des CPTS. Chacune d'entre elles sera dotée d'une enveloppe pouvant aller jusqu'à 380 000 euros pour conduire sa mission. Vous l'avez très bien résumé, l'ARS n'a qu'un rôle de validation : elle aura pour mission de vérifier que les CPTS entrent dans le cadre fixé, que deux communautés ne se superposent pas sur un même territoire ou que la communauté est bien pluriprofessionnelle, en intégrant tous les acteurs de la santé, et ne concerne pas, comme j'ai pu l'observer dans certaines régions, uniquement des infirmiers libéraux, par exemple. Il s'agit vraiment d'une vision très « macro » des CPTS et pas du tout d'une vision pointilleuse.

L'avis du Gouvernement sur l'amendement de suppression est évidemment défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 29 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 450 rectifié, présenté par Mme Doineau, MM. Vanlerenberghe et Henno, Mmes Dindar, C. Fournier, Guidez et les membres du groupe Union Centriste, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 1

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Au dernier alinéa du 2° de l'article L. 1434-2, après le mot : « œuvre », sont insérés les mots : « pour la même durée » ;

La parole est à Mme Élisabeth Doineau.

Mme Élisabeth Doineau. L'article 7 institue un projet territorial de santé, qui jouera un rôle de levier en matière de décloisonnement entre les professionnels de santé de ville et les établissements de santé ou acteurs médico-sociaux. Les premiers seront structurés à l'avenir autour de ces PTS, destinés à mailler l'ensemble du territoire.

L'article L. 1434-2 du code de la santé publique concerne la constitution du projet régional de santé. Il détermine que le projet régional de santé fixe des objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans.

Un schéma régional de santé est établi pour cinq ans notamment sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires. Il peut être mis en œuvre par les contrats territoriaux de santé, les contrats territoriaux de santé mentale ou encore les contrats locaux de santé.

Toutefois, la loi reste actuellement muette sur la durée de ces trois types de contrats. Par cohérence avec le schéma que ces contrats viennent décliner, cet amendement vise à coordonner leur durée avec celle du schéma régional.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Il paraît en effet pertinent d'aligner la durée de mise en œuvre du schéma régional de santé, à savoir cinq ans, sur celle des contrats locaux, qui en constituent une déclinaison. En conséquence, l'avis est favorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je comprends évidemment votre préoccupation de mise en cohérence, mais cela ne répond pas tout à fait à la philosophie de tous ces contrats.

Il s'agit de contrats, qui émanent d'un travail réalisé par des acteurs s'engageant sur des durées parfois différentes. Aussi, je crains que cet amendement n'ait pour conséquence de rigidifier le dispositif en le faisant entrer dans une procédure normée, alors que ce dernier est issu d'une dynamique territoriale, de négociations entre divers acteurs, avec des structures d'établissements différentes, à différents endroits. Je ne souhaite pas inscrire dans la loi une durée normative, afin, justement, de laisser cette liberté, cette souplesse, qui favorise la dynamique de terrain et, au contraire, ne la freine pas.

C'est pourquoi je suis défavorable à cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 450 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 313 rectifié, présenté par Mmes Cohen, Apurcau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

I. – Après l'alinéa 2

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Le second alinéa du I est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Au sein du conseil territorial de santé, est constitué un comité territorial des élus, composé des représentants des élus des collectivités territoriales siégeant au conseil territorial de santé. 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. » ;

II. – Alinéa 8

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Le comité territorial des élus et la formation spécifique dédiée à l'expression des usagers sont consultés avant l'élaboration des projets territoriaux de santé, dans des conditions définies par décret.

La parole est à Mme Michelle Gréaume.

Mme Michelle Gréaume. Notre amendement vise à renforcer la représentation des élus et des usagers au sein des conseils territoriaux de santé, en créant des comités territoriaux des élus.

Nous portons ainsi une demande émanant notamment de la Fédération hospitalière de France : celle-ci nous a alertés sur l'insuffisance de la participation des CTS aux prises de décision, sur le manque de capacité d'initiative, d'impulsion et de validation. En outre, elle fait le constat d'une sous-représentation des élus locaux et des usagers au sein des CTS.

Aussi, il nous semble indispensable, pour aller dans le sens d'une plus grande démocratie sanitaire, d'associer de manière plus effective les élus et les usagers aux décisions territoriales des politiques de santé.

Un renforcement de la participation des élus locaux et des usagers est d'autant plus nécessaire que le projet de loi accentue le mouvement de territorialisation des politiques de santé et de mise en concurrence des établissements de

santé. Le droit fondamental à la protection de la santé et l'égal accès de tous nos concitoyens aux soins doivent être garantis.

Notre amendement vise à permettre aux représentants des citoyens et aux usagers de s'assurer de la mise en œuvre effective de ces principes.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Ma chère collègue, le texte prévoit déjà explicitement la participation des collectivités territoriales et des associations d'usagers à l'élaboration des PTS. Par ailleurs, le conseil territorial de santé comporte un collège des collectivités territoriales.

Votre amendement paraît donc d'ores et déjà satisfait ; s'il était adopté, il introduirait en l'état une procédure de consultation parallèle et redondante.

C'est pourquoi la commission demande le retrait de cet amendement ; à défaut, l'avis sera défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Défavorable.

M. le président. Madame Gréaume, l'amendement n° 313 rectifié est-il maintenu ?

Mme Michelle Gréaume. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 313 rectifié est retiré.

L'amendement n° 799, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Au troisième alinéa du II, après la référence : « L. 6327-2 », sont insérés les mots : « du présent code » ;

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Milon, rapporteur. Amendement de coordination.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 799.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 698, présenté par Mme Rossignol, MM. Jomier et Daudigny, Mmes Grelet-Certenais et Jasmin, M. Kanner, Mmes Meunier, Van Heghe, Féret et Lubin, M. Tourenne, Mmes M. Filleul et Harribey, MM. Lurel, J. Bigot et Bérít-Débat, Mmes Blondin et Bonnefoy, MM. Botrel et M. Bourquin, Mme Conconne, MM. Duran et Fichet, Mme Ghali, MM. Houllegatte et Jacquin, Mme G. Jourda, MM. Kerrouche et Lalande, Mmes Lepage et Monier, M. Montaugé, Mmes Perol-Dumont, Prévile et S. Robert, M. Sueur, Mme Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) La première phrase du III est complétée par les mots : « dont le plan régional de santé environnementale et les signalements des lanceurs d'alerte dont le statut est défini à l'article 6 de la loi n° 2016-1691 du 9 décembre 2016 relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique » ;

La parole est à Mme Nadine Grelet-Certenais.

Mme Nadine Grelet-Certenais. La santé et l'environnement étant des domaines liés, les impacts de l'environnement sur la santé doivent être évalués au mieux afin de prévenir divers risques sanitaires dus à la pollution des milieux et aux agents physiques.

Les évaluations doivent être réalisées à différentes échelles afin de garantir leur qualité et leur efficacité. C'est pourquoi les conseils territoriaux de santé doivent utiliser au mieux ces évaluations réalisées à l'échelle régionale ou infrarégionale, des évaluations dont les données sont au cœur de l'objectif du diagnostic territorial partagé: « Identifier les besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la population sur la base de données d'observation. »

Ces plans régionaux prennent en compte les facteurs de risques spécifiques aux régions; ils ont pour objet de mieux prendre en considération les enjeux locaux. Ainsi, ils sont de nature à apporter un savoir essentiel à l'élaboration des diagnostics par les conseils territoriaux de santé. Préciser leur utilisation est nécessaire pour assurer une prise en compte importante de la santé environnementale dans les diagnostics réalisés par les conseils territoriaux de santé, une prise en compte qui ne figure pas aujourd'hui à l'article L. 1434-10 du code de la santé publique.

Grâce à une prise en considération des évaluations et des recommandations réalisées par le plan régional de santé environnementale dans l'élaboration des diagnostics, les membres du conseil et les professionnels de santé seront informés et pourront ainsi transmettre les informations aux populations concernées.

Cet amendement tend également à s'assurer que les signalements des lanceurs d'alerte sont utilisés. La loi du 9 décembre 2016 relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique visait à permettre la protection des lanceurs d'alerte et à définir leur statut. À la suite de cette avancée, il faut réellement être à l'écoute et tenir compte des signalements, qui ont pour objet de révéler les situations que nous ignorons.

La qualité des diagnostics élaborés par les conseils territoriaux ne peut que s'accroître si ces derniers se montrent attentifs aux voix des lanceurs d'alerte.

Il est nécessaire que les analyses locales soient réellement prises en considération pour répondre aux problèmes spécifiques qui se posent dans les différents territoires. Je citerai, à titre d'exemple, les cas d'agénésie transverse dans l'Ain, une affaire ancienne ayant refait surface récemment. Les diverses hypothèses mettent en cause des raisons environnementales.

Ce cas précis nous démontre l'importance d'avoir une véritable connaissance des risques pour la santé de la situation environnementale des territoires. Ces connaissances sont parfois empiriques, ce qui explique l'importance d'être attentifs aux alertes et connaissances produites par des dispositifs déjà existants.

L'objet de cet amendement est d'empêcher que des crises sanitaires se perpétuent ou se développent en agissant à la source des problèmes. De plus, cela encouragerait des actions préventives de la part des professionnels de la santé et des populations.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Je résumerai quelque peu l'intervention de Mme Grelet-Certenais.

Cet amendement vise tout simplement à demander la prise en compte du plan régional de santé environnementale et des signalements des lanceurs d'alerte dans le diagnostic territorial partagé. Cette explication est beaucoup plus courte, mais plus compréhensible... (*Murmures sur les travées du groupe socialiste et républicain.*)

Sans nier l'importance des enjeux soulevés, il ne paraît pas nécessaire de mentionner dans la loi toutes les données existantes prises en compte dans le diagnostic territorial partagé. Si nous le faisons, nous risquerions d'aboutir, comme je l'ai dit sur d'autres sujets hier, à une liste non exhaustive.

Ce diagnostic a d'abord vocation à identifier les besoins et les insuffisances en termes d'offre de soins et de continuité des parcours des patients.

En conséquence, je demande le retrait de cet amendement; à défaut, l'avis sera défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. Madame Grelet-Certenais, l'amendement n° 698 est-il maintenu ?

Mme Nadine Grelet-Certenais. Oui, je le maintiens, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 698.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 713 rectifié, présenté par MM. Jomier et Daudigny, Mmes Grelet-Certenais et Jasmin, M. Kanner, Mmes Rossignol, Meunier, Féret et Lubin, M. Tourenne, Mmes Van Heghe, M. Filleul et Harribey, MM. Lurel, J. Bigot et Bérít-Débat, Mmes Blondin et Bonnefoy, MM. Botrel et M. Bourquin, Mme Conconne, MM. Duran et Fichet, Mme Ghali, MM. Houllégatte et Jacquin, Mme G. Jourda, MM. Kerrouche et Lalande, Mme Monier, M. Montaugé, Mmes Perol-Dumont, Préville et S. Robert, M. Sueur, Mme Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) À l'avant-dernière phrase du premier alinéa du III, après les mots : « conseils locaux de santé », sont insérés les mots : « , des conseils locaux de santé mentale » ;

La parole est à M. Bernard Jomier.

M. Bernard Jomier. Avec cet amendement, nous souhaitons renforcer, dans le diagnostic territorial partagé, la prise en compte des questions de santé mentale, qui sont très peu traitées dans ce projet de loi d'organisation du système de soins, alors même que le champ du soin est en grande difficulté.

Nous l'avons bien noté, le projet territorial de santé mentale est d'ores et déjà pris en considération. Toutefois, il convient de mieux entrecroiser les problématiques communes en matière d'organisation des soins pour que la notion de parcours en santé mentale prenne tout son sens. Aussi, nous souhaitons que les travaux des conseils locaux de santé mentale soient également pris en compte.

Tel est l'objet de cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. La commission a estimé en effet utile de prendre en compte les travaux du conseil territorial de santé mentale dans le diagnostic global réalisé sur les besoins de santé au niveau du territoire. Cela présente l'intérêt de « faire le lien » entre des structures et des outils qui ne doivent pas rester étanches les uns par rapport aux autres.

Aussi, la commission a émis un avis favorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Sagesse.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 713 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de cinq amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 315, présenté par Mmes Cohen, Apourcau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Alinéa 5

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Le diagnostic territorial partagé donne lieu à l'élaboration par les conseils territoriaux de santé de projets territoriaux de santé. Cette élaboration s'organise en concertation avec les communautés professionnelles territoriales de santé définies à l'article L. 1434-12, ainsi que des établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux, afin de coordonner leurs actions.

La parole est à Mme Michelle Gréaume.

Mme Michelle Gréaume. Cet amendement prévoit que le conseil territorial de santé ait un rôle central dans l'élaboration des projets territoriaux de santé, en liaison étroite avec les communautés professionnelles territoriales de santé et les établissements et services de santé.

Le CTS, qui est une instance de démocratie en santé reconnue et identifiée, permet de rassembler l'ensemble des acteurs de santé dans les territoires. La proposition de Médecins du Monde et de la Fédération des acteurs de la solidarité rejoint notre demande de démocratie sanitaire en partant d'une structure qui existe déjà dans les territoires. S'y exprime le besoin d'une meilleure concertation et d'une meilleure coordination entre les acteurs du parcours de santé.

M. le président. L'amendement n° 236 rectifié *bis*, présenté par MM. A. Marc, Chasseing et Luche, Mme Mélot et MM. Lagourgue, Guerriau et Decool, est ainsi libellé :

Alinéa 5, première phrase

Remplacer les mots :

établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux

par les mots :

commissions médicales d'établissement

La parole est à M. Daniel Chasseing.

M. Daniel Chasseing. Cet amendement a pour objet de renforcer le rôle des commissions médicales d'établissement, les CME, dans les projets territoriaux de santé afin qu'elles contribuent à faire avancer la relation avec l'ambulatorio. Il

faut mettre en avant les professionnels de santé et non les structures si l'on veut obtenir des projets territoriaux adaptés aux situations locales.

M. le président. L'amendement n° 515, présenté par M. Tissot, Mme Artigalas, MM. M. Bourquin et Duran, Mme Ghali, MM. P. Joly, Manable, Marie et Montaugé, Mme Taillé-Polian et MM. Tourenne, Vallini et Vaugrenard, est ainsi libellé :

Alinéa 5, seconde phrase

Après les mots :

initiée par

rédigé ainsi la fin de cette phrase :

le conseil territorial de santé défini à l'article L. 1434-10 du code de la santé publique en lien les communautés professionnelles territoriales de santé définies à l'article L. 1434-12, ainsi que des établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux.

La parole est à Mme Viviane Artigalas.

Mme Viviane Artigalas. Cet amendement a pour objet de donner un rôle central au conseil territorial de santé, instance de démocratie en santé, dans l'élaboration des projets territoriaux de santé.

L'article 7 prévoit la création du projet territorial de santé et assure l'approbation des CPTS, les communautés professionnelles territoriales de santé, par le directeur général de l'ARS.

Cet amendement, dont l'Uniojss, l'Union nationale inter-fédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux, et l'APF France handicap sont à l'origine, vise à garantir une meilleure opérationnalité des projets territoriaux de santé.

Nous rappelons que le conseil territorial de santé est l'instance de démocratie en santé qui paraît légitime pour mener à bien cet exercice. Il garantit la représentativité de tous les acteurs d'un territoire et la cohérence avec le diagnostic partagé qu'il a élaboré.

La multiplication de collectifs d'acteurs et de projets – équipes de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé, plateformes territoriales d'appui, conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie, conseils territoriaux de santé – risque d'apporter de la confusion et une déperdition dans la mobilisation des acteurs, en multipliant les instances et groupes de travail, voire de créer de la concurrence entre différents collectifs d'acteurs.

Cet amendement prévoit enfin de mettre en place une évaluation périodique des projets territoriaux de santé par le conseil territorial de santé.

M. le président. L'amendement n° 353 rectifié, présenté par Mme M. Carrère, MM. Arnell, Artano, A. Bertrand, Cabanel, Castelli, Collin, Corbisez, Gabouty, Gold et Guérini, Mme Guillotin, M. Jeansannetas, Mmes Jouve et Laborde et MM. Léonhardt, Requier, Roux et Vall, est ainsi libellé :

Alinéa 5, seconde phrase

Compléter cette phrase par les mots :

ou un établissement thermal

La parole est à M. Guillaume Arnell.

M. Guillaume Arnell. Par cet amendement, nous proposons que les établissements thermaux intègrent les projets territoriaux de santé au même titre que les autres établissements associés.

Reconnue par l'Organisation mondiale de la santé depuis 1986, la médecine thermale peut jouer un rôle prépondérant dans la prévention de maladies et offre une thérapie complémentaire et alternative aux prescriptions médicamenteuses ainsi qu'aux opérations chirurgicales.

Les établissements thermaux entrent dans un cadre de service médical rendu sans avoir d'effets secondaires et sont donc d'un très grand intérêt pour la santé publique. Ils ont, à ce titre, toute leur place dans les projets territoriaux de santé. Leur intégration serait d'autant plus intéressante qu'ils se situent très souvent dans des zones sous-denses et qu'ils ont un effet de structuration dans certains territoires, en particulier les territoires de montagne. Les intégrer à un exercice coordonné serait donc bénéfique tant pour les établissements thermaux que pour les autres professionnels de santé.

M. le président. L'amendement n° 503 rectifié, présenté par MM. Chasseing, Decool, Fouché, Guerriau, Lagourgue, Malhuret et A. Marc, Mme Mélot, MM. Menonville et Wattebled, Mmes Deromedi et Noël et MM. Bouloux, Nougéin, Mandelli, Laménie et Bonhomme, est ainsi libellé :

Alinéa 5

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

En l'absence d'initiative des professionnels dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la loi n° ... du ... relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé saisit les conseils territoriaux de santé pour que l'ensemble du territoire de la région bénéficie d'un projet territorial de santé.

La parole est à M. Daniel Chasseing.

M. Daniel Chasseing. Faute d'initiatives des acteurs de terrain, le conseil territorial de santé, le CTS, peut être saisi par l'ARS pour élaborer le PTS.

Le CTS est une instance de démocratie en santé dans laquelle sont représentés tous les acteurs du système de santé, y compris des représentants d'usagers et des acteurs de la prévention-promotion de la santé. Il est également le garant que le PTS fixe des objectifs en cohérence avec les besoins de la population.

La présente disposition permet de garantir une dynamique autour de ce nouveau dispositif des projets territoriaux de santé en cas d'absence d'initiatives des acteurs.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Concernant les amendements n°s 315 et 515, le conseil territorial de santé sera associé à la démarche et au suivi des projets territoriaux de santé puisqu'il en assurera l'évaluation. Il ne peut donc en être également à l'initiative. Il me paraît plus opérationnel de laisser l'initiative aux professionnels de santé eux-mêmes. En conséquence, l'avis est défavorable.

S'agissant de l'amendement n° 236 rectifié *bis*, le texte de l'article 7 vise, plus généralement, les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux, mais rien n'empêchera les établissements d'associer leurs CME à ces démarches d'élaboration des projets territoriaux de santé,

dans le cadre de leurs compétences. La rédaction proposée conduirait par ailleurs à exclure les établissements privés ou médico-sociaux. L'avis de la commission est également défavorable.

Concernant l'amendement n° 353 rectifié, il n'est pas besoin de décliner la liste des établissements pouvant être concernés par le PTS. Par ailleurs, le rôle des établissements thermaux n'est pas au cœur des priorités des projets territoriaux de santé, qui sont d'abord un outil de liaison entre la ville et l'hôpital. L'avis de la commission est donc défavorable.

Enfin, sur l'amendement n° 503 rectifié, nous préférons laisser les professionnels de santé se saisir d'outils dont la réussite est étroitement conditionnée à leur engagement et à leur volontarisme. Le projet de loi supprime l'initiative de l'ARS en cas de carence d'initiatives des professionnels dans la constitution des CPTS. Gardons la même souplesse s'agissant des PTS. En conséquence, la commission a également émis un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 315.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. Daniel Chasseing. Je retire l'amendement n° 236 rectifié *bis*, monsieur le président !

M. le président. L'amendement n° 236 rectifié *bis* est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 515.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. Guillaume Arnell. Je retire l'amendement n° 353 rectifié, monsieur le président !

M. le président. L'amendement n° 353 rectifié est retiré.

M. Daniel Chasseing. Je retire l'amendement n° 503 rectifié, monsieur le président !

M. le président. L'amendement n° 503 rectifié est retiré.

L'amendement n° 546 rectifié, présenté par Mme Doineau, MM. Vanlerenberghe et Henno, Mmes Dindar, C. Fournier, Guidez et les membres du groupe Union Centriste, est ainsi libellé :

Alinéa 8

Après le mot :

territoriales

insérer les mots :

et leurs groupements

La parole est à Mme Élisabeth Doineau.

Mme Élisabeth Doineau. Cet amendement vise à préciser que les intercommunalités participent à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet territorial de santé.

Dans la réalité, c'est souvent la collectivité, dans un périmètre territorial, qui lance les projets de maisons de santé pluridisciplinaires, voire de CPTS.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Il a semblé à la commission qu'il s'agissait d'une précision utile. Aussi, elle a émis un avis favorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 546 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de dix amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 697, présenté par MM. Daudigny et Jomier, Mmes Grelet-Certenais et Jasmin, M. Kanner, Mmes Rossignol, Meunier, Van Heghe, Féret et Lubin, M. Tourenne, Mmes M. Filleul et Harribey, MM. Lurel, Joël Bigot et Bérít-Débat, Mmes Blondin et Bonnefoy, MM. Botrel et M. Bourquin, Mme Conconne, MM. Duran et Fichet, Mme Ghali, MM. Houllegatte et Jacquín, Mme G. Jourda, MM. Kerrouche et Lalande, Mmes Lepage et Monier, M. Montaugé, Mmes Perol-Dumont, Préville et S. Robert, M. Sueur, Mme Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés, est ainsi libellé :

Alinéa 10

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Le projet territorial de santé décrit les modalités d'amélioration de la permanence et de l'accès aux soins, de la continuité des soins et de la coordination des parcours de santé, notamment l'organisation de l'accès à la prévention, au dépistage, aux soins de proximité, aux soins non programmés et aux soins spécialisés, sur tout le territoire. Il présente les propositions relatives à l'accès aux soins des personnes en situations de précarité confrontées à des inégalités de santé. Il décrit les modalités d'amélioration de la continuité des soins, en lien avec l'ensemble des parties prenantes et des professionnels de santé concernés sur le territoire. Il peut également décrire les modalités de coopération interprofessionnelle relatives aux pratiques médicales ou de soins. Il prend en compte l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes à mobilité réduite. »

La parole est à Mme Sabine Van Heghe.

Mme Sabine Van Heghe. Depuis plusieurs années, le refus de soins à l'encontre des publics bénéficiaires de la couverture maladie universelle, la CMU, de l'aide au paiement d'une complémentaire santé, l'ACS, et de l'aide médicale de l'État, l'AME, a été mis en exergue par le Défenseur des droits.

Les organisations non gouvernementales relèvent également dans leur action quotidienne d'accompagnement des publics précaires une volonté croissante de complexifier leur accès à la santé, et même une hausse des refus de soins.

La méconnaissance des besoins d'accompagnement de ces populations, notamment des migrants, est un facteur de refus de soins. C'est pourquoi il est essentiel que le projet territorial de santé prenne en compte la précarité. C'est la position qu'a retenue l'Assemblée nationale en modifiant la rédaction de l'article 7, et c'est ce que vise aujourd'hui notre amendement.

Il tend en effet à rétablir la rédaction de l'alinéa 10 tel qu'il a été adopté par l'Assemblée nationale, afin d'insister sur la nécessaire prise en compte des questions d'accès aux soins des personnes en situation de handicap ou de précarité dans les projets territoriaux de santé, et ce tout en tenant compte des ajouts apportés, sur l'initiative du rapporteur, par la commission des affaires sociales du Sénat.

Nous souhaitons que cet alinéa mentionne également clairement la permanence de l'accès aux soins, le dépistage et les soins non programmés parmi les améliorations portées par les PTS.

M. le président. L'amendement n° 587 rectifié, présenté par MM. Amiel et Théophile, Mme Schillinger et M. Lévrier, est ainsi libellé :

Alinéa 10

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Le projet territorial de santé décrit les modalités d'amélioration de l'accès aux soins et de la coordination des parcours de santé, notamment l'organisation de l'accès à la prévention, au dépistage aux soins de proximité, aux soins non-programmés et aux soins spécialisés, sur tout le territoire. Il présente les propositions relatives à l'accès aux soins des personnes en situation de précarité confrontées à des inégalités de santé. Il décrit les modalités d'amélioration de la permanence et de la continuité des soins, en lien avec l'ensemble des parties prenantes et des professionnels de santé concernés sur le territoire. Il peut également décrire les modalités de coopération interprofessionnelle relatives aux pratiques médicales ou de soins. Il prend en compte l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes à mobilité réduite. »

La parole est à M. Michel Amiel.

M. Michel Amiel. La permanence des soins est l'une des préoccupations majeures de la population dans les territoires. Si son organisation est prévue par divers dispositifs, il est indispensable que le PTS fixe les modalités d'amélioration de cette permanence qui fait partie intégrante de l'organisation des parcours de santé.

Le projet territorial de santé élaboré par les CPTS devra décrire les modalités d'amélioration de l'accès aux soins et de la coordination des parcours de santé.

Les patients peuvent rencontrer des difficultés d'accès aux soins, particulièrement lorsqu'il s'agit de soins non programmés. Ces derniers sont parfois à l'origine d'une désorganisation du cabinet médical, mais aussi, et peut-être surtout, d'un engorgement des urgences. Aussi, il importe que le PTS puisse organiser l'accès aux soins non programmés, en tenant compte des spécificités de chaque territoire.

Par ailleurs, la politique de dépistage doit également pouvoir être inscrite dans le projet territorial de santé, afin d'en renforcer l'efficacité.

M. le président. L'amendement n° 524 rectifié, présenté par M. P. Joly, Mme Jasmin, MM. Manable et Tourenne, Mme Monier, MM. Mazuir et Vallini et Mmes Grelet-Certenais, Perol-Dumont et Artigalas, est ainsi libellé :

Alinéa 10, première phrase

Après le mot :

modalités

insérer les mots :

d'organisation et

et après les mots :

accès aux soins,

insérer les mots :

de la permanence et

La parole est à M. Patrice Joly.

M. Patrice Joly. Mon amendement s'inscrit dans la continuité des amendements qui viennent d'être présentés.

La permanence des soins ambulatoires consiste à maintenir l'offre de soins de premier recours aux heures habituelles de fermeture des cabinets libéraux, centres et maisons de santé.

Or l'organisation de la permanence des soins est jugée aujourd'hui peu visible et peu compréhensible par de nombreuses familles, qui, dès lors, n'ont pas d'autres solutions que de se rendre dans les services d'urgence pour être prises en charge, ce qui a pour conséquence d'engorger ces services.

La référence à la seule amélioration de la continuité des soins ne permet pas d'apporter les réponses adaptées aux familles en matière de soins non programmés. Le projet territorial de santé doit donc définir l'organisation de cette permanence des soins et expliciter clairement les engagements de l'ensemble des acteurs au sein d'un territoire.

M. le président. L'amendement n° 490 rectifié, présenté par MM. Chasseing, Decool, Fouché, Guerriau, Lagourgue, Malhuret et A. Marc, Mme Mélot, MM. Menonville, Wattlebled, Bonne et Vogel, Mmes Deromedi et Noël et MM. Bouloux, Nougéin, Mandelli, Laménie et Bonhomme, est ainsi libellé :

Alinéa 10, première phrase

Après les mots :

l'accès aux soins,

insérer les mots :

de la permanence et

La parole est à M. Daniel Chasseing.

M. Daniel Chasseing. La permanence des soins est l'une des préoccupations majeures de la population. Si son organisation est prévue par divers dispositifs, il est indispensable que le PTS fixe les modalités d'amélioration de cette permanence avec les CPTS, l'hôpital et les élus.

M. le président. Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 209 rectifié *ter* est présenté par Mme Berthet, MM. Bascher, Meurant, Mouiller et Sol, Mme Puissat, M. Pellevat, Mme Noël, M. Mandelli, Mmes Gruny et Garriaud-Maylam, M. B. Fournier, Mmes Bruguière et Bonfanti-Dossat, MM. J.M. Boyer, Duplomb et Bonhomme, Mmes Deroche et Lamure et MM. Laménie, Sido et Gremillet.

L'amendement n° 590 est 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.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 10, première phrase

1° Après le mot :

prévention

insérer les mots :

, au dépistage

2° Après le mot :

proximité

insérer les mots :

, aux soins non programmés

La parole est à Mme Martine Berthet, pour présenter l'amendement n° 209 rectifié *ter*.

Mme Martine Berthet. Le projet territorial de santé élaboré par les CPTS devra décrire les modalités d'amélioration de l'accès aux soins et de la coordination des parcours de santé.

Nous le savons, les patients peuvent rencontrer des difficultés d'accès aux soins, particulièrement lorsqu'il s'agit de soins non programmés. Ces derniers sont parfois à l'origine d'une désorganisation du cabinet médical ou d'un engorgement des urgences.

Aussi, il importe que le projet territorial de santé puisse organiser l'accès aux soins non programmés, en tenant compte des spécificités de chaque territoire.

Par ailleurs, les CPTS doivent être en mesure d'organiser une politique de dépistage sur le territoire, afin de répondre aux besoins de la population. Je pense en particulier au dépistage du cancer colorectal, pour lequel le taux de participation reste bien en deçà des objectifs européens dans notre pays.

M. le président. La parole est à M. Michel Amiel, pour présenter l'amendement n° 590.

M. Michel Amiel. Je ne vais pas reprendre l'argumentaire que je viens d'exposer pour l'amendement n° 587 rectifié. Le présent amendement vise à ajouter ces deux éléments clés que sont, outre la prévention, le dépistage et les soins non programmés dans la liste des priorités du PTS.

M. le président. Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 376 rectifié est présenté par Mme Guillotin, MM. Artano, A. Bertrand et Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Castelli et Collin, Mmes Costes et N. Delattre, MM. Gabouty, Gold, Guérini et Jeansannetas, Mme Jouve et MM. Léonhardt, Requier, Roux et Vall.

L'amendement n° 456 rectifié est présenté par M. Canevet.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 10, seconde phrase

Compléter cette phrase par les mots :

, ainsi que les modalités de développement de la formation et de la recherche en soins primaires

La parole est à Mme Véronique Guillotin, pour présenter l'amendement n° 376 rectifié.

Mme Véronique Guillotin. Cet amendement a pour objet d'inscrire dans la loi la participation des établissements publics de santé aux communautés professionnelles territoriales de santé. Cette participation est en effet parfois contestée par les professionnels de ville et les établissements de santé nous ont fait remonter leurs difficultés à intégrer les CPTS.

Il vise à faire figurer cette contribution des établissements publics de santé de façon plus explicite dans le texte.

M. le président. L'amendement n° 456 rectifié n'est pas soutenu.

L'amendement n° 599, 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, est ainsi libellé :

Alinéa 10

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Il prend en compte l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, des personnes à mobilité réduite et des personnes en situation de précarité.

La parole est à M. Michel Amiel.

M. Michel Amiel. L'amendement vise à prévoir la prise en charge, au sein des PTS, de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, des personnes à mobilité réduite et des personnes en situation de précarité.

M. le président. L'amendement n° 714 rectifié, présenté par Mme Rossignol, MM. Jomier et Daudigny, Mmes Grelet-Certanis et Jasmin, M. Kanner, Mmes Meunier, Féret et Lubin, M. Tourenne, Mmes Van Heghe, M. Filleul et Harribey, MM. Lurel, Joël Bigot et Bérit-Débat, Mmes Blondin et Bonnefoy, MM. Botrel et M. Bourquin, Mme Conconne, MM. Duran et Fichet, Mme Ghali, MM. Houllegatte et Jacquin, Mme G. Jourda, MM. Kerrouche et Lalande, Mme Monier, M. Montaugé, Mmes Perol-Dumont, Préville et S. Robert, M. Sueur, Mme Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 10

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Il prend en compte les déclinaisons locales des plans interministériels de lutte contre les violences faites aux femmes et aux enfants.

La parole est à M. Roland Courteau.

M. Roland Courteau. Le présent amendement du groupe socialiste vise la prise en compte des plans interministériels de lutte contre les violences faites aux femmes dans l'élaboration du diagnostic territorial partagé. Il tend à inscrire la lutte contre les violences faites aux femmes et aux enfants dans le contenu de ce projet territorial de santé.

Nous partons du principe que l'éradication de ces violences nécessite l'implication de l'ensemble de la société et qu'aucun levier ne doit faire défaut. Je rappelle que les violences, notamment intrafamiliales, sont très traumatisantes sur les plans psychologique et neurologique.

Je regrette d'ailleurs que les conséquences des violences faites aux femmes et aux enfants soient trop souvent sous-estimées. Les troubles psychotraumatiques sont pourtant graves, très graves, fréquents, avec des conséquences durables sur le devenir des victimes. Ils peuvent durer des années, voire une vie entière, si les victimes ne bénéficient pas de soins et d'un suivi important. Et faute de soins ou de suivi, point de reconstruction possible !

La santé, je le répète, représente un secteur clé dans l'accompagnement et la reconstruction des victimes, comme l'a très justement souligné Laurence Rossignol.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. La commission a recentré le contenu du projet territorial de santé dans le but d'en faire un outil souple à la main des professionnels de terrain, ciblé sur des priorités comme la continuité des soins et la coordination du parcours entre ville, hôpital et médico-social. N'alourdissons pas cet outil pour laisser les professionnels de santé l'adapter selon les besoins des territoires.

Les auteurs des amendements n° 697 et 587 rectifié entendent revenir sur cette position. En outre, et comme pour les amendements n° 524 rectifié et 490 rectifié, il ne paraît pas opportun de mentionner spécifiquement la permanence des soins : celle-ci dispose déjà d'un cadre d'organisation et de planification qui a valeur opposable, à la différence du projet territorial de santé. Il ne faut pas ajouter à la confusion en faisant du PTS un nouvel outil de gestion de la permanence des soins.

La commission a donc émis un avis défavorable sur les amendements n° 697 et 587 rectifié, ainsi que sur les amendements n° 524 rectifié et 490 rectifié.

Toutefois, les amendements n° 697 et 587 rectifié seraient en partie satisfaits par l'adoption des amendements identiques n° 209 rectifié *ter* et 590, qui se limitent à ajouter quelques précisions. Le dépistage et l'accès aux soins non programmés me paraissent déjà inclus dans la référence à « la prévention » et à « la continuité des soins », mais les mentionner explicitement permet de mettre l'accent sur des enjeux prioritaires : comme dirait l'autre, cela ne mange pas de pain !

La commission a donc émis un avis favorable sur les amendements identiques n° 209 rectifié *ter* et 590.

Enfin, par cohérence avec sa décision de recentrer le contenu du PTS sur les priorités qu'elle a fixées, la commission a émis un avis défavorable sur les amendements n° 376 rectifié, 599 et 714 rectifié.

Sans pour autant nier l'importance des enjeux soulevés, le PTS n'a pas vocation, me semble-t-il, à se substituer à l'ensemble des autres documents et outils existants. Nous n'avons pas besoin d'énumérer dans la loi tous les enjeux que ce projet doit prendre en compte, au risque d'oublier de mentionner certains enjeux importants ou de décourager les initiatives des professionnels de santé.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. Je veux dire quelques mots sur cet enjeu extrêmement important qu'est la permanence des soins.

Le cadre réglementaire est certes défini, mais il n'en reste pas moins que le déploiement de la permanence des soins ambulatoires est très loin d'être achevé.

Dans certains territoires, il n'y a pas d'effecteurs. Or, en l'absence d'effecteurs, on peut toujours se mettre autour de la table, mais on n'aboutira pas à grand-chose.

En revanche, il en existe dans d'autres territoires. Je voudrais vraiment attirer votre attention, madame la ministre, sur le fait que certaines ARS s'impliquent parfois de manière insuffisante dans le pilotage et la coordination qui doivent permettre aux différents acteurs de s'accorder sur cette question. On sait très bien qu'il y a derrière ce sujet

des enjeux en termes d'articulation ville-hôpital et que la persistance des problèmes perturbe le déploiement du dispositif.

Par ailleurs, la question de la permanence des soins pour les professionnels de la médecine de ville nous renvoie à l'évolution actuelle de la profession. Depuis le début des débats, nombreux sont ceux qui ont souligné que les jeunes médecins avaient moins envie qu'auparavant d'avoir des horaires de travail contraignants.

Actuellement, la permanence des soins commence à 20 heures. Parmi les quelques points de désaccord que j'ai avec le chef de l'État à propos du plan Ma santé 2022, j'évoquerai sa volonté de fixer cette borne horaire à 21 heures, alors qu'il serait plus logique de l'avancer à 19 heures, puisque cela correspond à une demande répétée des organisations professionnelles.

Au-delà des enjeux financiers qu'il induit, ce dossier nous renvoie à la question de l'heure maximale jusqu'à laquelle il est légitime que les professionnels de santé travaillent. À partir de quelle heure ce travail doit-il être considéré comme un service supplémentaire rendu à la société ?

Je précise que je n'ai pas déposé d'amendement sur le sujet, car il s'agit d'une mesure de nature réglementaire. S'il n'appartient pas au Parlement de modifier les horaires de la permanence des soins ambulatoires, je tenais à soulever cette problématique lors du débat, car la question doit être réglée.

M. le président. La parole est à M. Michel Amiel, pour explication de vote.

M. Michel Amiel. Je vais aller un peu dans le même sens.

L'articulation ville-hôpital, l'articulation services d'urgence-permanence de soins ambulatoires posent une vraie question.

Il y a quelques années, on a fait une bêtise, me semble-t-il, en supprimant du code de déontologie médicale l'obligation pour les praticiens de participer à la permanence des soins. On a vu à quoi cela a abouti.

Aujourd'hui, il existe un cadre légal. Il me paraissait cependant important d'attirer l'attention sur ce problème difficile, en veillant à ne pas alimenter les éventuelles polémiques, en particulier entre les urgentistes et les médecins de ville. C'est la raison pour laquelle j'ai déposé l'amendement n° 587 rectifié, pour rétablir la rédaction de l'alinéa 10 tel que la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale l'avait adopté.

M. le président. La parole est à Mme Véronique Guillotin, pour explication de vote.

Mme Véronique Guillotin. Je retire mon amendement, monsieur le président. Je pense en effet que le fait de laisser un maximum de souplesse aux CPTS est une bonne chose.

M. le président. L'amendement n° 376 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 697.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 587 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 524 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 490 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 209 rectifié *ter* et 590.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 599.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 714 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 229, présenté par MM. Houllégatte, Bérít-Débat et Joël Bigot, Mme Bonnefoy, M. Dagbert, Mme M. Filleul, MM. Jacquin et Madrelle et Mmes Préville et Tocqueville, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 10

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le projet territorial de santé comporte un volet relatif à l'organisation du territoire en termes de formation.

La parole est à M. Claude Bérít-Débat.

M. Claude Bérít-Débat. Compte tenu du débat qui vient de se dérouler, je ne me fais aucune illusion sur le sort qui sera réservé à mon amendement ! *(Sourires.)*

Je propose tout simplement que les projets territoriaux de santé comportent systématiquement un volet portant sur la contribution des territoires aux formations des futurs praticiens.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. M. Bérít-Débat a raison de ne pas se faire d'illusions ! *(Nouveaux sourires.)* La commission est en effet défavorable à l'amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 229.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 306, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 10

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Ce projet doit inclure des mesures pour l'accueil et le soutien à l'installation de nouveaux professionnels de santé.

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Il est défendu.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Je vous demande, ma chère collègue, de bien vouloir retirer votre amendement ; à défaut, j'y serai défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. Madame Cohen, l'amendement n° 306 est-il maintenu ?

Mme Laurence Cohen. Oui, je le maintiens.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 306.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 516, présenté par MM. Tissot et Antiste, Mme Artigalas, MM. M. Bourquin et Duran, Mme Ghali, MM. P. Joly, Manable, Marie et Montaugé, Mmes Perol-Dumont et Taillé-Polian et MM. Tourenne, Vallini et Vaugrenard, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 10

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le conseil territorial de santé veille à l'articulation du projet territorial de santé avec les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie définis au 4° de l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles.

La parole est à M. Maurice Antiste.

M. Maurice Antiste. Cet amendement, dont l'Union nationale interfédérale des organismes privés sanitaires et sociaux, l'Uniopss, est à l'origine, tend à articuler les projets territoriaux de santé avec les schémas départementaux des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Le projet territorial de santé est un outil de mise en cohérence de l'ensemble des projets des acteurs – que ce soient les projets des établissements de santé et médico-sociaux, des CPTS ou les projets médicaux partagés des groupements hospitaliers de territoire, les GHT – et d'organisation des coopérations sur le territoire.

Cette mise en cohérence doit être étendue aux schémas départementaux médico-sociaux ou aux schémas relatifs aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap. Le conseil territorial de santé est composé de représentants des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie, ce qui permet de veiller à l'articulation du PTS avec les schémas départementaux relatifs aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap.

M. le président. Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 227 rectifié est présenté par Mmes Delmont-Koropoulis et Bonfanti-Dossat, M. Brisson, Mmes Deromedi et Gruny et MM. Mandelli, Piednoir, Bouloux, Pointereau et Laménie.

L'amendement n° 307 est présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'alinéa 11

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le conseil territorial de santé veille à l'articulation du projet territorial de santé avec les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie définis au 4° de l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles.

La parole est à Mme Annie Delmont-Koropoulis, pour présenter l'amendement n° 227 rectifié.

Mme Annie Delmont-Koropoulis. Défendu !

M. le président. La parole est à Mme Cathy Apourceau-Poly, pour présenter l'amendement n° 307.

Mme Cathy Apourceau-Poly. Nous proposons d'articuler les projets territoriaux de santé avec les schémas départementaux des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Il nous semble en effet cohérent d'avoir une politique territoriale de santé qui tienne compte des diverses questions relatives à la politique départementale en matière d'accompagnement à domicile, de soutien aux aidants, de mobilité et d'accès au droit.

M. le président. L'amendement n° 621 rectifié, présenté par Mmes Rossignol et Lepage, M. P. Joly, Mme Jasmin, MM. Iacovelli et Daudigny, Mme Conconne, MM. Manable, M. Bourquin, Tourenne et Temal, Mmes Monier et Blondin, MM. Mazuir et Marie et Mme Grelet-Certenais, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 12

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le conseil territorial de santé veille à l'articulation du projet territorial de santé avec les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie définis au 4° de l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles. » ;

La parole est à Mme Laurence Rossignol.

Mme Laurence Rossignol. Défendu !

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Il ne paraît pas utile de préciser que le conseil territorial de santé donnera un avis sur le PTS et en assurera l'évaluation. Il est normal qu'il s'assure de sa bonne articulation avec les autres orientations fixées, comme en matière de handicap au travers des schémas départementaux.

La commission demande donc le retrait de ces amendements ; sinon, l'avis sera défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. Monsieur Antiste, l'amendement n° 516 est-il maintenu ?

M. Maurice Antiste. Oui, je le maintiens, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 516.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Madame Delmont-Koropoulis, l'amendement n° 227 rectifié est-il maintenu ?

Mme Annie Delmont-Koropoulis. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 227 rectifié est retiré.

Madame Apourceau-Poly, l'amendement n° 307 est-il maintenu ?

Mme Cathy Apourceau-Poly. Je le maintiens, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 307.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Madame Rossignol, l'amendement n° 621 rectifié est-il maintenu ?

Mme Laurence Rossignol. Oui, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 621 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 768 rectifié, présenté par M. Savin, Mme L. Darcos, MM. Brisson et Kern, Mme Eustache-Brinio, MM. Henno, Piednoir, Guerriau et Laugier, Mme Deromedi, MM. D. Laurent et Paccaud, Mme Duranton, M. Vaspert, Mmes Ramond, M. Mercier, Lassarade, Bruguière et Raimond-Pavero, MM. Sol, Dufaut et B. Fournier, Mme Noël, M. Moga, Mme Gruny, MM. Houpert et Bouloux, Mme Billon, M. Malhuret, Mme Vullien, MM. Decool et de Nicolaÿ, Mme Férat, M. Chasseing, Mme Gatel, M. Karoutchi, Mme Lamure, MM. Bonhomme, Laménie, Mandelli, Sido et Bouchet, Mme de la Provôté et MM. Gremillet, Darnaud et Genest, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 10

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le projet territorial de santé comprend un volet relatif à la pratique d'activités physiques adaptées dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée mentionnée à l'article L. 1172-1. Il organise la coordination des intervenants et la cohérence dans le parcours de soins.

La parole est à M. Michel Savin.

M. Michel Savin. Défendu !

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 768 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 388, présenté par MM. Lozach, P. Joly et Delcros, est ainsi libellé :

Alinéa 11

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

L'agence régionale de santé porte et accompagne le déploiement, à l'échelle du territoire, du projet de santé approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé.

La parole est à M. Jean-Jacques Lozach.

M. Jean-Jacques Lozach. Les agences régionales de santé doivent être des facilitateurs en termes de projets de santé, mais rien ne prévoit qu'elles auront à assurer ce rôle.

Cet amendement vise à renforcer cette mission d'accompagnement et à faire des ARS des porteurs de projets au service des territoires. En introduisant une précision supplémentaire et en formalisant une mission qui, aujourd'hui, ne figure pas dans les textes, le présent amendement tend à densifier les relations entre les ARS et les collectivités territoriales au travers du suivi du projet de santé.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Je suis d'accord avec l'idée selon laquelle l'ARS doit jouer un rôle de facilitateur des initiatives locales.

Cependant, la rédaction de l'amendement est telle que les ARS outrepasseraient ce rôle en devenant aussi des porteurs de projets. De plus, l'amendement va trop loin en rétablissant le principe d'une approbation formelle des projets, pourtant supprimé par la commission.

Cette dernière a par ailleurs prévu la possibilité de contractualiser avec l'ARS sur la base du PTS pour soutenir les démarches les plus matures.

Je vous demande donc, mon cher collègue, de bien vouloir retirer votre amendement ; à défaut, j'y serai défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. Monsieur Lozach, l'amendement n° 388 est-il maintenu ?

M. Jean-Jacques Lozach. Oui, je le maintiens, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 388.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 170 rectifié *ter*, présenté par Mmes M. Filleul et Lepage, MM. Lurel, Manable, Antiste, Mazuir et Marie, Mme Tocqueville, MM. Montaugé, Duran et Tissot, Mme Blondin, M. Fichet, Mme Guillemot, MM. Tourenne, Leconte et Temal et Mmes Monier et Grelet-Certenais, est ainsi libellé :

Alinéa 11

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

En l'absence d'initiative des professionnels dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la loi n° ... du ... relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé saisit les conseils territoriaux de santé pour que l'ensemble du territoire de la région bénéficie d'un projet territorial de santé.

La parole est à Mme Martine Filleul.

Mme Martine Filleul. Le projet territorial de santé coordonne le travail de tous les acteurs présents sur un territoire, en veillant à ce qu'il n'y ait pas de zones blanches, de territoires ou de sujets non couverts.

En soi, l'objectif est louable, mais il comporte, à nos yeux, une faille : en effet, les projets territoriaux de santé sont laissés à l'initiative des acteurs de terrain, comme cela a été souligné à de nombreuses reprises. Or on peut craindre l'absence d'initiatives des acteurs dans les zones sous-denses, ce qui serait un préjudice supplémentaire pour des territoires déjà fragilisés.

Dans ce type de situations, nous considérons que l'État, en l'occurrence l'ARS, doit être le garant de l'existence et de la mise en place de ces projets territoriaux de santé. C'est pourquoi nous proposons, en cas de carence, d'offrir la possibilité au directeur général de l'ARS de saisir le conseil territorial de santé afin d'élaborer un projet sur le territoire concerné.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Je dois rappeler à notre collègue qu'en 2016, sous un précédent gouvernement, pour les CPTS, il avait paru préférable de laisser les acteurs de terrain se saisir de l'outil que constitue le projet territorial de santé, sans intervention de l'ARS. Je souhaite qu'il en soit de même pour les PTS.

Avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 170 rectifié *ter*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 517, présenté par MM. Tissot et Antiste, Mme Artigalas, MM. M. Bourquin et Duran, Mme Ghali, MM. P. Joly, Manable, Marie et Montaugé, Mme Taillé-Polian et MM. Tourenne, Vallini et Vaugrenard, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 11

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le projet territorial de santé a pour durée celle du diagnostic territorial partagé auquel il est rattaché.

La parole est à M. Maurice Antiste.

M. Maurice Antiste. Cet amendement, dont France Assos Santé est à l'origine, a pour objet d'attribuer au PTS une durée équivalente à celle du diagnostic territorial partagé auquel il est rattaché. Cette temporalité est nécessaire à la mise en mode projet de tous les acteurs qui y participent.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Le présent amendement pose problème, car la loi ne fixe pas la durée du diagnostic territorial. Il n'y a donc pas lieu de prévoir explicitement un alignement des durées entre les diagnostics et les PTS. Encore une fois, laissons de la souplesse pour que les acteurs puissent dans un premier temps se saisir de l'outil sans trop de carcans.

C'est donc une demande de retrait ; sinon, avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. Monsieur Antiste, l'amendement n° 517 est-il maintenu ?

M. Maurice Antiste. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 517 est retiré.

L'amendement n° 272, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 12

Compléter cet alinéa par les mots :

et les résultats des évaluations sont présentés à la conférence régionale de santé

II. – Compléter cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

« Dans chaque région, le directeur général de l'agence régionale de santé présente devant la conférence régionale de santé, au moins une fois par an et en tant que de

besoin, le bilan de la mise en œuvre du projet régional de santé au cours de l'année écoulée ainsi que ses orientations pour l'année à venir, notamment sur l'accès aux soins et l'évolution de l'offre en santé.

« Cette présentation donne lieu à débat. »

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Il est indispensable que le fruit des évaluations de chaque conseil territorial de santé soit présenté au niveau régional, de même qu'il nous paraît indispensable que la mise en œuvre du projet régional de santé puisse être évaluée annuellement et faire l'objet d'un débat. Ce qui se fait dans nos collectivités au travers du débat d'orientation budgétaire doit également pouvoir être organisé dans le secteur de la santé.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. La définition des missions de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, la CRSA, lui permet déjà de se saisir de toute question portant sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé dans la région et dans les territoires.

En outre, elle comprend en son sein des représentants des conseils territoriaux de santé, qui pourront faire devant elle le bilan de la mise en œuvre des PTS.

Votre amendement me paraît donc satisfait, madame Cohen. C'est pourquoi je vous demande de bien vouloir le retirer, faute de quoi j'y serai défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. Madame Cohen, l'amendement n° 272 est-il maintenu ?

Mme Laurence Cohen. J'ai peut-être été un peu distraite à ce moment-là mais, d'après ce que j'ai entendu, monsieur le rapporteur, la définition des missions de la CRSA lui « permet » de se saisir de ces questions. Il s'agit donc d'une simple possibilité et non d'une obligation. Est-ce bien cela ?

M. Alain Milon, rapporteur. Oui, tout à fait !

Mme Laurence Cohen. Dans ce cas, il n'y a pas d'étourderie de ma part : je maintiens mon amendement, car, ce que nous voulons, c'est que les évaluations soient rendues obligatoires.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 272.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 622 rectifié, présenté par Mmes Rossignol et Lepage, M. P. Joly, Mme Jasmin, MM. Iacovelli et Daudigny, Mme Conconne, MM. Manable, M. Bourquin, Tourenne et Temal, Mmes Monier et Blondin, MM. Mazuir et Marie et Mme Grelet-Certenais, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 12

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le conseil territorial de santé veille à l'articulation du projet territorial de santé avec les plans interministériels de lutte contre les violences faites aux femmes et faites aux enfants. » ;

La parole est à Mme Laurence Rossignol.

Mme Laurence Rossignol. Plutôt que d'attendre que M. le rapporteur ou Mme la ministre me demande de les retirer, je prends les devants en retirant les amendements n°622 rectifié et 623 rectifié, dont j'ai déjà exposé l'objet plusieurs fois.

M. le président. L'amendement n° 622 rectifié est retiré.

L'amendement n° 623 rectifié, présenté par Mmes Rossignol et Lepage, M. P. Joly, Mme Jasmin, MM. Iacovelli et Daudigny, Mme Conconne, MM. Manable, M. Bourquin, Tourenne et Temal, Mmes Monier et Blondin, M. Mazuir et Mme Grelet-Certenais, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 12

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le conseil territorial de santé veille à l'articulation du projet territorial de santé avec les besoins locaux en termes d'accès aux droits sexuels et reproductifs, dont l'interruption volontaire de grossesse. » ;

Cet amendement a été retiré.

Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 73 rectifié *bis* est présenté par Mmes Micouveau et Bonfanti-Dossat, MM. Brisson, Chatillon, Cuypers et Danesi, Mme Estrosi Sassone, MM. Gremillet, Guerriau et Laménie, Mme Lamure, M. Lefèvre, Mme Lherbier et MM. Meurant, Morisset, Perrin, Raison et Sido.

L'amendement n° 161 rectifié *bis* est présenté par M. Dériot, Mme Imbert, M. Milon, Mme Puissat, M. Gilles, Mmes Deromedi et Lassarade, MM. Bonhomme, Revet, Savary, Mouiller, Mandelli et Poniatowski, Mme Deseyne, MM. B. Fournier, Charon et Bouloux et Mme Deroche.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'alinéa 14

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Au deuxième alinéa, après la référence : « L. 1411-12 », sont insérés les mots : « , de biologistes médicaux mentionnés à l'article L. 6213-1 ».

La parole est à Mme Brigitte Micouveau, pour présenter l'amendement n° 73 rectifié *bis*.

Mme Brigitte Micouveau. Le présent amendement vise à intégrer les biologistes médicaux dans la liste des professionnels de santé exerçant en ville, qui ont la capacité juridique de créer une communauté professionnelle territoriale de santé.

Pour les biologistes, le fait d'avoir la qualité de professionnels de santé ne suffit pas pour leur permettre de créer des CPTS. Leur reconnaître la faculté de créer ces communautés serait légitime, car ils ont une grande expérience en termes de coopération avec les établissements de soins, les médecins et les infirmiers.

En outre, en particulier en milieu rural, les biologistes pourraient être mis à contribution pour soutenir et structurer les CPTS, dont ils pourraient même constituer l'ossature. Ils sont en effet habitués à fédérer des activités locales de taille moyenne.

M. le président. La parole est à M. Gérard Dériot, pour présenter l'amendement n° 161 rectifié *bis*.

M. Gérard Dériot. Mon amendement est strictement identique : l'essentiel serait de pouvoir préciser que les biologistes font partie des professionnels de santé aptes à créer des CPTS.

Actuellement, dans cette liste de professionnels, on trouve bien sûr les professions médicales, les médecins généralistes ou les spécialistes de proximité. C'est très bien, d'autant que l'on peut considérer que cette rédaction englobe les médecins biologistes.

Je vous rappelle cependant qu'environ 75 % des laboratoires de biologie médicale sont aujourd'hui détenus par des pharmaciens biologistes. Alors, le choix de ne faire référence qu'aux seules « professions de santé », même si le code de la santé publique précise que cette appellation inclut les « professions de la pharmacie », me paraît sujet à caution.

Il me semblerait quand même plus agréable pour ces professions et plus sécurisant d'intégrer les biologistes médicaux, voire les médecins ou les pharmaciens biologistes, parmi les professionnels de santé pouvant créer des CPTS.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. La loi donne des CPTS une définition large et souple : celles-ci regroupent ainsi des acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours. Une telle définition permet évidemment de viser les biologistes, y compris les pharmaciens biologistes.

Aux yeux de la commission, ces amendements sont donc satisfaisants. Je vous demande, mes chers collègues, de bien vouloir retirer vos amendements ; à défaut, j'émets un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. le président. La parole est à M. Gérard Dériot, pour explication de vote.

M. Gérard Dériot. Madame la ministre, je me permets d'insister.

On a l'habitude des précisions de ce type, qui paraissent claires sur le moment ; seulement, par la suite, on rencontre toujours des difficultés à véritablement appliquer les dispositions. C'est pourquoi je suggère qu'il soit fait explicitement mention des biologistes médicaux, voire des médecins ou pharmaciens biologistes.

M. le président. La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Selon l'article L. 1434-12 du code de la santé publique, une CPTS « est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours ».

M. Gérard Dériot. Et les biologistes ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. La notion de professionnels de santé de premier ou deuxième recours englobe forcément les biologistes. Moins on va dans le détail, plus on est inclusif.

M. le président. Monsieur Dériot, l'amendement n° 161 rectifié *bis* est-il maintenu ?

M. Gérard Dériot. Compte tenu de ces explications, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 161 rectifié *bis* est retiré.

Madame Micouveau, l'amendement n° 73 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Brigitte Micouveau. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 73 rectifié *bis* est retiré.

8

MODIFICATION DE L'ORDRE DU JOUR

M. le président. Par lettre en date du mardi 4 juin 2019, M. Jean-Claude Requier, président du groupe du RDSE, a demandé le retrait de la proposition de loi relative à l'accès effectif et direct des petites et moyennes entreprises à la commande publique inscrite à l'ordre du jour de l'espace réservé à son groupe du jeudi 13 juin 2019.

Acte est donné de cette demande.

Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux; nous les reprendrons à vingt et une heures trente.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à vingt heures, est reprise à vingt et une heures trente, sous la présidence de Mme Catherine Troendlé.)

PRÉSIDENTE DE MME CATHERINE TROENDLÉ vice-présidente

Mme la présidente. La séance est reprise.

9

ORGANISATION ET TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Suite de la discussion en procédure accélérée d'un projet de loi dans le texte de la commission

Mme la présidente. Nous reprenons 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.

Dans la discussion du texte de la commission, nous poursuivons l'examen de l'article 7.

Article 7 (suite)

Mme la présidente. L'amendement n° 414 rectifié *bis*, présenté par M. Antiste, Mmes Jasmin et G. Jourda, M. Duran et Mme Artigalas, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 14

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Au deuxième alinéa, après les mots : « et sociaux », sont insérés les mots : « au premier rang desquels les centres et services mentionnés au 2°, 3°, 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles » ;

La parole est à M. Maurice Antiste.

M. Maurice Antiste. Le présent article vise à mettre en valeur dans la constitution des communautés professionnelles territoriales de santé, ou CPTS, les intervenants de premier

recours que sont les acteurs du domicile ou les structures ambulatoires intervenant dans le champ de l'enfance en situation de handicap.

Outre les deux catégories de structures permettant de lier les professionnels de santé libéraux avec des structures d'intervention précoce, sont donc visés par cet amendement les services d'aide et d'accompagnement à domicile – Saad –, les services de soins infirmiers à domicile – Ssiad – et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile – Spasad – pour personnes âgées et personnes en situation de handicap.

Sont également visés les services nécessitant une orientation de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, tels que les services d'éducation spéciale dans le champ de l'enfance, les services d'accompagnement à la vie sociale et les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

Si l'ensemble des établissements et services médico-sociaux sont ciblés par le projet de loi actuel, il semble important, dans le cadre de la promotion d'une société plus inclusive pour les personnes fragiles ou non encore diagnostiquées dans le champ de l'enfance en situation de handicap, de mieux faire coopérer les professionnels de santé du premier recours avec les structures de ville ou les services intervenant au domicile de ces personnes, afin de renforcer le soin de premier recours et de mieux positionner les interventions des services à domicile ou d'accompagnement spécialisé sur des missions de prévention.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales, rapporteur. Le code de la santé publique donne une définition large de la CPTS, qui peut réunir des professionnels, mais aussi « des acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé ». Les intervenants du champ de l'enfance et du handicap visés par le présent amendement sont déjà inclus. Celui-ci est donc satisfait et j'en demande le retrait. À défaut, l'avis sera défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Même avis.

Mme la présidente. Monsieur Antiste, l'amendement n° 414 rectifié *bis* est-il maintenu ?

M. Maurice Antiste. Ayant reçu l'assurance que celui-ci est satisfait, je m'incline, madame la présidente, et je le retire.

Mme la présidente. L'amendement n° 414 rectifié *bis* est retiré.

L'amendement n° 387, présenté par MM. Lozach, Delcros et P. Joly, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 14

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elle peut se doter d'un coordinateur auquel elle reconnaît un statut professionnel qui lui permette, conformément aux missions qui lui sont dévolues, de piloter et de coordonner l'action de la communauté professionnelle territoriale de santé avec celle d'autres acteurs du territoire. » ;

La parole est à M. Jean-Jacques Lozach.

M. Jean-Jacques Lozach. Le présent amendement se fonde sur une demande émanant des personnels de santé. À l'heure actuelle, dans les CPTS comme dans les maisons de santé, les personnes chargées de la coordination n'ont pas de statut professionnel et leur emploi n'est pas sécurisé. En créant ce statut, la CPTS se dote d'une personne spécialisée pour coordonner tous les professionnels de santé du territoire. Cela permet une plus grande stabilité et le recrutement de personnes compétentes, disposant de moyens d'actions pour piloter des projets, notamment des projets de long terme.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. La raison d'être d'une CPTS est d'assurer la coordination entre plusieurs intervenants.

Comme l'ont montré nos collègues Catherine Deroche, Véronique Guillotin et Yves Daudigny dans le premier bilan qu'ils ont dressé de l'activité de ces structures, un seul coordinateur n'est souvent pas suffisant. Certaines CPTS matures en comptent plusieurs, de profils très différents. Il ne paraît pas utile de figer les choses dans la loi.

Actuellement, ces postes sont financés par le biais du fonds d'intervention régional, le FIR, dans certaines agences régionales de santé, ou ARS, selon des modalités certes inégales. Nous attendons les résultats de la négociation conventionnelle engagée par le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie pour pérenniser ces financements et sécuriser les missions de coordinateurs.

Cette avancée permettra, la commission l'espère, de satisfaire les attentes sous-jacentes à cet amendement, dont elle demande le retrait. Sinon, ce sera un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 387.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

Les deux premiers sont identiques.

L'amendement n° 131 rectifié est présenté par M. Sol, Mmes Eustache-Brinio et Deroche, MM. Calvet, Guerriau, 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, Piednoir, Chasseing et Bouloux, Mme A.M. Bertrand, M. Charon et Mme Lamure.

L'amendement n° 647 rectifié *bis* est présenté par Mme Guillotin, MM. Arnell, Artano, A. Bertrand, Cabanel, Castelli et Corbisez, Mmes Costes et N. Delattre, M. Gabouty, Mme Jouve et MM. Léonhardt, Requier et Vall.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 15

Rétablir le aa dans la rédaction suivante :

aa) Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elle peut également comprendre un ou plusieurs établissements de santé qui lui sont associés. » ;

La parole est à M. Jean Sol, pour présenter l'amendement n° 131 rectifié.

M. Jean Sol. Afin de permettre une meilleure intégration des établissements publics de santé dans les projets territoriaux de santé, dits PTS, cet amendement tend à inscrire, dans le code de la santé publique, la possibilité pour les établissements de santé de participer aux communautés professionnelles territoriales de santé. Cette association se fera sur l'initiative de la CPTS, si elle le souhaite.

Mme la présidente. La parole est à Mme Véronique Guillotin, pour présenter l'amendement n° 647 rectifié *bis*.

Mme Véronique Guillotin. Cet amendement est défendu.

Mme la présidente. L'amendement n° 505 rectifié *bis*, présenté par MM. Chasseing, Decool, Fouché, Guerriau, Lagourgue, Malhuret et A. Marc, Mme Mélot, MM. Menonville et Wattebled, Mmes Deromedi et Noël et MM. Bouloux, Nougein, Mandelli, Laménie et Bonhomme, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 15

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les présidents des commissions médicales d'établissement pour les établissements de santé publics, et des conférences médicales d'établissements pour les établissements de santé privés, sont consultés et sont membres invités de ces communautés professionnelles territoriales de santé. » ;

La parole est à M. Daniel Chasseing.

M. Daniel Chasseing. Cet amendement est défendu.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Rien n'empêche des CPTS, qui comprennent des acteurs du premier et du deuxième recours, de s'ouvrir à des établissements de santé et certaines le font déjà, pour travailler sur l'articulation ville-hôpital. Par ailleurs, le PTS créé par le projet de loi aura précisément pour vocation de favoriser le dialogue entre CPTS et hôpital. Les amendements identiques n° 131 rectifié et 647 rectifié *bis* paraissent ainsi satisfaits.

Quant à l'amendement n° 505 rectifié *bis*, son adoption viendrait figer une organisation plus lourde, alors que l'outil doit garder de la souplesse.

La commission demande donc le retrait de ces trois amendements. À défaut, l'avis sera défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

Mme la présidente. Monsieur Sol, l'amendement n° 131 rectifié est-il maintenu ?

M. Jean Sol. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 131 rectifié est retiré.

Madame Guillotin, l'amendement n° 647 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Véronique Guillotin. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 647 rectifié *bis* est retiré.

Monsieur Chasseing, l'amendement n° 505 rectifié *bis* est-il maintenu ?

M. Daniel Chasseing. Je le retire également, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 505 rectifié *bis* est retiré.

L'amendement n° 800, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 16

Supprimer cet alinéa.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Milon, rapporteur. Il s'agit d'un amendement de coordination.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 800.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 194 rectifié, présenté par Mmes Delmont-Koropoulis, Deromedi et Gruny et MM. Mandelli, Piednoir et Laménie, est ainsi libellé :

Alinéa 17

Supprimer cet alinéa.

La parole est à Mme Annie Delmont-Koropoulis.

Mme Annie Delmont-Koropoulis. Il ne paraît pas acceptable que les professionnels de santé et médico-sociaux ne soient pas libres de déterminer le périmètre de leur CPTS, ni que leur projet de santé soit soumis à approbation. Soumettre à approbation administrative une organisation de soins ambulatoires démontre une volonté d'hyperadministration, peu cohérente avec d'autres dispositions de ce projet de loi.

Pour que notre système de santé se porte mieux et que le maillage territorial puisse s'opérer dans de bonnes conditions pour les professionnels de santé, il est essentiel de faire confiance aux acteurs de terrain. Ces derniers travaillent déjà ensemble sur leur capacité à se regrouper à une échelle pertinente et à proposer des projets cohérents avec les projets territoriaux de santé.

Cet amendement a donc pour objet de supprimer la surcote administrative prévue à l'alinéa 17 de l'article 7, afin de renforcer la confiance accordée aux acteurs de terrain : ils sont les plus à même d'apporter des solutions organisationnelles pérennes pour améliorer l'accès aux soins.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. L'Assemblée nationale a préféré le principe selon lequel « silence vaut acceptation » à une procédure d'approbation formelle par les ARS des projets de santé des CPTS. La commission des affaires sociales ayant jugé cet équilibre satisfaisant, elle demande le retrait de cet amendement ; sinon, avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. La politique que je mène repose sur une confiance retrouvée avec les acteurs de terrain. C'est vraiment l'objet du présent texte ; nous ne voulons pas d'une réforme administrative, venant d'en haut et obligeant les professionnels.

Les CPTS, clairement, sont et doivent demeurer un outil à la main des acteurs. J'ai même apporté mon soutien, à l'Assemblée nationale, à un amendement provenant de

votre groupe, madame la sénatrice Delmont-Koropoulis, qui visait à transformer la procédure de validation en approbation implicite, sauf opposition de l'ARS.

Une telle rédaction me semble marquer plus clairement l'esprit de confiance et de souplesse que je souhaite insuffler dans ce projet de loi.

Au-delà, il ne me semble pas souhaitable de supprimer totalement le droit de regard de l'ARS sur le projet de santé des CPTS.

Deux exemples pour l'illustrer : d'une part, on a vu des volontés de création de CPTS catégorielles, regroupant uniquement des infirmières libérales, et l'ARS doit pouvoir s'opposer à ce type de projets, non conformes à l'objet des CPTS ; d'autre part, il faut pouvoir éviter que deux ou trois CPTS se créent sur un même bassin de vie et entrent, de fait, en compétition.

C'est cette préoccupation de lutter contre tout ce qui pourrait faire dévier l'esprit du texte qui explique notre souhait de maintenir un droit de regard des ARS. Mais le dispositif ne doit pas être plus contraignant que cela, d'où notre soutien à l'amendement adopté à l'Assemblée nationale et la rédaction qui en est issue.

Avis défavorable.

Mme la présidente. La parole est à Mme Annie Delmont-Koropoulis, pour explication de vote.

Mme Annie Delmont-Koropoulis. Il est essentiel que l'ARS intervienne en accompagnement, plutôt qu'en supervision un peu trop rigide. Je retire mon amendement, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 194 rectifié est retiré.

L'amendement n° 561, 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, est ainsi libellé :

Alinéa 18

Rédiger ainsi cet alinéa :

c) Au dernier alinéa, après les mots : « initiative des professionnels, », sont insérés les mots : « sous un délai de trois ans à compter de la promulgation de la présente loi n° ... du ... relative à l'organisation et à la transformation du système de santé » ;

La parole est à M. Michel Amiel.

M. Michel Amiel. La discussion qui vient d'avoir lieu entre Mme la ministre et Mme Annie Delmont-Koropoulis me pousse à retirer cet amendement. Mais, auparavant, je tiens à fournir une brève explication.

Effectivement, il faut faire confiance aux professionnels de terrain pour structurer les CPTS. Toutefois, compte tenu du temps médical passé, ma crainte était la suivante : les professionnels de santé auront-ils le temps de monter ces structures, qui leur confèrent une responsabilité supplémentaire, à savoir la responsabilité populationnelle ? C'est avec cette préoccupation en tête que j'avais déposé le présent amendement, mais, bien entendu, il serait regrettable que l'ARS en vienne à faire peser une sorte de « chape administrative ».

Faisons confiance aux professionnels de santé ; je retire mon amendement, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 561 est retiré.

L'amendement n° 660 rectifié *bis*, présenté par Mme Guillotin, MM. Arnell, Artano, A. Bertrand et Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Castelli, Collin et Corbisez, Mme N. Delattre, M. Gabouty, Mme Jouve et MM. Requier et Vall, est ainsi libellé :

Alinéa 20

Après les mots :

primaires,

insérer les mots :

des projets de santé des équipes de soins spécialisés,

La parole est à Mme Véronique Guillotin.

Mme Véronique Guillotin. Répondre aux besoins identifiés dans le cadre des diagnostics territoriaux est une responsabilité incombant à l'ensemble des acteurs sur le territoire, que ce soient les équipes de soins primaires ou les équipes de soins spécialisés et, au-delà, les CPTS.

Si l'on ambitionne de favoriser le développement d'un exercice coordonné, la responsabilité de ce diagnostic doit être étendue aux équipes de soins spécialisés, qui jouent un rôle important, avec l'augmentation des maladies chroniques. Ces équipes, constituées autour de médecins spécialistes d'une ou plusieurs branches, sont en mesure d'apporter des compétences nécessaires pour une réponse adaptée aux besoins des diagnostics.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. La précision est utile dès lors que nous avons accepté la création de ces équipes de soins spécialisés. Avis favorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Sagesse.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 660 rectifié *bis*.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 410 rectifié, présenté par Mme Jasmin, MM. Lurel et Antiste et Mmes Monier et Conconne, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 20

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° L'article L. 1434-13 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Dans les collectivités régies par l'article 73 de la Constitution, les contrats territoriaux de santé peuvent porter sur les modes de financements des établissements concernés et sur la révision des coefficients géographiques. » ;

La parole est à Mme Victoire Jasmin.

Mme Victoire Jasmin. Cet amendement vise à permettre aux ARS des départements d'outre-mer, pour les contrats territoriaux de santé prévus à l'alinéa 20 de l'article 7, de revoir, avec l'accord de tous les partenaires, des modalités de financements plus adaptées aux spécificités de ces territoires.

Dans le prolongement des préconisations du rapport de Jean-Marc Aubert sur le financement du système de soins dans les départements d'outre-mer, cet amendement vise à proposer de nouveaux modes de financement pour les

groupements hospitaliers de territoire, ou GHT, d'outre-mer, plus proches de la réalité de ces établissements et fondés sur une contractualisation entre les différents partenaires de chaque territoire.

En effet, les établissements de santé des outre-mer connaissent, dans leur majorité, des difficultés financières que les pouvoirs publics pallient depuis de nombreuses années, sans revoir les modes de financement et les coûts induits par l'éloignement.

Ainsi, les coefficients géographiques appliqués aux tarifs en outre-mer et les coûts des évacuations sanitaires sont souvent sous-estimés et doivent, de l'avis de tous, être révisés, tant leurs calculs sont peu transparents et, donc, inadaptés aux enjeux de chaque département ultramarin.

Des difficultés de mobilité et la mise aux normes de ces établissements sont autant de problématiques qui impactent lourdement leurs trésoreries déjà fragiles.

Il s'agit par cet amendement de permettre, en accord avec les ARS et dans le cadre des contrats territoriaux de santé, que l'on définisse, au mieux, des modes de financement adaptés aux spécificités de chacun des territoires d'outre-mer.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement tend à répondre à des enjeux importants, comme la commission des affaires sociales a pu le constater lors de ses déplacements en outre-mer, en 2016 à La Réunion, puis en 2018 en Guadeloupe.

Toutefois, la commission ne pense pas que ce soit le rôle des contrats territoriaux de santé que de prévoir des modalités de financement dérogoratoires de l'hôpital dans les outre-mer. Ces contrats sont en effet conclus sur la base des projets des CPTS ou des futurs PTS.

La commission demande donc le retrait de cet amendement ; sinon, l'avis sera défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Vous souhaitez m'alerter sur la question des financements, madame la sénatrice.

Comme vous le savez, avec ce projet de loi et le plan Ma santé 2022, nous avons débuté une réforme du financement du système de santé, dont le pilotage a été confié à Jean-Marc Aubert. Une mission a eu lieu, un rapport m'a été remis et une concertation est en cours. Dans le cadre de cette mission, un regard spécifique a été porté sur le financement des établissements d'outre-mer.

Il me semble que cet article ni même ce projet de loi ne sont pas le bon cadre pour établir ce type de propositions.

Le travail que nous menons sur les modes de financement se fait au niveau national et je préfère que nous travaillions ainsi : sur l'ensemble du modèle économique des établissements de santé et dans le cadre approprié, actuellement en cours de concertation.

Avis défavorable, donc.

Mme la présidente. Madame Jasmin, l'amendement n° 410 rectifié est-il maintenu ?

Mme Victoire Jasmin. Je souhaite le maintenir, pour le principe, madame la présidente.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 410 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 98 rectifié, présenté par Mmes Estrosi Sassone, Eustache-Brinio et Chain-Larché, MM. Savary, Daubresse et Calvet, Mme Dumas, MM. Lefèvre, Dufaut, Chatillon, Danesi et Bazin, Mmes Deromedi et Garriaud-Maylam, MM. Panunzi, Savin et Revet, Mme L. Darcos, MM. Darnaud, Genest et Morisset, Mme Morhet-Richaud, MM. Longuet et Ginesta, Mme Malet, MM. Perrin, Raison, Poniatowski, Karoutchi, Meurant et Mouiller, Mme Chauvin, MM. B. Fournier, Mandelli, Pierre, Sido, de Nicolaÿ, Cuypers, de Legge et Rapin, Mme Di Folco, MM. Guené et Bouloux, Mme Lamure et MM. Bonne, Laménie, J.M. Boyer, Duplomb et Gremillet, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 23

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

– Un arrêté du ministre chargé de la santé détermine une liste des délégations d'actes que les titulaires du diplôme d'État d'infirmier sont autorisés à pratiquer dans un service ou une unité d'accueil et de traitement des urgences.

La parole est à Mme Dominique Estrosi Sassone.

Mme Dominique Estrosi Sassone. La prise en charge et l'accueil dans les services d'urgence se sont considérablement dégradés au cours des dernières années au sein des établissements hospitaliers français, comme le dénonce la Cour des comptes dans son dernier rapport annuel.

Déjà synonymes d'angoisse, ces services se sont tristement illustrés par des faits divers, ayant malheureusement entraîné la mort de patients, ainsi que par des dérapages budgétaires.

Cet amendement traduit une recommandation de la Cour des comptes afin de résoudre, en partie, un des problèmes majeurs : le temps d'attente pour la prise en charge.

Autoriser les titulaires du diplôme d'État d'infirmier à pratiquer certains gestes essentiels pour soigner, pour soulager, permettrait de décharger le médecin de certaines tâches. Ce dernier pourrait ainsi se concentrer sur la réalisation du diagnostic, la consultation et d'autres types d'actes plus lourds qui nécessitent son attention.

Le décret permettra de consulter en amont l'ensemble des ordres concernés, afin de déterminer une liste acceptée par l'ensemble des professionnels de santé.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. L'objectif est partagé : il s'agit d'améliorer les conditions de prise en charge des patients et de libérer du temps médical en assurant des délégations d'actes vers les infirmiers.

Toutefois, ces possibilités sont déjà prévues : dans le cadre des infirmiers de pratique avancée ou encore des protocoles de coopération, dont nous souhaitons la montée en puissance. Les services d'urgence seraient en effet un domaine dans lequel de nouvelles formes de délégations d'actes pourraient se développer.

Les outils existant déjà, l'amendement est satisfait.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. La délégation de tâches est effectivement un des axes sur lesquels nous devons travailler, afin de « rendre » du temps médical partout : en réalité, ce que vous signalez pour les urgences, madame la sénatrice, les médecins généralistes ou spécialistes libéraux le vivent aussi.

Nous manquons de temps médical, et les urgences en pâtissent considérablement du fait d'un afflux massif de patients. Je rappelle, ainsi, que le nombre de passages aux urgences a doublé en vingt ans.

Des délégations de tâches sont d'ores et déjà pratiquées dans les services d'urgence : c'est le cas, par exemple, pour des actes de radiologie pouvant être prescrits, dans le cadre d'un protocole de coopération, par des infirmiers.

Par ailleurs, mesdames, messieurs les sénateurs, à l'article 19 *ter* de ce projet de loi, un cadre considérablement assoupli va vous être proposé pour accélérer et simplifier l'approbation de protocoles de coopération entre les professionnels.

Donc, cet amendement ne me semble pas avoir lieu d'être. Ces délégations sont déjà possibles et nous allons encore les favoriser avec le présent texte. Je propose donc un retrait ; à défaut, l'avis sera défavorable.

Mme la présidente. Madame Dominique Estrosi Sassone, l'amendement n° 98 rectifié est-il maintenu ?

Mme Dominique Estrosi Sassone. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 98 rectifié est retiré.

Je suis saisie de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 241 rectifié *bis*, présenté par MM. A. Marc, Chasseing et Luche, Mme Mélot et MM. Lagourgue, Guerriau et Decool, est ainsi libellé :

Alinéa 24

Supprimer cet alinéa.

La parole est à M. Daniel Chasseing.

M. Daniel Chasseing. Mon collègue Alain Marc, qui est à l'origine de cet amendement, ne souhaite pas que les professionnels de santé et médico-sociaux ne soient pas libres de déterminer le périmètre de leur communauté professionnelle territoriale de santé, ni que leur projet de santé soit soumis à approbation.

Mme la présidente. L'amendement n° 801, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 24

Remplacer le mot :

approuvé

par le mot :

validé

La parole est à M. le rapporteur, pour présenter cet amendement et donner l'avis de la commission sur l'amendement n° 241 rectifié *bis*.

M. Alain Milon, rapporteur. L'amendement n° 241 rectifié *bis* tend à supprimer l'alinéa 24 de l'article 7, alors que celui-ci concerne une disposition transitoire concernant les CPTS en fonctionnement. Avis défavorable.

Cela étant, on ne peut plus parler d'« approbation » du projet de santé par l'ARS, d'où mon amendement de coordination n° 801, dont l'adoption permettrait de lever toute ambiguïté.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. L'avis est défavorable sur l'amendement n° 241 rectifié *bis* et favorable sur l'amendement n° 801.

Mme la présidente. Monsieur Chasseing, l'amendement n° 241 rectifié *bis* est-il maintenu ?

M. Daniel Chasseing. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 241 rectifié *bis* est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 801.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de six amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 545 rectifié, présenté par Mme Doineau, MM. Vanlerenberghe et Henno, Mmes Dindar, C. Fournier, Guidez et les membres du groupe Union Centriste, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 28

Rédiger ainsi cet alinéa :

« *Art. L. 1434-15.* – Afin d'assurer une bonne coordination de l'action des collectivités territoriales et des agences régionales de santé, dans chaque département, les élus sont concertés sur l'organisation territoriale des soins au moins une fois par an par le directeur général ou le directeur de la délégation départementale de l'agence régionale de santé. Les élus peuvent demander à inscrire une question à l'ordre du jour. Ils peuvent, en outre, solliciter l'organisation d'une réunion spécifique lorsque les circonstances le justifient.

II. – Alinéa 30

Remplacer les mots :

présentation est réalisée

par les mots :

concertation des élus intervient

III. – Alinéa 31

Supprimer cet alinéa.

La parole est à Mme Élisabeth Doineau.

Mme Élisabeth Doineau. Le présent amendement prévoit que les élus seront concertés, au niveau départemental, sur l'organisation territoriale des soins, de façon à assurer la bonne coordination de l'action des collectivités territoriales et des agences régionales de santé. Il prévoit également la possibilité, pour les élus, d'entendre le directeur général de l'agence régionale de santé sur un point qu'ils souhaiteraient inscrire à l'ordre du jour.

En effet, une coordination entre les agences régionales de santé et les collectivités territoriales est déjà à l'œuvre au niveau régional, au sein des commissions de coordination des politiques publiques. Il s'agit, par cet amendement, de prévoir un mécanisme complémentaire au niveau départemental.

Mme la présidente. L'amendement n° 533 rectifié *ter*, présenté par MM. Chasseing, Bignon, Capus, Decool, Fouché, Guerriau, Lagourgue, Laufoaulu, Malhuret et A. Marc, Mme Mélot, MM. Menonville, Wattebled,

Bouloux, Moga, Gabouty, Bonhomme, Laménie et Mandelli, Mmes Deromedi et Noël et M. Gremillet, est ainsi libellé :

Alinéa 28

Rédiger ainsi cet alinéa :

« *Art. L. 1434-15.* – Dans chaque département est organisé au moins deux fois par an et en tant que de besoin, à l'initiative du directeur général ou du directeur de la délégation départementale de l'agence régionale de santé, un temps d'échanges avec les élus permettant notamment de débattre du projet régional de santé et de fixer des orientations pour les années à venir en particulier pour ce qui concerne l'accès aux soins et l'évolution de l'offre en santé.

La parole est à M. Daniel Chasseing.

M. Daniel Chasseing. Cet amendement est défendu.

Mme la présidente. L'amendement n° 541 rectifié *ter*, présenté par MM. Chasseing, Bignon, Capus, Decool, Fouché, Guerriau, Lagourgue, Laufoaulu, Malhuret et A. Marc, Mme Mélot, MM. Menonville, Wattebled, Bouloux, Moga, Gabouty, Bonhomme, Laménie et Mandelli, Mmes Deromedi et Noël et M. Gremillet, est ainsi libellé :

Alinéa 28

Rédiger ainsi cet alinéa :

« *Art. L. 1434-15.* – Dans chaque département est organisé au moins une fois par an, à l'initiative du directeur général ou du directeur de la délégation départementale de l'agence régionale de santé, un temps d'échanges avec les élus permettant notamment de débattre du projet régional de santé et de fixer des orientations pour les années à venir en particulier pour ce qui concerne l'accès aux soins et l'évolution de l'offre en santé.

La parole est à M. Daniel Chasseing.

M. Daniel Chasseing. Cet amendement est également défendu.

Mme la présidente. L'amendement n° 699, présenté par Mme M. Filleul, M. Kanner, Mme Féret, MM. Jomier et Daudigny, Mmes Grelet-Certenais, Jasmin, Rossignol, Meunier, Van Heghe et Lubin, M. Tourenne, Mme Harribey, MM. Lurel, Joël Bigot et Bérít-Débat, Mmes Blondin et Bonnefoy, MM. Botrel et M. Bourquin, Mme Conconne, MM. Duran et Fichet, Mme Ghali, MM. Houllégatte et Jacquin, Mme G. Jourda, MM. Kerrouche et Lalande, Mmes Lepage et Monier, M. Montaugé, Mmes Perol-Dumont, Prévillé et S. Robert, M. Sueur, Mme Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés, est ainsi libellé :

Alinéa 28

Après les mots :

en tant que de besoin,

insérer les mots :

le bilan des données dont elle dispose relatives à l'état de santé de la population du territoire concerné et son évolution au cours de l'année écoulée, et

La parole est à Mme Martine Filleul.

Mme Martine Filleul. L'information sur l'état de santé d'une population et les nombreux facteurs qui le déterminent – environnements, professionnels de santé, établissements et services de soins et d'accompagnement, etc. – est indispensable dans une perspective d'aide à la décision, d'ingénierie et de mise en place de politiques publiques.

Malheureusement, ces données ne sont pas toujours accessibles aux décideurs publics et élus, alors même qu'elles permettraient de mettre en lumière certaines problématiques. C'est notamment le cas dans certains territoires dépourvus d'observatoires de santé, comme dans le Nord et le Pas-de-Calais.

Face à ce constat, il nous semble pertinent que l'ARS partage les données dont elle dispose en la matière et en fasse une présentation au moins annuelle aux élus du territoire concerné.

C'est ce que mon groupe propose au travers de cet amendement.

Mme la présidente. L'amendement n° 386, présenté par MM. Lozach, Delcros et P. Joly, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 29

1° Première phrase

a) Après le mot :

sont

insérer les mots :

les parlementaires du département,

b) Après le mot :

cinq

insérer les mots :

représentants des

2° Deuxième et troisième phrases

Supprimer ces phrases.

II. – Après l'alinéa 29

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le directeur général ou le directeur de la délégation départementale de l'agence régionale de santé peut convier les associations agréées mentionnées à l'article L. 1114-1.

III. – Alinéa 31

Remplacer le mot :

donne

par les mots :

peut donner

La parole est à M. Jean-Jacques Lozach.

M. Jean-Jacques Lozach. Les agences régionales de santé développent une politique de santé dans les territoires en adaptant l'offre aux besoins locaux et contribuent à la maîtrise de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie dans le respect de la mission fixée par le législateur aux ARS.

Des instances de concertation ont été mises en place pour consulter les acteurs du système de santé que sont les élus, les professionnels de santé et les usagers, parmi lesquels les conseils de surveillance des ARS, la conférence régionale de santé et de l'autonomie et les conseils territoriaux de santé.

Mais aucun dispositif n'est prévu à l'heure actuelle pour permettre aux directeurs généraux des ARS de présenter leur politique locale de santé aux élus du territoire.

Dans la continuité de l'engagement de Mme la ministre de la santé pris à l'Assemblée nationale lors de la séance de questions au Gouvernement du 12 mars dernier, il est important que les ARS fassent un travail commun avec les élus locaux, mais aussi les professionnels de santé, les citoyens et les usagers du territoire.

Cet amendement prévoit que le directeur général de l'agence régionale de santé leur présente régulièrement le bilan de la mise en œuvre de la politique de santé sur le territoire concerné, notamment en matière d'accès aux soins et d'évolution de l'offre de santé.

Il s'agit de permettre en outre au directeur de l'ARS, ou à son représentant, de convier les associations agréées en matière de santé, qui participent, aux côtés des collectivités territoriales, à l'élaboration du projet territorial de santé.

Mme la présidente. L'amendement n° 339, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Alinéa 29, première phrase

Après le mot :

sont

insérer les mots :

les parlementaires du département,

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Notre amendement vise à réintroduire une disposition supprimée par la commission des affaires sociales, à savoir la présence des parlementaires du département lors de la présentation du bilan de la mise en œuvre du projet régional de santé, ou PRS, aux élus du territoire.

Le principe de cette participation avait été adopté à l'Assemblée nationale, et cela nous semble important.

Certes, comme l'a souligné notre rapporteur au moment où nous avons commencé à évoquer ce point en fin d'après-midi, nous sommes des élus nationaux. Il n'en demeure pas moins que nous sommes aussi des élus ancrés dans nos territoires et attachés à ceux-ci. Il paraît donc surprenant que nous ne puissions être associés à la présentation du bilan de la mise en œuvre des PRS.

Nous ne sommes déjà pas partie prenante de leur élaboration, qui s'effectue dans une certaine opacité... Suivre leur déclinaison sur le territoire est une exigence minimale d'un point de vue démocratique.

Je ne vois pas en quoi la présence envisagée du président ou de la présidente du conseil départemental, du président ou de la présidente du conseil régional, des présidents des établissements publics de coopération intercommunale et des maires s'opposerait à la présence des parlementaires du département.

Les PRS sont une mine d'informations sur la réalité sociale et sanitaire de nos départements. De plus, ils entérinent les politiques publiques locales en matière de santé pour quatre ans, que ce soit en matière de lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins, de prévention, de vieillissement de la population, de santé environnementale. Autant de sujets qui méritent que nous assistions à la présentation de ce bilan, qui, je vous le rappelle, mes chers collègues, donne lieu à un débat.

Permettez-moi d'illustrer mon propos par un exemple.

En Île-de-France, le PRS 2, adopté voilà près d'un an, prévoyait de maintenir deux hôpitaux en capacité de réaliser des greffes hépatiques dans le Val-de-Marne. Malheureusement, le directeur de l'AP-HP a décidé de n'en garder qu'un. Il serait intéressant que les parlementaires représentant le territoire puissent assister à la présentation du bilan afin de voir comment l'offre de santé évolue dans le département.

C'est en étant au plus près des décisions que l'on peut mieux défendre l'intérêt des patients et des professionnels. Telle est, en tout cas, notre conception de la démocratie sanitaire.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Les amendements n^{os} 533 rectifié *ter* et 541 rectifié *ter* ont une rédaction proche de celle de l'amendement n^o 545 rectifié de Mme Doineau, laquelle a paru à la commission toutefois plus complète. Cet amendement n^o 545 rectifié évoque mieux l'idée d'une réunion de concertation, alors que la rédaction issue de l'Assemblée nationale évoquait davantage celle d'une présentation par l'ARS sous la forme d'une information « descendante ».

C'est donc un avis favorable sur l'amendement n^o 545 rectifié et une demande de retrait, ou à défaut un avis défavorable, sur les amendements n^{os} 533 rectifié *ter* et 541 rectifié *ter*, qui se trouveraient néanmoins satisfaits par l'adoption de l'amendement n^o 545 rectifié.

L'amendement n^o 699 traduit une demande légitime de disposer de données de santé publique, mais celles-ci sont déjà disponibles par ailleurs. Sa rédaction est du reste incompatible avec celle de l'amendement n^o 545 rectifié. Avis défavorable.

Enfin, la commission a également émis un avis défavorable sur les amendements n^{os} 386 et 339, qui tendent à réintroduire les parlementaires dans cette réunion de concertation avec les élus locaux. Nous avons supprimé cette disposition par cohérence avec la position que nous avons adoptée sur les autres articles prévoyant leur participation au sein de diverses instances, pour les raisons que j'ai déjà indiquées. Les parlementaires sont désormais hors-sol, et pour y remédier, il faudrait peut-être leur donner d'autres responsabilités. C'est là l'affaire du Gouvernement !

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Le Gouvernement est favorable à l'amendement n^o 545 rectifié, au profit duquel il demande le retrait des amendements n^{os} 533 rectifié *ter*, 541 rectifié *ter* et 386.

Retrait, sinon avis défavorable, pour l'amendement n^o 699, et avis favorable sur l'amendement n^o 339.

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. Nous voterons l'amendement n^o 545 rectifié, qui va dans le bon sens.

En complément de mon intervention précédente, j'indique que l'amendement n^o 339 de Mme Cohen ne porte pas sur la présence d'élus au sein d'une instance qui ne concernerait pas directement les parlementaires ; notre collègue vise la présentation annuelle du bilan de la mise en œuvre du projet régional de santé. Inviter les parlementaires à cette présentation, qui peut-être l'occasion d'un échange, me paraît raisonnable. Nous voterons donc cet amendement.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n^o 545 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. En conséquence, les amendements n^{os} 533 rectifié *ter*, 541 rectifié *ter*, 699 et 386 n'ont plus d'objet.

Je mets aux voix l'amendement n^o 339.

(Après une épreuve à main levée déclarée douteuse par le bureau, le Sénat, par assis et levé, n'adopte pas l'amendement.)

Mme la présidente. L'amendement n^o 17 rectifié *bis*, présenté par Mme Doineau, MM. Vanlerenberghe et Henno, Mmes Dindar, C. Fournier et Guidez et M. Capo-Canellas, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

– À la deuxième phrase du troisième alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, après le mot : « publique », sont insérés les mots : « , ou exerçant au sein d'une même communauté professionnelle territoriale de santé définie à l'article L. 1434-12 du même code, ».

La parole est à Mme Élisabeth Doineau.

Mme Élisabeth Doineau. Cela a été souvent dit et partagé sur ces travées au cours des derniers jours, face au manque de médecins généralistes dans les territoires, il est de plus en plus difficile pour nos concitoyens de trouver un médecin traitant, qui, on le sait, est la pierre angulaire de notre système de santé.

Les patients ayant un médecin traitant ont la possibilité, d'une part, d'être mieux soignés grâce à un suivi régulier adapté à leur état de santé, et, d'autre part, d'être mieux remboursés, notamment lorsque le médecin traitant est consulté avant orientation vers un autre professionnel de santé.

Pour tenter de répondre au problème, le code de la sécurité sociale permet aux médecins d'une même spécialité au sein d'un même cabinet médical ou d'un même centre de santé d'être conjointement désignés médecins traitants. Si les projets de regroupement de cabinets médicaux ou de création de centres de santé se développent, cette avancée reste insuffisante et trop restrictive.

Aussi, l'amendement que je vous propose d'adopter a pour but de permettre aux médecins d'être désignés conjointement médecins traitants dès lors qu'ils participent à une même communauté professionnelle territoriale de santé.

Les CPTS ont pour objectif de regrouper les professionnels de santé au sein d'un même territoire autour d'un projet médical et médico-social commun. Si la proposition que je vous fais n'est pas un remède miracle, les mille CPTS qui doivent voir le jour d'ici à 2022 multiplieront néanmoins les possibilités pour un patient d'accéder à un médecin traitant.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Le code de la sécurité sociale ouvre déjà la possibilité pour des médecins exerçant la même spécialité au sein d'un cabinet médical ou dans un centre de santé d'être conjointement désignés médecins traitants.

Il paraît pertinent d'étendre cette faculté aux médecins exerçant dans le cadre d'un exercice coordonné en CPTS. Même si le territoire d'action de la CPTS répond à une logique populationnelle, au-delà de la seule dimension patientèle, cette souplesse peut être bienvenue. La commission s'en remet à la sagesse du Sénat.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Autant la possibilité qui est offerte de désigner deux médecins traitants au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles est légitime en ce qu'elle répond à une logique de proximité, avec des médecins qui partagent les mêmes dossiers, les mêmes logiciels, qui connaissent leur patients et se remplacent mutuellement pendant leurs congés, à l'inverse, il nous semble que l'échelle de la CPTS, qui couvre parfois des territoires comptant jusqu'à 100 000 habitants, n'est pas appropriée pour la désignation de deux médecins traitants. Cela viderait progressivement de son sens l'idée même du parcours de soins coordonnés par un médecin traitant.

L'avis du Gouvernement est donc défavorable.

Mme la présidente. La parole est à Mme Élisabeth Doineau, pour explication de vote.

Mme Élisabeth Doineau. Madame la ministre, je souhaiterais obtenir une précision.

Quand un patient n'a pas de médecin traitant, il me semble qu'il peut demander à la CPAM de lui en attribuer un. Et dans ce cas, l'échelle de population est bien supérieure à 100 000 habitants. La CPTS, organisée et coordonnée, me semble être un périmètre intéressant pour la désignation d'un médecin traitant.

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. Par cet amendement, Mme Doineau soulève une vraie question. Quand il a été décidé que, au sein d'un même cabinet, d'un même lieu d'exercice, un médecin pouvait suppléer, en cas d'absence de celui-ci, le médecin traitant désigné par le patient et ce sans que soit appliquée la pénalité prévue dans le cadre du parcours de soins, c'était une très bonne chose. Au-delà, cette faculté nécessite un véritable partage d'informations autour du patient. Ce partage est relativement facile au sein d'un même lieu d'exercice, mais il n'en sera que plus complexe à mesure que les lieux d'exercice se multiplieront, notamment pour des raisons techniques : en un même lieu d'exercice, on partage le même équipement informatique, les mêmes logiciels, les mêmes bases de données et l'on peut accéder directement au dossier du patient.

Être médecin traitant implique des engagements et entraîne une responsabilité. Et ma crainte, c'est que ces médecins appelés à suppléer le médecin traitant soient dans l'incapacité d'assumer au moins une part de ces engagements.

La question posée par notre collègue est très pertinente, mais je ne suis pas certain que sa réponse soit pleinement satisfaisante. À titre personnel, je ne voterai pas son amendement. De toute façon, nous reviendrons certainement très bientôt sur cette question à l'occasion d'un prochain texte.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Mme Doineau indiquait qu'un patient ne trouvant pas un médecin traitant pouvait solliciter la CPAM afin que celle-ci en désigne un. En réalité, la caisse primaire doit l'aider à trouver un médecin traitant ; et si elle n'y parvient pas, elle lui en désigne un par l'attribution d'un numéro fictif de manière à lui permettre d'être remboursé sans subir de pénalité en cas de consultation d'un spécialiste.

Je le répète, la CPAM ne désigne pas d'office un médecin traitant.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 17 rectifié *bis*.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 181 rectifié, présenté par MM. Joël Bigot et Bérít-Débat, Mme Bonnefoy, M. Dagbert, Mme M. Filleul, MM. Houllégatte, Jacquin et Madrelle, Mmes Prévile et Tocqueville, MM. Sueur, Montaugé, Vaugrenard, Todeschini, Marie et M. Bourquin, Mme G. Jourda, MM. P. Joly, Duran et Lurel, Mme Artigalas, MM. Manable et Tissot, Mme Taillé-Pollian, MM. Courteau et Temal et Mme Monier, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

– Après la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Ces accords déterminent également les modalités selon lesquelles les professionnels de santé relevant des communautés professionnelles territoriales de santé s'organisent entre eux pour assurer un service de garde dans chaque bassin de vie. »

La parole est à M. Claude Bérít-Débat.

M. Claude Bérít-Débat. Cet amendement reprend peu ou prou les termes d'un amendement que nous avons adopté en commission d'aménagement du territoire et traitant de l'organisation des systèmes de garde pour les professionnels des CPTS, dans le cadre des négociations conventionnelles avec l'assurance maladie, à ceci près que nous avons introduit l'échelle des bassins de vie.

Cette mesure est essentielle pour garantir à chacun de nos concitoyens un accès aux soins, au plus proche de chez eux. Il est en effet intolérable qu'en France des gens ne trouvent pas de médecin de garde à proximité de leur domicile.

Mon département connaît cette triste réalité, et bon nombre de mes collègues pourraient faire le même constat dans le leur. Cet amendement tend à permettre d'offrir une réponse territorialisée adaptée. Ce service de garde permettrait d'assurer une permanence des soins jusqu'en fin de journée et, ainsi, d'éviter un engorgement des urgences. C'était d'ailleurs la voie indiquée dans son rapport sur l'organisation des soins non programmés de mai 2018 par Thomas Mesnier.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a ouvert la voie à des négociations conventionnelles pour déterminer des modes de financement pérennes des CPTS et préciser leurs missions en accord avec les professionnels de santé concernés.

D'après les indications du directeur général de la CNAM, l'accès à des plages de soins non programmés ferait ainsi partie des missions socles de ces CPTS, conditionnant l'accès aux financements prévus.

Il n'est donc pas opportun ou opérant de préciser à ce stade le contenu de l'accord en cours de signature.

C'est une demande de retrait ; à défaut, l'avis sera défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Les négociations conventionnelles, en particulier celle des missions socles, entre l'ensemble des professions de santé participant aux CPTS et l'assurance maladie viennent de se terminer. Nous espérons une signature dans le courant du mois de juin.

À ce jour, l'organisation d'une permanence et d'un système de garde n'est pas prévue dans les missions socles, mais on peut imaginer que certaines CPTS souhaitent se saisir de ce sujet, ou d'un autre, si elles sont suffisamment mûres et disposent des ressources pour le faire. Le périmètre des missions socles n'est pas fermé.

Pour l'instant, je suis défavorable à ce que la loi prévoit de nouvelles missions pour les CPTS, même si, je le répète, la négociation conventionnelle n'interdit rien.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 181 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. René-Paul Savary, pour explication de vote sur l'article 7.

M. René-Paul Savary. Je me demande si je ne vais pas m'abstenir sur cet article mettant en place cette nouvelle organisation territoriale.

Madame la ministre, j'essaie de me mettre à la place du jeune qui veut s'installer en milieu rural et qui, faisant partie d'une ZRR, va contacter son ARS pour savoir de quel GHT il fait partie. *(Sourires.)* On lui indiquera qu'il doit véritablement s'organiser autour d'une CPTS, de façon à pouvoir proposer un projet à une ESP, peut-être par le biais des CTE, qui sont tout à fait intéressants. *(Rires et applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains, du groupe Union Centriste et du groupe socialiste et républicain.)*

Toujours est-il que, s'il veut adhérer à une MSP, il devra faire partie d'une SISA et organiser la PDSA afin que son PRS puisse être accepté par l'ARS, qui est à trois cents kilomètres de là, dans une région qui compte 5,6 millions d'habitants. *(Mêmes mouvements.)*

Mais s'il s'adresse à des personnes âgées, il faudra que celles-ci puissent s'inscrire dans un CLIC ou, si les troubles neurodégénératifs sont plus importants, prévoir un dispositif MAIA pour qu'elles puissent éventuellement rester chez elles ou aller en Ehpad.

Véritablement, cet article est, pour les jeunes médecins, une incitation à l'installation en milieu rural ! *(Vifs applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains, du groupe Union Centriste, du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen et du groupe socialiste et républicain.)*

Mme Marie Mercier. Bravo !

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 7, modifié.

(L'article 7 est adopté.)

Articles additionnels après l'article 7

Mme la présidente. L'amendement n° 262 rectifié *bis*, présenté par Mmes Imbert et Deseyne, M. Mouiller, Mmes Gruny, L. Darcos et Morhet-Richaud, MM. Charon, Pointereau et Sol, Mmes Malet et Garriaud-Maylam, M. Morisset, Mmes Deromedi, Puissat, Deroche et Richer et MM. D. Laurent, Piednoir et Savary, est ainsi libellé :

Après l'article 7

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Avant le dernier alinéa de l'article L. 1434-13 de code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les équipes de soins primaires et les maisons de santé pluriprofessionnelles peuvent bénéficier dans les zones définies au 1° de l'article 1434-4, d'assistants territoriaux de médecine générale dont le statut est défini par la voie réglementaire. »

La parole est à Mme Corinne Imbert.

Mme Corinne Imbert. Vous avez de la chance, madame la ministre, car M. Savary ne vous a pas demandé le schéma... Mais il aurait pu, je le connais.

La proposition contenue dans cet amendement reprend le principe des assistants hospitaliers en allant au-delà du simple cadre hospitalier et en créant un statut d'assistant orienté vers l'activité libérale. Nous essayons d'apporter une autre réponse pour résoudre les problèmes de démographie médicale.

Ce nouveau dispositif orienté vers l'activité libérale serait proposé aux jeunes médecins thésés, et viendrait en appui des professionnels de santé, quel que soit leur modèle de regroupement. Il produirait des effets à court terme sur la professionnalisation et, surtout, l'installation des médecins.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Un statut de médecin assistant est déjà prévu par l'article R. 4127-88 du code de la santé publique.

Il ne paraît pas opportun de rendre encore plus complexe le paysage des statuts dérogatoires pour l'exercice de la médecine, d'autant que René-Paul Savary nous a montré qu'il l'était déjà bien assez.

Avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

Mme Corinne Imbert. Comme j'aime les choses simples, je retire mon amendement, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 262 rectifié *bis* est retiré.

Je suis saisie de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 47 rectifié *quinquies*, présenté par Mmes Guidez et Eustache-Brinio, MM. Decool et Brisson, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Guerriau et Louault, Mme Garriaud-Maylam, MM. Détraigne et Morisset, Mmes L. Darcos et Kauffmann, MM. L. Hervé et Meurant, Mmes Billon et Féral, MM. B. Fournier, Laménie, Cazabonne, Moga et Rapin et Mme de Cidrac, est ainsi libellé :

Après l'article 7

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au quatrième alinéa de l'article L. 5125-3, les mots : « deux ans » sont remplacés par les mots : « un an » ;

2° Après le premier alinéa de l'article L. 5125-4, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'ouverture d'une deuxième officine peut être autorisée par voie de transfert ou de regroupement lorsque le nombre d'habitants recensés dans la commune, dans la commune nouvelle ou dans les communes mentionnées à l'article L. 5125-6-1, est au moins égal à 5 000. »

La parole est à Mme Jocelyne Guidez.

Mme Jocelyne Guidez. Le droit actuel est ressenti par de nombreux élus comme un véritable obstacle pour l'installation d'une nouvelle pharmacie sur le territoire d'une commune.

En effet, l'ouverture d'une première officine est autorisée lorsque le nombre d'habitants recensés est au moins égal à 2 500. En revanche, pour pouvoir en ouvrir une de plus, l'autorisation est délivrée par tranche supplémentaire de 4 500 habitants.

Ce second seuil est trop élevé et empêche ainsi, sur de nombreuses collectivités, l'installation d'une deuxième pharmacie, alors que les besoins liés à la desserte en médicaments sont bien présents.

Dans plusieurs communes de l'Essonne, ce seuil empêche l'implantation d'une officine supplémentaire. Pourtant, de nombreux patients de communes voisines viennent dans ces dernières se fournir en médicaments. Une seule pharmacie est donc loin d'être suffisante.

C'est pourquoi, par cet amendement, nous proposons d'établir un seuil raisonnable pour l'ouverture d'une deuxième officine : 2 500 habitants au lieu de 4 500. Toutefois, la tranche supplémentaire de 4 500 habitants pour l'ouverture d'une pharmacie de plus reste inchangée.

Par ailleurs, les conditions démographiques sont appréciées pour une durée au moins égale à deux ans. Là aussi, ce critère est trop contraignant, notamment lorsque l'évolution démographique est avérée ou prévisible. Cet amendement vise à réduire ce délai à un an.

Mme la présidente. L'amendement n° 48 rectifié *quinquies*, présenté par Mmes Guidez et Eustache-Brinio, MM. Decool et Brisson, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Guerriau et Louault, Mme Garriaud-Maylam, MM. Détraigne et Morisset, Mmes L. Darcos et Kauffmann, MM. L. Hervé et Meurant, Mmes Saint-Pé, Billon et Férat, MM. Lafon, B. Fournier, Laménie, Cazabonne et Rapin et Mme de Cidrac, est ainsi libellé :

Après l'article 7

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le premier alinéa de l'article L. 5125-4 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'ouverture d'une deuxième officine peut être autorisée par voie de transfert ou de regroupement lorsque le nombre d'habitants recensés dans la

commune, dans la commune nouvelle ou dans les communes mentionnées à l'article L. 5125-6-1, est au moins égal à 5 000. »

La parole est à Mme Jocelyne Guidez.

Mme Jocelyne Guidez. Il est défendu.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Les amendements n° 47 rectifié *quinquies* et 48 rectifié *quinquies* sont pour partie identiques. Ils visent à soulever des obstacles à l'installation d'une nouvelle officine sur le territoire d'une commune, du fait des seuils démographiques.

Toutefois, le maillage officinal est aujourd'hui excellent.

Alors qu'une ordonnance parue en janvier 2018 a adapté les conditions de création des officines, il ne paraît pas à la commission opportun de revenir sur les équilibres actuels sans associer la profession, pour bien évaluer les impacts, notamment économiques, d'une telle évolution.

C'est une demande de retrait ; à défaut, l'avis sera défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. L'avis est défavorable, pour les mêmes raisons que celles qu'a exposées M. le rapporteur.

Mesdames, messieurs les sénateurs, je voudrais vous rassurer. Selon les derniers chiffres de la Drees, 97 % de la population française vit à moins de dix minutes en voiture d'une officine, et 99,5 % à moins de quinze minutes. La France dispose donc d'un maillage pharmaceutique satisfaisant, voire dense, selon la Cour des comptes et le rapport IGAS-IGF de 2016.

Nous ne souhaitons pas modifier quoi que ce soit.

Mme la présidente. Madame Guidez, les amendements n° 47 rectifié *quinquies* et 48 rectifié *quinquies* sont-ils maintenus ?

Mme Jocelyne Guidez. Non, je les retire, madame la présidente.

Mais comment expliquer que, dans une commune qui comptait à une époque 4 400 habitants, on trouvait deux pharmacies, et que maintenant qu'elle en compte plus de 5 000 habitants, avec une maison médicale juste à côté, on me réponde qu'il n'est pas besoin de rouvrir une nouvelle pharmacie pour remplacer celle des deux qui a disparu ? Je ne comprends pas.

Mme la présidente. Les amendements n° 47 rectifié *quinquies* et 48 rectifié *quinquies* sont retirés.

L'amendement n° 49 rectifié *quinquies*, présenté par Mmes Guidez et Eustache-Brinio, MM. Decool et Brisson, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Guerriau et Louault, Mme Garriaud-Maylam, MM. Détraigne et Morisset, Mmes L. Darcos et Kauffmann, M. L. Hervé, Mme Perrot, M. Meurant, Mmes Saint-Pé et Billon, M. Bonne, Mme Férat, MM. Lafon, Laménie, B. Fournier, Cazabonne et Moga et Mme A.M. Bertrand, est ainsi libellé :

Après l'article 7

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 5125-5-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Cette cessation définitive d'activité ne peut avoir lieu lorsqu'elle intervient à la suite d'une acquisition par un ou plusieurs pharmaciens d'un quartier ou d'une commune avoisinants, notamment lorsque l'évolution démographique de la population résidente du quartier ou de la commune concernés est avérée ou prévisible au regard des permis de construire délivrés pour des logements individuels ou collectifs. Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent alinéa. »

La parole est à Mme Jocelyne Guidez.

Mme Jocelyne Guidez. Certains pharmaciens profitent de la vente d'une officine avoisinante et concurrente pour l'acquérir dans le seul but de faire cesser son activité. Une telle pratique pose de sérieuses difficultés, en particulier quand les besoins d'approvisionnement et d'accès des populations, présents et à venir, ne sont plus satisfaits.

Cette pratique s'est illustrée à au moins deux reprises dans le département de l'Essonne. Dans le premier cas, une commune a vu sa seconde pharmacie fermer après que les propriétaires de l'autre officine l'eurent rachetée. Malheureusement, la seule structure présente à ce jour n'est pas en capacité d'absorber l'affluence des clients, enrichie par la venue de résidents de communes périphériques.

De plus, sa situation – places de parking inexistantes, accessibilité difficile – contraint les personnes à se reporter vers d'autres pharmacies, situées par exemple dans des centres commerciaux.

Pour la seconde commune, le maire a dû faire preuve d'un acharnement exemplaire, en mobilisant la justice pour qu'elle donne raison à un couple proposant un projet de reprise pérenne de l'officine et non à ceux qui, disposant d'un capital certes plus élevé, souhaitaient la fermer.

Face à de telles pratiques, les élus locaux, principaux acteurs de la dynamique de leur territoire, demeurent désemparés. La situation des habitants est elle aussi fragilisée.

Ainsi, comment peut-on accepter l'acquisition d'une officine en vue d'une cessation définitive de son activité quand, dans le même temps, la population de la commune augmente, que la présence de professionnels médicaux est assurée – installation de plusieurs médecins généralistes, construction d'une maison médicale – et qu'un projet de reprise existe ?

Le droit en vigueur ne permet pas, en pratique, de répondre à cette problématique. C'est pourquoi cet amendement tend à mieux encadrer juridiquement ces procédés.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement vise sans doute à répondre à des difficultés concrètes qui ont pu être constatées, mais ces dispositions ne paraissent pas devoir figurer dans la loi.

Sur ce sujet, qui a fait l'objet d'une ordonnance récente, nous souhaitons avoir l'avis du Gouvernement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. L'article du code de la santé publique visé par votre amendement concerne les cessions d'officine réalisées dans le cadre d'une opération de restructuration permettant de répondre à la problématique des communes en surdensité officinale. Ainsi, les officines en difficulté du fait d'une offre surabondante en un même lieu peuvent espérer obtenir un financement de la part des

pharmacies voisines en échange de leur fermeture. Il s'agit de transactions d'ordre privé, sur lesquelles le directeur général de l'agence régionale de santé est consulté pour avis.

Il me paraîtrait donc risqué de supprimer ces dispositifs ou d'en empêcher l'application, lesquels permettent d'agir aussi sur la surdensité officinale sans pénaliser les pharmaciens et les patients.

L'avis est donc défavorable.

Mme la présidente. Quel est maintenant l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Défavorable également.

Mme la présidente. La parole est à Mme Jocelyne Guidez, pour explication de vote.

Mme Jocelyne Guidez. Mme la ministre connaît ce problème pour avoir été interpellée par une députée de l'Essonne.

Même si je sais que c'est perdu d'avance, je maintiens mon amendement. C'est important pour nos communes.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 49 rectifié *quinquies*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 118 rectifié, présenté par Mme Doineau, MM. Vanlerenberghe et Henno, Mmes Dindar, C. Fournier, Guidez et les membres du groupe Union Centriste, est ainsi libellé :

Après l'article 7

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le sixième alinéa de l'article L. 6114-2 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Ils prennent en compte les moyens visant à réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins que l'établissement de santé ou le titulaire de l'autorisation s'engage le cas échéant à mettre en œuvre. »

La parole est à Mme Élisabeth Doineau.

Mme Élisabeth Doineau. Les ressources hospitalières peuvent parfois constituer un point d'appui précieux pour renforcer l'accès aux soins. C'est notamment le cas dans certains territoires dénués de ressources et d'initiatives libérales.

Puisque nous sommes l'assemblée des territoires, je vais citer deux exemples – mais je pourrais en citer beaucoup d'autres.

En Lot-et-Garonne, le déploiement de consultations avancées entre sites hospitaliers permet de renforcer l'offre spécialisée de proximité. Également, la projection de ressources hospitalières dans des structures en ambulatoire, sur le modèle du centre médical de la Grande-Garenne, à Angoulême, permet de garantir, grâce à l'attractivité du statut salarié hospitalier, l'accès à des consultations médicales dans certains territoires dépourvus de ressources libérales.

Ce type d'action permet à l'établissement de santé d'affirmer son rôle de pivot dans l'organisation des soins sur le territoire. Pourtant, elles doivent au préalable susciter l'adhésion des professionnels et peinent par ailleurs à trouver un modèle économique et organisationnel stable.

Les actes tarifés suffisent rarement à couvrir l'ensemble des dépenses de fonctionnement et d'organisation. Les retours sur investissement, comme la diminution des passages aux urgences, du recours aux transports sanitaires, sont difficilement chiffrables, mais ils sont réels.

Cette situation peut donc s'avérer très problématique dans un contexte budgétaire contraint pour les hôpitaux.

L'amendement que je vous sou mets vise à valoriser la responsabilité territoriale des établissements de santé, à l'heure où le Gouvernement entend revaloriser les soins de proximité dispensés par les établissements de santé.

La prise en compte de cette dimension dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, ou CPOM, des établissements de santé serait un levier puissant pour mieux reconnaître les démarches de ce type et, surtout, les valoriser.

La création des hôpitaux de proximité est l'occasion de conduire cette réflexion.

Enfin, la création d'un financement dédié à la responsabilité territoriale sur critères ou sur projet permettrait d'assurer l'équilibre financier des projets favorisant l'accès territorial aux soins dans les zones sous-denses.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. L'objet de cet amendement est que les CPOM prennent en compte les objectifs de réduction des inégalités territoriales d'accès aux soins.

La commission ne formule pas d'opposition à cette précision. De tels contrats peuvent en effet être un levier pour développer des modes d'intervention en direction des territoires les plus isolés, comme la télémédecine ou des consultations avancées.

La commission émet un avis favorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Madame Doineau, votre amendement est déjà satisfait. Il est prévu que les contrats fixent les éléments relatifs aux missions de soins ou de santé publique spécifiques assignées à l'établissement de santé, de même que les actions de coopération engagées. Il nous semble donc que le cadre législatif actuel est suffisant pour rendre compte des actions engagées au titre de la réduction des inégalités territoriales de santé – on est bien dans le cadre de la santé publique – de façon collective, en liaison avec les acteurs des territoires, pour les établissements de santé.

C'est une demande de retrait ; à défaut, l'avis sera défavorable.

Mme la présidente. La parole est à Mme Élisabeth Doineau, pour explication de vote.

Mme Élisabeth Doineau. J'entends bien, madame la ministre, que notre demande est satisfaite. Toutefois, en l'occurrence, l'investissement de ces établissements est important et ils ne sont pas remboursés, du moins sur le plan tarifaire. Les échos recueillis sur le terrain font état de leur mécontentement à cet égard.

Je retire mon amendement, mais je souhaiterais que vous portiez une attention toute particulière à ces établissements qui s'investissent pour apporter des réponses dans des zones où l'accès aux soins est difficile.

Mme la présidente. L'amendement n° 118 rectifié est retiré.

L'amendement n° 666 rectifié *bis*, présenté par Mme Guillotin, MM. Artano, A. Bertrand, Cabanel, Castelli et Corbisez, Mmes Costes et N. Delattre, MM. Gabouty, Gold et Jeansannetas, Mme Jouve et MM. Requier, Roux et Vall, est ainsi libellé :

Après l'article 7

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Le chapitre VII du titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Chapitre VII

« Dispositifs d'appui à la population et aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes

« *Art. L. 6327-1.* – Les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux et, le cas échéant, les structures qui les emploient, peuvent solliciter un appui à la coordination des parcours de santé qu'ils estiment complexes afin d'améliorer le service rendu à la population et de concourir à la structuration des parcours de santé mentionnés à l'article L. 1411-1.

« *Art. L. 6327-2.* – Le dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé complexes :

« 1° Assure la réponse globale aux demandes d'appui des professionnels qui comprend notamment l'accueil, l'analyse de la situation de la personne, l'orientation et la mise en relation, l'accès aux ressources spécialisées, le suivi et l'accompagnement renforcé des situations, la planification des prises en charge. Cette mission est réalisée en lien avec le médecin traitant, conformément à son rôle en matière de la coordination des soins au sens de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale et les autres professionnels concernés ;

2° Contribue avec d'autres acteurs et de façon coordonnée, à la réponse aux besoins des personnes et de leurs aidants en matière d'accueil, de repérage des situations à risque, d'information, de conseils, d'orientation, de mise en relation et d'accompagnement ;

3° Participe à la coordination territoriale qui concourt à la structuration des parcours de santé mentionnés à l'article L. 6327-1 du présent code.

« *Art. L. 6327-3.* – Les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes disposent d'une gouvernance assurant la représentation équilibrée des acteurs des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, intégrant notamment des représentants des usagers, du conseil départemental et des communautés professionnelles territoriales de santé.

Cette gouvernance s'assure du respect du principe d'une intervention subsidiaire du dispositif d'appui par rapport à celle des professionnels mentionnés à l'article L. 6327-4.

« *Art. L. 6327-4.* – Les établissements autorisés à exercer sous la forme d'hospitalisation à domicile peuvent participer au fonctionnement d'un ou plusieurs dispositifs d'appui.

« Art. L. 6327-5. – Les centres locaux d'information et de coordination mentionnés à l'article L. 113-2 du code de l'action sociale et des familles peuvent intégrer le dispositif mentionné à l'article L. 6327-2 du présent code sur délibération en ce sens du conseil départemental.

« Art. L. 6327-6. – Pour les activités soumises à autorisation en application de l'article L. 6122-1, nécessitant une expertise particulière, des dispositifs spécifiques régionaux peuvent organiser un appui spécialisé aux professionnels de santé, établissements de santé, ainsi qu'aux agences régionales de santé.

« Art. L. 6327-7. – Les conditions d'application du présent chapitre sont fixées par décret. »

II – Les dispositifs d'appui existants en application des articles L. 6321-1, L. 6321-2, L. 6327-1 à L. 6327-3 du code de la santé publique et de l'article L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles en vigueur antérieurement à la date d'entrée en vigueur de la présente loi intègrent les dispositifs mentionnés aux articles L. 6327-2 à L. 6327-3 du code de la santé publique dans leur rédaction résultant de la présente loi dans un délai qui ne peut excéder trois ans suivant la date de la publication de la présente loi. Au terme de ce délai, les articles L. 6321-1 et L. 6321-2 du code de la santé publique et l'article L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles sont abrogés.

III. – Les organisations assurant les fonctions d'appui à la coordination prévues au V de l'article 51 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 en ce qu'ils concernent les expérimentations conduites dans le cadre de l'article 48 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de sécurité sociale pour 2013 intègrent les dispositifs unifiés mentionnés aux articles L. 6327-2 à L. 6327-3 du code de la santé publique dans leur rédaction résultant de la présente loi au plus tard à leur date d'expiration.

La parole est à Mme Véronique Guillotin.

Mme Véronique Guillotin. Différents dispositifs viennent en appui aux professionnels de santé de premier recours pour faciliter l'accompagnement et la prise en charge des patients en situation complexe. Ils aident les professionnels à trouver des solutions concrètes afin d'éviter les ruptures de parcours et de prévenir les hospitalisations inutiles ou évitables.

Pour autant, les territoires d'intervention de ces dispositifs ne sont pas toujours harmonisés au niveau local. Cet amendement vise donc à mieux structurer l'offre de santé de proximité et d'appui à la coordination. Il tend à mettre en place un cadre simplifié pour que les acteurs puissent déterminer eux-mêmes les modalités d'organisation de ce dispositif d'appui à la coordination des parcours complexes, en tenant compte des réalités locales, des besoins de la population et de leurs propres besoins.

L'amendement prévoit donc de maintenir les dispositifs et les missions d'expertise à vocation régionale, par exemple les réseaux régionaux en cancérologie ou en périnatalité. De plus, il a pour objet de permettre aux conseils départementaux qui le souhaitent d'inclure les centres locaux d'information et de coordination dans le périmètre des dispositifs

d'appui à la coordination afin de réunir l'ensemble des services aux usagers et aidants, avec l'appui des professionnels, chaque fois que cela est possible et pertinent.

Je ne doute pas que cet amendement de simplification retiendra l'attention et séduira mon collègue René-Paul! (*Sourires.*)

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Nous étions en train de relire le premier paragraphe de l'objet et nous nous disions que, en effet, M. Savary aurait pu s'en inspirer. (*Nouveaux sourires.*)

Nous partageons le constat d'une dispersion des outils d'appui à la coordination des parcours complexes. Une logique de guichet unique paraît souhaitable, de même qu'une meilleure articulation avec les CPTS, qui jouent également un rôle de coordination de parcours du patient.

C'est la raison pour laquelle la commission émet un avis favorable sur cet amendement particulièrement complexe et dense.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. L'avis est évidemment favorable.

Je reviens un instant sur les propos de M. Savary dont j'ai beaucoup aimé le trait d'humour. Sachez que sur la totalité des sigles que vous avez cités, monsieur le sénateur, le seul à avoir été créé depuis mon arrivée au ministère de la santé et des solidarités, ce sont les projets territoriaux de santé, les PTS. Tous les autres existaient avant ! Je l'ai fait par souci de cohérence et, pour un PTS créé, j'ai supprimé les MAIA, les PTA... Vous le voyez, je vais tout à fait dans le sens de la diminution des sigles et du millefeuille !

Le Gouvernement est donc favorable à cet amendement.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 666 rectifié *bis*.

(*L'amendement est adopté.*)

Mme la présidente. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 7.

L'amendement n° 51 rectifié *quater*, présenté par Mme Guidez, MM. Decool, Longeot et Brisson, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Guerriau et Louault, Mme Garriaud-Maylam, MM. Détraigne et Morisset, Mme Kauffmann, M. L. Hervé, Mme Perrot, M. Meurant, Mmes Billon et Férat et MM. Lafon, B. Fournier, Laménie, Cazabonne, Moga et Rapin, est ainsi libellé :

Après l'article 7

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 6323-1 est ainsi modifié :

a) La dernière phrase du premier alinéa est complétée par les mots : « ainsi que d'autres professionnels titulaires d'un diplôme d'État ou d'un diplôme universitaire dans le domaine de la santé » ;

b) Au dernier alinéa, après le mot : « charge », il est inséré le mot : « préventive, » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 6323-3, les mots : « ou pharmaciens » sont remplacés par les mots : « , pharmaciens ou autres professionnels titulaires d'un diplôme d'État ou d'un diplôme universitaire dans le domaine de la santé ».

La parole est à Mme Jocelyne Guidez.

Mme Jocelyne Guidez. Le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé entend répondre à plusieurs défis, comme la meilleure structuration des soins dans les territoires ou la constitution d'un collectif de soins.

Aussi, la prévention, notamment celle des pathologies, constitue un enjeu considérable. Dans cette perspective, la mise à disposition d'informations ne saurait constituer l'unique moyen pour répondre à cet objectif.

La prévention menée au niveau local, par exemple, doit s'appuyer sur des équipes pluridisciplinaires. Les acteurs de l'éducation thérapeutique et les professionnels de la relation d'aide sont appelés à trouver leur place.

Inciter les personnes à optimiser leurs propres ressources doit être pris en compte dans la transformation du système de santé.

Le travail des hypnothérapeutes, par exemple, s'inscrit parfaitement en ce sens. Ils sont aujourd'hui 6 000 en France et ils interviennent dans les troubles du sommeil, la lutte contre les addictions – comme le tabac et l'alcool –, la lutte contre la consommation excessive de sucre, la prise en charge du stress ou la gestion de la douleur. Par conséquent, ils doivent être mieux pris en considération.

Leur rôle en matière préventive est ainsi primordial pour apporter des solutions à des situations qui pourraient s'aggraver et avoir de lourdes conséquences sur le plan de la santé.

Telles sont les raisons pour lesquelles cet amendement vise à mieux encadrer la présence, au sein des centres et maisons de santé, d'autres professionnels, tels que les hypnothérapeutes et les psychologues.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Madame Guidez, la présence de psychologues au sein des maisons de santé est déjà possible.

Pour les autres personnels, il faut être vigilant dès lors que les contours de la profession ne sont toujours pas bien définis. S'agissant des hypnothérapeutes visés dans l'objet de l'amendement, l'évolution proposée ne paraît pas, en l'occurrence, la mieux adaptée en vue d'amorcer une reconnaissance de cette profession.

Pour l'instant, la commission demande le retrait de l'amendement. Sinon, l'avis serait défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Vous souhaitez intégrer dans les centres et maisons de santé des professionnels tels que les hypnothérapeutes. Je rappelle que l'hypnose est réservée aux professionnels médicaux. La profession d'hypnothérapeute n'existe donc pas en tant que telle et les personnes qui revendiquent ce titre n'ont ni la formation ni le niveau des professionnels de santé.

Votre amendement expose ainsi au risque d'introduire systématiquement dans les centres et maisons de santé des pratiques non conventionnelles et non éprouvées scientifi-

quement. La protection de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients étant un enjeu majeur, je ne peux être que défavorable à cet amendement.

Mme la présidente. La parole est à Mme Jocelyne Guidez, pour explication de vote.

Mme Jocelyne Guidez. Je vois que je suis moins marrante que M. Savary et que j'ai moins de succès ! (*Sourires.*) Tant pis ! Je retire bien évidemment mon amendement. J'essaierai, à l'instar de M. Savary, d'être un peu plus sophistiquée dans la présentation de mes amendements !

Mme la présidente. L'amendement n° 51 rectifié *quater* est retiré.

L'amendement n° 651 rectifié, présenté par Mme Guillotin, MM. Artano, A. Bertrand et Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Castelli, Collin et Corbisez, Mme N. Delattre, M. Gabouty, Mme Jouve et MM. Requier et Vall, est ainsi libellé :

Après l'article 7

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai d'un an à compter de l'adoption de la présente loi, une étude sur la gouvernance du système de santé. Cette étude porte notamment sur l'état actuel, ses atouts, ses limites, les avantages et inconvénients d'une unification potentielle de la gouvernance au niveau national, et l'évolution du rôle des agences régionales de santé et de leurs délégations territoriales au regard du périmètre des nouvelles régions.

La parole est à Mme Nathalie Delattre.

Mme Nathalie Delattre. Le morcellement du système de santé actuel rend difficiles la définition et la mise en cohérence d'une véritable politique de santé. Les multiples strates de la gouvernance rendent le système opaque pour les organisations, les élus, les professionnels et les usagers.

Lors des auditions menées en amont de ce projet de loi, notamment sur l'organisation du système de soins, dans le cadre de la mission dont ma collègue Véronique Guillotin était corapporteur, nous avons pu mesurer les difficultés rencontrées par tous les acteurs de la santé en raison de cette opacité, dont beaucoup se sont plaints.

Il apparaît donc plus que nécessaire de faire un état des lieux de la gouvernance actuelle pour tenter de l'améliorer.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Le sujet est éminemment important, je l'avais d'ailleurs relevé dans mon intervention, mais la gouvernance du système de santé reproduit une logique de fonctionnement en silo, alors que nous érigeons en priorité le décloisonnement des acteurs du système de santé.

Cependant, je pense que nous devons ensemble, au fil de nos travaux, continuer à approfondir la réflexion sur ce sujet. Pour l'instant, il ne me paraît pas nécessaire de demander au Gouvernement un rapport sur ce sujet.

De plus, par cohérence avec la position habituelle de la commission sur les demandes de rapports, au demeurant rarement produits ou rarement suivis d'effet, l'avis de la commission sera défavorable.

Je veux faire part du fait que je suis, cette fois, particulièrement content. Lors de la discussion de la loi Touraine, j'avais été obligé de répéter à plusieurs reprises – plus de cinquante articles demandaient autant de rapports – mon refus de telles demandes. Nous en sommes ici au premier, j'espère que nous en resterons là !

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Le décloisonnement des différents acteurs de la santé et l'articulation des divers secteurs du système de santé sont l'objet même de ce texte. Je partage évidemment cette préoccupation avec vous.

En termes de gouvernance, il existe déjà de nombreuses instances destinées à mieux piloter les ARS. Le projet prévoit notamment un Conseil national de pilotage, que je préside et qui se réunit tous les quinze jours. En mon absence, il est présidé par la secrétaire générale des ministères sociaux. Il est composé de représentants des directions de l'administration centrale de mon ministère, de l'assurance maladie, de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, la CNSA, de l'inspection générale des affaires sociales, l'IGAS, et du ministère du budget.

Par ailleurs, je préside tous les lundis un comité de direction. Constitué au sein de mon ministère, il réunit toutes les directions de l'administration centrale et les caisses, notamment la Caisse nationale des allocations familiales, la CNAF, et la Caisse nationale de l'assurance maladie, la CNAM.

S'agissant de l'évolution du positionnement des ARS, de nombreuses dispositions du projet de loi visent à assurer une meilleure articulation avec les élus.

Enfin, tout l'objet des réformes que nous menons en ce moment consiste à mieux articuler et mieux coordonner l'action des services publics sur les territoires. Le Gouvernement porte une attention particulière à ces enjeux.

Il ne me paraît donc pas nécessaire de prévoir un nouveau rapport sur ce sujet. Telles sont les raisons pour lesquelles je vous propose de retirer l'amendement. Sinon, l'avis serait défavorable.

Mme la présidente. Madame Delattre, l'amendement n° 651 rectifié est-il maintenu ?

Mme Nathalie Delattre. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 651 rectifié est retiré.

Article 7 bis A (Non modifié)

- ① Le titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° À la première phrase de l'article L. 6323-1-2, après le mot : « médecine », sont insérés les mots : « de pharmacie ou d'odontologie » ;
- ③ 2° À la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 6323-3, après le mot : « médecine », sont insérés les mots : « de pharmacie ou d'odontologie ». – (Adopté.)

Article 7 bis

- ① L'article L. 4311-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

- ② 1° Après le quatrième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

- ③ « Dans un protocole inscrit dans le cadre d'un exercice coordonné tel que prévu aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3, et dans des conditions prévues par décret, l'infirmier ou l'infirmière est autorisé à adapter la posologie de certains traitements pour une pathologie donnée, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé. Cette adaptation ne peut avoir lieu que sur la base des résultats d'analyses de biologie médicale, sauf en cas d'indication contraire du médecin, et sous réserve d'une information du médecin traitant désigné par le patient. » ;

- ④ 2° Le dernier alinéa est complété par les mots : « , des solutions et produits antiseptiques ainsi que du sérum physiologique à prescription médicale facultative ».

Mme la présidente. L'amendement n° 50 rectifié *sexies*, présenté par Mmes Guidez et Eustache-Brinio, MM. Henno, Decool, Longeot et Guerriau, Mme Puissat, M. Louault, Mme Garriaud-Maylam, MM. Détraigne, Morisset et L. Hervé, Mme Perrot, M. Meurant, Mmes Saint-Pé, Billon et Férat, MM. Lafon, B. Fournier, Laménie, Cazabonne et Moga, Mmes A.M. Bertrand, Renaud-Garabedian et de Cidrac et M. Gremillet, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 3

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° Après le même quatrième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'infirmière ou l'infirmier est autorisé à renouveler les prescriptions, datant de moins d'un an, d'autres médicaments dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, pour une durée maximale de six mois, non renouvelable. »

La parole est à Mme Jocelyne Guidez.

Mme Jocelyne Guidez. Monsieur le rapporteur, madame la ministre, je trouve cet amendement très intéressant. J'espère donc que vous lui réserverez un autre sort qu'aux précédents ! (Sourires.) J'essaie, on ne sait jamais, à force, je vais peut-être réussir ! C'est le dernier !

À ce jour, les infirmiers peuvent effectuer certaines vaccinations sans prescription médicale. Ils peuvent aussi renouveler, sous certaines conditions, les prescriptions datant de moins d'un an de médicaments contraceptifs oraux. Le présent amendement a pour objet d'élargir ce droit.

Ainsi, il vise à permettre à ces professionnels, dans un cadre sécurisé, de renouveler certaines prescriptions de médicaments, dont la liste est fixée par un arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

De ce fait, il s'inscrit dans une logique de simplification du parcours de soins. Le patient pourra, sans retourner consulter son médecin, voir son ordonnance renouvelée par le biais de son infirmier, qui se rend chez lui, par exemple, dans le cadre de sa mission de soins à domicile. Il s'agirait notamment de médicaments traitant des douleurs d'intensité légère à moyenne, comme des antalgiques périphériques.

Enfin, une telle mesure permettrait de réduire l'impact de la désertification médicale sur les territoires ruraux, les coûts de transports pour les citoyens – carburant, tickets de transport... –, et représenterait une source d'économies pour l'assurance maladie en évitant une consultation du médecin.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Les infirmiers ont aujourd'hui la possibilité de renouveler les prescriptions qui datent de moins d'un an s'agissant de médicaments contraceptifs oraux. La commission trouverait plus discutable d'étendre ce droit de prescription à d'autres médicaments, comme des antalgiques, sans prévoir l'information du médecin traitant. Une telle extension pourrait davantage relever du rôle du pharmacien, dans le cadre du dispositif du pharmacien correspondant, visé à l'article 7 *quater* du projet de loi.

C'est la raison pour laquelle la commission demande le retrait de cet amendement. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. De manière générale, vous le savez, les infirmiers ne sont pas autorisés à prescrire des médicaments compte tenu des responsabilités et des incidences importantes que cela implique et au regard des compétences acquises au cours de leur formation.

Nous partageons d'autant plus les préoccupations qui sont l'objet de cet amendement que nous avons absolument besoin de dégager du temps médical. Nous sommes aussi persuadés que les infirmiers peuvent être des acteurs de premier recours très importants. Des évolutions récentes ont permis d'élargir la capacité de prescription des infirmiers.

Ainsi, l'article 7 *bis*, dans la rédaction qui résulte de l'examen du texte par la commission des affaires sociales, permet à l'infirmier d'adapter certains traitements, à condition qu'il intervienne dans le cadre d'un exercice coordonné et sur une liste de traitements fixée après avis de la HAS.

Par ailleurs, le droit de prescription a été reconnu pour les infirmiers de pratique avancée qui devraient sortir des écoles et des masters l'année prochaine. Ces infirmiers de pratique avancée se voient déléguer, sous certaines conditions, des compétences relevant du champ médical. Dans ce cadre, ils peuvent être autorisés à prescrire des produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire et à renouveler le dispositif de prescription médicale.

Il nous semble donc que ces évolutions telles qu'elles sont aujourd'hui encadrées sont suffisantes. Pour toutes ces raisons, j'émetts, au nom du Gouvernement, un avis défavorable.

Mme la présidente. Madame Guidez, l'amendement n° 50 rectifié *sexies* est-il maintenu ?

Mme Jocelyne Guidez. Je vois que ce n'est décidément pas mon jour ! (*Sourires.*) Donc, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 50 rectifié *sexies* est retiré.

Je suis saisie de trois amendements identiques.

L'amendement n° 100 rectifié est présenté par Mmes Estrosi Sassone, Eustache-Brinio et Chain-Larché, MM. Savary et Daubresse, Mme Dumas, MM. Charon, Lefèvre, Dufaut, Chatillon, Danesi et Bazin, Mmes Deromedi et Garriaud-Maylam, MM. Panunzi,

Savin, Revet, Darnaud et Morisset, Mme Morhet-Richaud, MM. Longuet, Ginesta, Perrin, Raison, Genest, Poniatowski, Karoutchi, Meurant, B. Fournier, Mandelli, Pierre, Sido, de Nicolay, de Legge, Guéné et Bouloux, Mme Lamure, M. Laménie, Mme de Cidrac et MM. J.M. Boyer, Duplomb, Gremillet et Segouin.

L'amendement n° 248 est présenté par M. Daudigny.

L'amendement n° 412 rectifié *bis* est présenté par M. Antiste, Mmes Jasmin et G. Jourda, M. Duran et Mme Artigalas.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° À l'avant-dernier alinéa, les mots : « dispositifs médicaux que les infirmiers, lorsqu'ils agissent sur prescription médicale » sont remplacés par les mots : « médicaments, des dispositifs médicaux, des produits et prestations que les infirmiers » ;

Mme la présidente. La parole est à Mme Dominique Estrosi Sassone, pour présenter l'amendement n° 100 rectifié.

Mme Dominique Estrosi Sassone. Cet amendement vise à étendre les compétences des infirmiers afin de répondre aux besoins des patients et aux nouveaux enjeux de santé publique, en leur permettant de prescrire certains médicaments.

Alors que le projet de loi vise à « transformer le système de santé », il paraît logique d'apporter des modifications de fond attendues par les professionnels de santé et les patients en assouplissant le cadre légal existant de la prescription.

Cette mesure de bon sens, qui s'adresse essentiellement aux infirmiers libéraux, permettra un meilleur suivi des pathologies diagnostiquées par les médecins et une meilleure prise en charge de la douleur.

L'arrêté ministériel prévu par l'amendement devra, en amont de sa publication, permettre de consulter l'ensemble des sociétés savantes concernées afin de déterminer une liste acceptée par les professionnels de santé qui sera, bien entendu, limitée aux besoins exprimés dans les territoires et transmis par les ordres.

La Cour des comptes formule la même recommandation pour le cadre hospitalier : déléguer plus d'actes afin de répondre aux problématiques de démographie médicale.

Mme la présidente. La parole est à M. Yves Daudigny, pour défendre l'amendement n° 248.

M. Yves Daudigny. Cet amendement est identique au précédent. Je ne reprendrai pas les éléments qui viennent d'être présentés par ma collègue Dominique Estrosi Sassone, me contenant de souligner deux points.

Dans cette réorganisation que nous envisageons de la médecine de ville et de la médecine ambulatoire, deux catégories d'acteurs sont particulièrement intéressantes : les pharmaciens et les infirmiers et infirmières.

Les pharmacies constituent aujourd'hui un réseau qui continue de mailler les territoires, en particulier les zones rurales. Les infirmiers sont des acteurs de santé qui se rendent au domicile des patients et sont donc au contact de leur vie quotidienne.

L'actuel cadre de l'exercice infirmier ne correspond pas à la réalité des actes accomplis. Certains actes qui sont soumis dans les textes à l'exigence d'une prescription préalable d'un médecin sont, dans la réalité des faits, réalisés sans prescription par l'infirmier qui en informe le médecin.

D'où cet amendement qui reprend en partie une recommandation de la Cour des comptes et vise à élargir le champ d'activité des infirmiers et infirmières.

Mme la présidente. La parole est à M. Maurice Antiste, pour présenter l'amendement n° 412 rectifié *bis*.

M. Maurice Antiste. Cet amendement, sensiblement identique à celui que viennent de défendre mes collègues, vise à assouplir le cadre légal d'exercice des infirmiers.

Ainsi, l'infirmier pourra, par exemple, prescrire les examens de contrôle du patient diabétique dont il assure le suivi. La dépose des dispositifs médicaux que les infirmiers prescrivent déjà serait également facilitée. Cette mesure sera source de simplification pour les professionnels autant que pour les patients et source potentielle d'économies pour l'assurance maladie. Cette ouverture sera encadrée par arrêté.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Ces amendements étendent de manière un peu large – trop large ! – le pouvoir de prescription de l'infirmier, y compris en dehors d'un exercice dans le cadre d'une prescription médicale.

La portée de cette évolution nous paraît trop vague pour l'instant. Avec l'exercice des pratiques avancées que vient d'évoquer Mme la ministre, la profession d'infirmier connaît déjà des évolutions intéressantes dans le sens d'une plus grande autonomie.

Voyons comment ces pratiques se mettent en place, comment les professionnels s'organisent entre eux. Nous pourrions revoir ensuite les nouvelles possibilités proposées.

En attendant, j'é mets, au nom de la commission, un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n° 100 rectifié, 248 et 412 rectifié *bis*.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. L'amendement n° 277, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Alinéa 4

Après le mot :

antiseptiques

insérer le mot :

antalgiques de palier 1

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Cet amendement, qui est très simple, vise à compléter la liste de ce que peuvent prescrire les infirmiers et infirmières et de l'étendre aux antalgiques de palier I, tel que le paracétamol, par exemple.

En effet, l'article 7 *bis* tend à autoriser les infirmiers et infirmières à prescrire des dispositifs médicaux qui existent en vente libre.

Les antalgiques de palier I sont également déjà disponibles en vente libre et pourraient donc être prescrits par les infirmiers et infirmières, ce que demande la FNEI, la Fédération nationale des étudiants en soins infirmiers.

Il serait d'ailleurs relativement ironique, pour ne pas dire ubuesque, que des patients puissent s'en procurer dans des supermarchés, alors que des professionnels de santé qui ont suivi un enseignement de la pharmacologie pendant trois ans ne pourraient pas les prescrire !

Rappelons que l'acte de prescription permet également de sensibiliser le patient sur son usage, sur les dosages et les dangers éventuels ou les effets indésirables. Trop souvent, ces médicaments apparaissent presque anodins et les patients ignorent leur toxicité.

Ouvrir aujourd'hui ce médicament à la prescription des infirmiers et infirmières permettrait donc de sécuriser son utilisation et, surtout, de faire un relais d'orientation du patient vers le médecin pour éviter des retards de diagnostic de certaines pathologies, parfois camouflées par une prise d'antalgiques non encadrée.

Par ailleurs, nous connaissons toutes et tous ici la caractéristique de la France en termes de surconsommation de médicaments sur laquelle notre proposition pourrait également avoir un effet bénéfique.

Enfin, cet élargissement des compétences de ces professionnels de santé correspond, me semble-t-il, à la philosophie de ce que vous souhaitez mettre en œuvre, madame la ministre, notamment par cette loi ou, plus largement, avec votre plan Ma santé 2022. Notre amendement va tout à fait dans ce sens. Afin de fluidifier les parcours des patients, notre proposition permet à différentes catégories de professionnels d'avoir plus de responsabilités, elle autorise la délégation de tâches.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Je viens de discuter avec mon voisin au banc de la commission, qui est pharmacien. Il m'a appris ce que sont les médicaments de palier I. Moi qui étais médecin, je ne les connaissais pas...

D'après ce qu'il m'a dit, les médicaments de palier I pourraient être le paracétamol, l'ibuprofène, ou ce genre de produits qui sont en vente libre. Ils sont délivrés sous le contrôle du pharmacien, qui est en mesure de dire au patient si ce médicament ou un autre est bon pour lui.

Toujours selon mon voisin pharmacien, ces médicaments sont finalement très peu vendus et les gens n'en profitent pas pour, selon ses termes, « en bouffer en permanence ».

Pour l'ensemble de ces raisons, la commission demande le retrait de cet amendement. Sinon l'avis serait défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

Mme la présidente. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. Nous allons maintenir cet amendement. Je ne comprends pas votre raisonnement, monsieur le rapporteur ! À partir du moment où ces produits sont en vente libre et n'exigent pas de prescription médicale...

Mme Martine Berthet. Non !

M. Gérard Dériot, vice-président de la commission des affaires sociales. Ils se vendent sans ordonnance, mais ils ne sont pas en vente libre !

Mme Laurence Cohen. Sans ordonnance, soit ! Vous avez raison, il faut employer les bons termes et je remercie mes collègues pharmaciennes et pharmaciens de parfaire mon éducation ! (*Sourires.*)

À partir du moment où ces produits peuvent être achetés ou vendus sans prescription particulière, il me semble intéressant de proposer aux infirmiers et infirmières d'encadrer, de conseiller, d'accompagner les patients – ce que font effectivement un certain nombre de pharmaciens, je n'en disconviens pas. Je ne vois pas où est le problème !

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 277.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 433 rectifié *ter*, présenté par Mme Berthet, M. Bonne, Mme Imbert, M. B. Fournier, Mmes Delmont-Koropoulis et Lassarade, MM. Meurant, Savary et Pellevat, Mmes Puissat, Noël et Morhet-Richaud, M. Lefèvre, Mmes Gruny et Deromedi, MM. Brisson, Karoutchi, Revet, Sido, Bouloux et Bonhomme, Mmes Deroche et Lamure et M. Laménié, est ainsi libellé :

Compléter cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

...° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Sauf en cas d'indication contraire du médecin, l'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'État de puériculteur ou puéricultrice peut prescrire des dispositifs médicaux de soutien à l'allaitement. Un arrêté des ministres chargés des solidarités et de la santé fixe la liste des dispositifs médicaux concernés »

La parole est à Mme Martine Berthet.

Mme Martine Berthet. Cet amendement vise à ouvrir la possibilité aux puériculteurs et puéricultrices de prescrire des dispositifs médicaux de soutien à l'allaitement.

La Haute Autorité de santé a affirmé, dans son avis du 15 janvier dernier, « qu'une extension de la prescription [des tire-laits] aux infirmières puéricultrices pourrait être envisagée dans la mesure où elles participent déjà à l'accompagnement à l'allaitement ». Elles n'ont pas ce droit de prescription ouvrant au remboursement.

En effet, l'article R. 4311-13 du code de la santé publique précise que l'infirmière titulaire du diplôme d'État de puéricultrice dispense en priorité les actes de surveillance du régime alimentaire du nourrisson.

Le diplôme d'État de puéricultrice est délivré aux titulaires d'un diplôme d'infirmier ou de sage-femme qui ont validé une formation spécifique. Aujourd'hui, parmi eux, seules les sages-femmes ont l'autorisation de prescrire des tire-laits.

Il apparaît donc justifié de faire évoluer par la loi la possibilité de prescription de dispositifs de soutien à l'allaitement tels que les tire-laits par les puéricultrices, puis de définir précisément les dispositifs concernés dans le cadre ministériel.

Mme la présidente. Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 101 rectifié est présenté par Mmes Estrosi Sassone, Eustache-Brinio et Chain-Larché, MM. Savary et Daubresse, Mme Dumas, MM. Calvet, Charon, Lefèvre, Dufaut, Chatillon, Danesi et Bazin,

Mmes Deromedi et Garriaud-Maylam, MM. Panunzi, Savin et Revet, Mme L. Darcos, MM. Darnaud et Morisset, Mme Morhet-Richaud, MM. Longuet, Babary et Ginesta, Mme Malet, MM. Perrin, Raison, Genest, Poniatowski, Karoutchi, Meurant, Moullier et Bonne, Mme Chauvin, MM. B. Fournier, Mandelli, Pierre, Sido, de Nicolaï, de Legge et Rapin, Mme Di Folco, MM. Guené, Bouloux et Laménié, Mme de Cidrac et MM. J.M. Boyer, Duplomb, Gremillet et Segouin.

L'amendement n° 308 rectifié est présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Compléter cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

...° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Sauf en cas d'indication contraire du médecin, l'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'État de puéricultrice peut prescrire des dispositifs médicaux de soutien à l'allaitement. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des dispositifs médicaux concernés. »

La parole est à Mme Dominique Estrosi Sassone, pour défendre l'amendement n° 101 rectifié.

Mme Dominique Estrosi Sassone. Nous sommes dans une période où l'on veut promouvoir l'allaitement maternel en France alors que cette pratique a malheureusement tendance à diminuer. L'Organisation mondiale de la santé recommande un allaitement exclusif jusqu'aux six mois de l'enfant au minimum pour son développement physique et cérébral. Elle met en lumière les bienfaits de la pratique pour les mères, comme l'illustrent de nombreuses études médicales internationales.

Il me semble que cet amendement va dans ce sens et est de nature à inciter les jeunes mères à pratiquer l'allaitement maternel.

Mme la présidente. La parole est à Mme Michelle Gréaume, pour présenter l'amendement n° 308 rectifié.

Mme Michelle Gréaume. Les centres de protection maternelle et infantile, ou PMI, les parents, les puéricultrices prodiguent beaucoup de conseils, notamment au sujet de l'alimentation du bébé. Il semble donc logique de leur permettre de prescrire les dispositifs de soutien à l'allaitement.

Parmi les actes dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'État de puéricultrice figure « la surveillance du régime alimentaire du nourrisson ».

Madame la ministre, vous avez répondu à nos collègues députés qu'il existe moins d'une centaine de puéricultrices libérales en France et que cette disposition ne facilite que faiblement l'accès aux soins. Cependant, comme nous ne partageons pas le même avis, nous avons décidé de déposer cet amendement !

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. L'article L. 4311-1 du code de la santé publique fixant les compétences des infirmiers leur permet déjà de prescrire des dispositifs médicaux lorsqu'ils agissent sur prescription médicale.

La modification souhaitée pourrait être résolue par une adaptation de l'arrêté ministériel fixant la liste des dispositifs médicaux concernés.

Il ne semble pas à la commission qu'il appartienne à la loi de tous les énumérer. Nous souhaiterions évidemment avoir des précisions de la part de Mme la ministre sur la prise en compte de cette demande.

Dans cette attente, nous demandons le retrait de ces amendements. Sinon, l'avis serait défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Le Gouvernement est défavorable à l'ensemble de ces amendements, même si nous entendons, évidemment, les besoins exprimés par leurs auteurs.

Nous pensons qu'il faut renforcer l'accompagnement des jeunes enfants et de leurs mères et nous travaillons sur le sujet.

Le droit de prescription, notamment de dispositifs médicaux favorables à l'allaitement maternel, n'est absolument pas l'unique vecteur de cette amélioration de l'accompagnement des femmes et de leurs enfants.

Deux rapports parlementaires relatifs aux missions des centres de PMI et au parcours de santé des enfants jusqu'à 6 ans sont à l'origine d'une feuille de route sur les mille premiers jours des enfants qui est en préparation au sein du ministère.

Il nous semble que tout cela doit être travaillé bien en amont. Nous pensons qu'il faut étudier les possibilités de faire évoluer plus largement le champ des compétences des infirmières puéricultrices dans la prise en charge de l'enfant dès les premières années de la vie.

Pour ces raisons et dans l'attente de la réalisation de tous ces travaux qui devront impliquer l'ensemble des professionnels du secteur, je suis défavorable à l'inscription dans la loi d'un acte unique quand il s'agit d'élargir une compétence.

J'émet, au nom du Gouvernement, un avis défavorable sur ces amendements.

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. Beaucoup d'amendements de même nature ont été déposés ; je partage, au fond, leur esprit. Un important mouvement d'évolution des compétences et des répartitions de tâches est entamé depuis un certain nombre d'années. Plusieurs professions de santé ont, depuis trop longtemps, été insuffisamment valorisées et n'ont pas été assez utilisées à hauteur de leurs compétences dans notre système de soins.

Le travail en cours est intéressant, mais il ne faudrait pas qu'il se transforme en affrontement entre ces différentes professions, qui viendraient se disputer les actes à réaliser. Dès lors, il faut que ces professions participent aux discussions sur la délimitation de leurs compétences et de leurs responsabilités.

Il est très tentant pour le législateur d'interférer dans ce travail, mais, dans le cas qui nous occupe, la décision ne peut être prise sans que les sages-femmes soient parties prenantes au débat. Il faut laisser le temps aux sages-femmes et aux infirmières de travailler sur cette question, avec les différentes professions de santé et le ministère (*Mme la ministre acquiesce.*) ; ensuite, si l'on estime que la direction prise n'est pas la bonne, il sera toujours temps de venir le dire.

Pour ma part, à ce stade, je préfère ne pas voter ces amendements, non par manque d'intérêt ou de respect pour la profession d'infirmière puéricultrice, mais pour que le nouveau système de soins se construise de façon participative et régulée, et non dans la confusion et la concurrence.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 433 rectifié *ter*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 101 rectifié et 308 rectifié.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 7 *bis*.

(L'article 7 bis est adopté.)

Articles additionnels après l'article 7 *bis*

Mme la présidente. Je suis saisie de cinq amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 176, présenté par M. Karoutchi, Mme Bories, MM. Brisson, Calvet, Chaize, Charon, Chatillon, Cuypers, Dallier, Danesi, Darnaud, Daubresse et de Legge, Mmes Deromedi, Duranton, Eustache-Brinio, Garriaud-Maylam et Gruny, MM. Kennel et Laménie, Mme Lavarde, M. Lefèvre, Mme M. Mercier, MM. Pierre, Revet, Sido, Vaspert et Vogel, Mme Ramond, M. Duplomb et Mme Dumas, est ainsi libellé :

Après l'article 7 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 4321-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au huitième alinéa, les mots : « , dont les actes médicaux prescrits par un médecin, » sont supprimés ;

2° Les deux derniers alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« Un compte rendu des actes accomplis par le masseur-kinésithérapeute est adressé mensuellement au médecin traitant et reporté dans le dossier médical partagé. Les masseurs-kinésithérapeutes peuvent prescrire les substituts nicotiques, les dispositifs médicaux et les actes d'imagerie médicale nécessaires à l'exercice de leur profession. La liste de ces dispositifs médicaux et de ces actes d'imagerie médicale est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de l'Académie nationale de médecine. »

La parole est à M. Michel Vaspert.

M. Michel Vaspert. M. Karoutchi m'a demandé de défendre cet amendement, qui vise à permettre aux patients de consulter un masseur-kinésithérapeute en première intention sans avoir besoin d'une prescription médicale. Le masseur-kinésithérapeute pourra, à la suite de cette première consultation, soit prendre en charge le patient, soit le réorienter vers son médecin traitant. Cela permettra de mieux traiter la petite traumatologie telle qu'entorses ou lumbagos et d'être plus efficace dans la prise en charge.

Le corollaire de cet accès direct est double. Le masseur-kinésithérapeute sera soumis à une obligation de compte rendu mensuel au médecin traitant, afin de permettre un contrôle efficace, mais il recevra également le droit de prescrire des actes d'imagerie médicale.

Les bénéficiaires de l'adoption d'un tel amendement seront multiples : rapidité d'accès aux soins et de traitement, diminution de la prise d'antalgiques et du nombre d'examen complémentaires.

Mme la présidente. Les trois amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 60 rectifié *bis* est présenté par Mme Noël, MM. D. Laurent, Darnaud et Morisset, Mme Deromedi et MM. Laménié et Poniatowski.

L'amendement n° 432 est présenté par MM. Capus, Malhuret, Guerriau et Decool, Mme Mélot et MM. Lagourgue et Fouché.

L'amendement n° 606 rectifié est présenté par MM. de Legge, Paul, Lefèvre et Danesi, Mme Lassarade, MM. de Nicolaj, Courtial, Revet et Bizet, Mme Morhet-Richaud, MM. Raison et Perrin, Mme Lopez et M. Daubresse.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 7 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 4321-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° La première phrase du neuvième alinéa est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :

« Le masseur-kinésithérapeute pratique son art notamment sur prescription médicale. Il peut renouveler et adapter, sauf indication contraire du médecin, les prescriptions médicales d'actes de masso-kinésithérapie dans des conditions définies par décret. » ;

2° Le dernier alinéa est ainsi modifié :

a) La première phrase est supprimée ;

b) La deuxième phrase est ainsi rédigée : « Un compte rendu des soins ayant été réalisés par le masseur-kinésithérapeute, adressé au médecin traitant, est reporté dans le dossier médical partagé. »

La parole est à M. Daniel Laurent, pour présenter l'amendement n° 60 rectifié *bis*.

M. Daniel Laurent. Il est défendu, madame la présidente.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Decool, pour présenter l'amendement n° 432.

M. Jean-Pierre Decool. Il est lui aussi défendu.

Mme la présidente. La parole est à Mme Patricia Morhet-Richaud, pour présenter l'amendement n° 606 rectifié.

Mme Patricia Morhet-Richaud. Il est également défendu.

Mme la présidente. L'amendement n° 61 rectifié *bis*, présenté par Mme Noël, MM. D. Laurent, Darnaud et Morisset, Mme Deromedi et M. Laménié, est ainsi libellé :

Après l'article 7 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Aux deuxième et dernière phrases du neuvième alinéa de l'article L. 4321-1 du code de la santé publique, les mots : « dispositifs médicaux » sont remplacés par les mots : « produits de santé ».

La parole est à M. Daniel Laurent.

M. Daniel Laurent. Il est défendu, madame la présidente.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Ces amendements ont tous pour objet d'étendre largement les conditions d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes, en prévoyant, soit un accès direct, soit, pour les amendements n° 176 et 61 rectifié *bis*, une extension du droit de prescription.

Dans un objectif de pertinence des soins, il a paru utile à la commission de maintenir le médecin traitant comme un pivot de la prise en charge des patients et de la régulation de l'accès à ces soins, dont la croissance est particulièrement dynamique.

Dès lors, en attendant une étude plus approfondie, la commission souhaite le retrait de ces amendements ; à défaut, son avis sera défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

Mme la présidente. Monsieur Vaspert, l'amendement n° 176 est-il maintenu ?

M. Michel Vaspert. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 176 est retiré.

Monsieur Laurent, les amendements n° 60 rectifié *bis* et 61 rectifié *bis* sont-ils maintenus ?

M. Daniel Laurent. Non, je les retire, madame la présidente.

Mme la présidente. Les amendements n° 60 rectifié *bis* et 61 rectifié *bis* sont retirés.

Monsieur Decool, l'amendement n° 432 est-il maintenu ?

M. Jean-Pierre Decool. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 432 est retiré.

Madame Morhet-Richaud, l'amendement n° 606 rectifié est-il maintenu ?

Mme Patricia Morhet-Richaud. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 606 rectifié est retiré.

L'amendement n° 68 rectifié *quater*, présenté par Mme Micouleau, MM. Babary et Bascher, Mmes A. M. Bertrand et Bonfanti-Dossat, M. Brisson, Mme Canayer, MM. Chatillon, Cuypers et Danesi, Mmes Delmont-Koropoulis et Estrosi Sassone, MM. Gremillet, Guerriau, Houpert et Laménié, Mme Lamure, M. Lefèvre, Mme Lherbier et MM. Mandelli, Meurant, Morisset, Poniatowski, Rapin et Sido, est ainsi libellé :

Après l'article 7 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le septième alinéa de l'article 75 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé est complété par une phrase ainsi rédigée : « Tout praticien ainsi inscrit qui n'a pas lui-même la qualité de médecin peut, quel que soit le lieu de sa résidence professionnelle, prodiguer les actes prévus au précédent alinéa dans une ou plusieurs 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, sauf opposition expresse du conseil départemental de l'ordre des médecins de la zone concernée formée dans les deux mois suivant sa saisine par le praticien. »

La parole est à Mme Brigitte Micouveau.

Mme Brigitte Micouveau. L'objet principal de cet amendement est de soulever la question de la création d'un ordre des ostéopathes.

Il vise en première analyse à sécuriser les interventions des ostéopathes dans les zones sous-denses lorsqu'ils n'y ont pas leur résidence professionnelle, mais nous voulons surtout lancer l'alerte quant à la structuration de cette profession.

En abordant la pratique de l'ostéopathie dans les zones sous-denses, nous entendons démontrer que de telles initiatives devraient être envisagées, en liaison avec une structure ayant autorité. Cela impliquerait de saisir le conseil départemental de l'ordre des médecins, faute de conseil de l'ordre des ostéopathes.

La solution proposée n'est pas des plus orthodoxes, puisqu'elle revient à demander au Conseil de l'ordre des médecins de se prononcer sur la demande d'un non-médecin.

En l'état actuel du droit, aucune solution orthodoxe ne permet de sécuriser les initiatives des ostéopathes. Seule la création d'un conseil de l'ordre des ostéopathes permettrait de remédier à cet angle mort de notre législation.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Si j'ai bien compris l'objet de cet amendement, il s'agit de faire en sorte que les ostéopathes et chiropraticiens puissent intervenir dans des zones sous-denses alors qu'ils n'y ont pas leur résidence professionnelle, comme c'est le cas pour les médecins.

Certes, cela apporterait de la souplesse, mais faire reposer cette régulation sur l'ordre des médecins a paru particulièrement discutable à la commission. Dès lors, faute d'un retrait de cet amendement, elle lui sera défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 68 rectifié *quater*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 7 *ter* A (nouveau)

- ① Après le quatrième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ② « L'infirmière ou l'infirmier, en dehors du cadre des coopérations prévues à l'article L. 4011-1, peut être désigné comme référent au sein d'une équipe de soins par le patient en perte d'autonomie ou en affection de longue durée, afin d'assurer la coordination clinique de proximité en lien étroit avec le médecin traitant et le pharmacien correspondant. L'infirmière ou l'infirmier référent, le médecin traitant et le pharmacien correspondant sont signataires d'un projet de santé au sens des articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 ou L. 6323-3. »

Mme la présidente. La parole est à Mme Christine Bonfanti-Dossat, sur l'article.

Mme Christine Bonfanti-Dossat. Je veux prendre rapidement la parole pour exprimer tout mon soutien à cet article, qui permet aux infirmiers d'être désignés comme référents ou comme infirmiers de famille par le patient, mais aussi mon opposition ferme à l'amendement du Gouvernement.

Je me réjouis que la commission des affaires sociales ait adopté cette disposition, qui conforte et renforce la dimension profondément humaine de l'engagement des infirmiers.

Nous venons de passer deux jours à déplorer les méfaits de la désertification médicale qui gangrène nos territoires. Aujourd'hui, la notion de « médecin de famille », ce médecin qui guérissait nos plaies et qui pensait nos âmes, est derrière nous. Les paradigmes ont totalement changé.

Alors, qui reste-t-il sur le terrain ? Aujourd'hui, 116 000 infirmiers exercent, pour 90 % de leur temps, à domicile. Chaque jour, 700 000 patients en situation de dépendance bénéficient ainsi de soins chez eux.

Vous nous affirmez, madame la ministre, que la création d'un statut d'infirmier référent ou d'infirmier de famille serait source de confusion pour le patient. Or les choses sont tout à fait différentes sur le terrain. D'ailleurs, les infirmiers n'ont pas attendu d'obtenir ce statut pour endosser ce rôle d'infirmier de famille. C'est bien de ce lien de confiance établi entre le patient et l'infirmier qu'il s'agit, madame la ministre, lien indispensable et bienveillant qui rend cette profession si humaine.

Par conséquent, il me semble que ce rôle de coordination est fondamental. C'est pourquoi, madame la ministre, je fais appel à toute votre bienveillance pour cette disposition profondément utile, source de confiance pour nos concitoyens.

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Jomier, sur l'article.

M. Bernard Jomier. L'article 7 *ter* A consacre un objectif qui nous tient à cœur, à savoir la désignation d'un infirmier référent. Je remercie notre collègue Yves Daudigny, qui a été à l'initiative de cet ajout en commission.

La profession d'infirmier est amenée à jouer un rôle central dans la transformation de l'organisation de notre système de soins, au regard de l'enjeu de santé publique considérable que représente la transition démographique en cours. Dans le cadre du premier recours, de la collaboration avec le médecin traitant dans la prise en charge des patients âgés et chroniques, et de leur rôle en santé publique, les infirmiers doivent voir leurs missions évoluer. À cet égard, nous accueillons comme un signal positif le travail que vous engagez, madame la ministre, sur le développement des pratiques avancées.

Alors que le programme Santé 21 de l'Organisation mondiale de la santé pour l'Europe consacre le concept d'infirmière « de famille » ou d'« infirmier référent » et que beaucoup de nos voisins européens l'ont déployé, en France, il apparaît toujours comme un chaînon manquant dans le panorama de l'organisation des soins, qui pourrait pourtant s'intégrer dans un triptyque fructueux avec le médecin traitant et le pharmacien.

Madame la ministre, vous avez déposé un amendement visant à supprimer cet article ; je ne partage pas vos arguments. Je ne vois pas en quoi la désignation d'un infirmier référent remettrait en cause la coordination déjà assurée par les CPTS et détournerait les patients de l'équipe de soins.

En outre, la dénomination de « référent » ne rajouterait pas plus de confusion que la faveur qui a déjà été octroyée aux pharmaciens dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019. Est-il besoin de le rappeler, l'importance du triptyque qui lie médecin, infirmier et pharmacien dans l'accompagnement du patient dans son parcours de soins n'est pas à prouver.

Au même titre que les mesures de redistribution de tâches dont nous discutons, on remarque que les potentiels de certaines professions paramédicales demeurent largement sous-exploités. Nous ne pouvons que le regretter.

Mme la présidente. L'amendement n° 485, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. J'entends évidemment les remarques que viennent d'exprimer Mme Bonfanti-Dossat et M. Jomier. À l'évidence, nous partageons le même souhait : voir les infirmiers et les infirmières jouer un rôle accru dans nos territoires. Ils jouent déjà un rôle prédominant auprès des patients : nous le savons et ils sont reconnus comme tels.

Néanmoins, nous souhaitons permettre une certaine lisibilité des parcours de soins. Nous venons de créer les infirmiers en pratique avancée, nous n'ignorons pas qu'il existe toujours plus d'infirmiers de coordination, notamment dans les maisons de santé et sur toutes les plateformes territoriales d'appui. Nous ne souhaitons donc pas ajouter un nouveau degré de complexité.

Le présent article prévoit que le médecin traitant, le pharmacien correspondant et l'infirmier référent soient signataires d'un même projet de santé d'exercice coordonné. C'est confondre, à mon sens, un protocole de prise en charge construit autour d'un patient et un projet de santé, qui est forcément beaucoup plus large. Cela crée de la confusion.

C'est pourquoi je vous propose de supprimer cet article.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Il a paru à la commission que la notion d'« infirmier référent » n'était pas antinomique avec les équipes de soins primaires, ou encore avec les CPTS. Il semblerait même que ce soit seulement une faculté, et non un mode général d'organisation. Dès lors, la commission a émis un avis défavorable sur cet amendement de suppression.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 485.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 7 *ter* A.

*(L'article 7 *ter* A est adopté.)*

Article additionnel après l'article 7 *ter* A

Mme la présidente. L'amendement n° 598, 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, est ainsi libellé :

Après l'article 7 *ter* A

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après la section 5 du chapitre II du titre I^{er} du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique, est insérée une section ainsi rédigée :

« Section ...

« Dispositions diverses

« Art. L. 4312- – Les infirmiers exerçant en commun leur activité et percevant, à ce titre, une rémunération forfaitaire par patient ne sont pas soumis à l'interdiction de partage d'honoraires au sens du présent code.

« Ces professionnels ne sont pas réputés pratiquer le compéage au sens du présent code du seul fait de l'exercice en commun de leur activité et du partage d'honoraires réalisé dans ce cadre compte tenu de la perception d'une rémunération forfaitaire par patient. »

La parole est à M. Michel Amiel.

M. Michel Amiel. Cet amendement vise à apporter une dérogation à l'interdiction du partage d'honoraires qui porte le nom assez peu élégant de « compéage ».

En effet, aujourd'hui, l'activité des soins infirmiers à domicile relève le plus souvent d'une rémunération forfaitaire, et non d'un paiement à l'acte. Or, du fait de l'obligation déontologique de continuité des soins édictée par l'article R. 4312-12 du code de la santé publique, cette prise en charge forfaitaire doit être assurée, le plus souvent, par une équipe de soins infirmiers.

Aussi, les infirmiers exerçant en commun leur activité et percevant à ce titre une rémunération forfaitaire par patient pourraient ne pas être soumis à l'interdiction de partage d'honoraires au sens du code.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Cette disposition contribuerait à rationaliser l'intervention des infirmiers auprès des patients, dans le prolongement des avancées actées par l'avenant n° 6 de la convention nationale des infirmiers libéraux.

La commission a donc émis un avis favorable sur cet amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Il est également favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 598.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 7 *ter* A.

Article 7 *ter*

Au premier alinéa de l'article L. 4322-1 du code de la santé publique, les mots : « provoquant l'effusion de sang » sont remplacés par le mot : « chirurgicale ». – *(Adopté.)*

Article 7 *quater*

① I. – Le 7° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique est ainsi modifié :

② 1° La première phrase est ainsi modifiée :

③ a) Les mots : « , dans le cadre des coopérations prévues par l'article L. 4011-1 du présent code, » et les mots : « au sein de l'équipe de soins » sont supprimés ;

- ④ *b)* Sont ajoutés les mots : « dans le cadre d'un exercice coordonné au sein des dispositifs mentionnés aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3 du présent code » ;
- ⑤ 2° À la seconde phrase, après le mot : « chroniques », le signe : « , » est remplacé par le mot : « et » et, à la fin, les mots : « et effectuer des bilans de médication destinés à en optimiser les effets » sont supprimés.
- ⑥ I *bis* (nouveau). – Au deuxième alinéa de l'article L. 5521-2 du code de la santé publique, les mots : « présente ordonnance », sont remplacés par les mots : « loi n° ... du ... ».
- ⑦ II. – (*Non modifié*) Le *j* du 2° du II de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale est abrogé.
- ⑧ III. – (*Non modifié*) Pour une période n'excédant pas trois ans à compter de la publication de la présente loi et par dérogation à l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent, par arrêté, le montant, les modalités et les conditions d'éligibilité pour les rémunérations des pharmaciens mettant en œuvre les dispositions du 7° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique.

Mme la présidente. L'amendement n° 802, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 6

Remplacer cet alinéa par quatre alinéas ainsi rédigés :

I *bis*. – L'article L. 5521-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au second alinéa, la référence : « L. 5125-1 » est remplacée par la référence : « L. 5125-1-1 » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les articles L. 5125-1 et L. 5125-1-1 A sont applicables dans le territoire de Wallis-et-Futuna dans leur rédaction résultant de la loi n° ... du ... relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Milon, rapporteur. C'est un amendement rédactionnel.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Il est favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 802.

(*L'amendement est adopté.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 7 *quater*, modifié.

(*L'article 7 quater est adopté.*)

Article 7 *quinquies* A (nouveau)

- ① Le premier alinéa de l'article L. 5125-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Après le mot : « affecté », sont insérés les mots : « , d'une part, » ;

③ 2° La référence : « à l'article L. 4211-1 » est remplacée par les références : « aux articles L. 4211-1 et L. 5125-24 » ;

④ 3° Sont ajoutés les mots : « , et d'autre part, au conseil pharmaceutique et à l'exercice des missions visées à l'article L. 5125-1-1 A du présent code ». – (*Adopté.*)

Article 7 *quinquies* (*Non modifié*)

① I. – L'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique est ainsi modifié :

② 1° Après le 9°, il est inséré un 10° ainsi rédigé :

③ « 10° Peuvent, dans le cadre de protocoles inscrits dans le cadre d'un exercice coordonné au sein des dispositifs mentionnés aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1-10, et L. 6323-3, délivrer des médicaments dont la liste est fixée par arrêté, pris après avis de la Haute Autorité de santé, et sur la base de protocoles définis par celle-ci. » ;

④ 2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

⑤ « Un décret fixe les conditions d'application du 10°, notamment les conditions de formation préalable des pharmaciens et les modalités d'information du médecin traitant. »

⑥ II. – Le I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

Mme la présidente. L'amendement n° 803, présenté par M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 3

Remplacer la référence :

L. 6323-1-10

par la référence :

L. 6323-1

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement vise à corriger une erreur de renvoi.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Il est favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 803.

(*L'amendement est adopté.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 457 rectifié, présenté par M. Canevet, Mmes Billon et Férat et MM. Jeansannetas et Moga, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 3

Après la référence :

L. 6323-3,

insérer les mots :

pour une durée de trois ans, à titre expérimental, et dans deux régions déterminées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale,

II. – Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

– Un rapport d'évaluation est réalisé par le Gouvernement et, au terme de l'expérimentation, remis au Parlement.

La parole est à M. Michel Canevet.

M. Michel Canevet. Nous voulons favoriser la coopération entre médecins et pharmaciens. La dispensation sous protocole peut en effet permettre un meilleur accès aux soins dans les zones en tension. Les médecins, les pharmaciens et les autres professionnels de santé sur un même territoire doivent pouvoir coopérer facilement, sans passer par des voies dérogatoires, et ce afin de faciliter l'accès aux soins des patients.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Il serait dommage de limiter à deux régions la portée de ce dispositif dont la montée en charge sera évidemment progressive, puisqu'elle devra s'appuyer sur des protocoles, ou « arbres de décisions », entre médecins et pharmaciens. Laissons les professionnels se saisir de cette possibilité qui leur est ouverte.

Je vous demande donc de bien vouloir retirer cet amendement, mon cher collègue ; à défaut, l'avis de la commission sera défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

Mme la présidente. Monsieur Canevet, l'amendement n° 457 rectifié est-il maintenu ?

M. Michel Canevet. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 457 rectifié est retiré.

L'amendement n° 393 rectifié *bis*, présenté par Mme Doineau, MM. Vanlerenberghe et Henno, Mmes Dindar, C. Fournier et Guidez et M. Capocanellas, est ainsi libellé :

Alinéa 3

1° Après le mot :

délivrer

insérer les mots :

pour certaines pathologies

2° Supprimer les mots :

et sur la base de protocoles définis par celle-ci

La parole est à Mme Élisabeth Doineau.

Mme Élisabeth Doineau. L'article 7 *quinquies* étend la compétence des pharmaciens en leur permettant, dans le cadre de protocoles inscrits dans un exercice coordonné, de délivrer des médicaments figurant sur une liste fixée par arrêté pris après avis de la Haute Autorité de santé et sur la base de protocoles définis par elle.

Le présent amendement vise à sécuriser cette disposition et à la rendre plus opérationnelle.

Il s'agit, en premier lieu, de mentionner que la liste fixée par arrêté précise également les pathologies auxquelles sont associés les médicaments pour lesquels la délivrance par les pharmaciens est autorisée. En effet, un même médicament peut être utilisé pour plusieurs pathologies. Il me paraît indispensable d'être précis dans ce domaine des coopérations entre médecins et pharmaciens.

En second lieu, nous supprimerions la nécessité de faire élaborer ces protocoles par la Haute Autorité de santé. Ils pourront être élaborés, plus simplement, dans le cadre du dispositif instauré par l'article 19 *ter* de ce projet de loi, qui permet la rédaction de protocoles nationaux par les équipes s'inscrivant dans un exercice coordonné, puis leur autorisation par arrêté ministériel après avis de la HAS.

Je précise que cet amendement correspond aux préconisations de la Haute Autorité de santé elle-même.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Les modifications proposées paraissent utiles, dès lors que deux niveaux de protocoles se superposaient. La commission a donc émis un avis favorable sur cet amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Il est également favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 393 rectifié *bis*.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 671 rectifié, présenté par Mme Lavarde, MM. Bonhomme, Sido et Piednoir, Mmes Deromedi et Vullien, M. Lefèvre, Mmes L. Darcos et Guidez, MM. Brisson et Courtial, Mme Morhet-Richaud et MM. de Nicolaj, Karoutchi et Cadic, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 3

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

« ... – À titre expérimental et par dérogation au 4° de l'article L. 4211-1, pour une durée de trois ans à compter de la publication de la présente loi, la vente au détail des médicaments qui ne sont pas soumis à prescription médicale obligatoire est autorisée en dehors des établissements mentionnés à l'article L. 5125-1, à condition que la vente soit effectuée par une personne titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionnés aux articles L. 4221-2 à L. 4221-5.

« Les conditions de mise en œuvre du 11° sont définies par voie réglementaire. Elles précisent notamment les conditions d'évaluation des expérimentations en vue d'une éventuelle généralisation. » ;

La parole est à M. Max Brisson.

M. Max Brisson. Cet amendement vise à étendre, à titre expérimental, la vente de médicaments non soumis à prescription médicale dans les établissements où une personne est titulaire d'un diplôme français d'État de docteur en pharmacie ou de pharmacien.

Le Gouvernement veut assouplir les conditions de vente en ligne de médicaments non soumis à prescription médicale. La vente en ligne est encore trop peu utilisée pour ces médicaments, alors qu'elle est autorisée depuis 2012. Cet assouplissement a pour objet d'accroître la concurrence entre les pharmacies et, par conséquent, d'infléchir les prix de ces médicaments.

Or la vente en ligne ne permet pas aux patients de recevoir de conseils adaptés, délivrés par des docteurs pharmacie. En outre, elle a un impact environnemental supérieur de 7 % à celui du commerce physique. En effet, selon l'Ademe, l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie, un achat en ligne équivaldrait à l'émission de 12 grammes de CO₂, soit celle d'un trajet d'un kilomètre en voiture.

Enfin, cette requête a été défendue par de nombreux acteurs depuis plusieurs années : la Cour des comptes l'a fait en 2017, l'Autorité de la concurrence en 2019, l'Inspection générale des finances en 2014. Les Français eux-mêmes réclameraient une telle mesure, selon une enquête menée par l'association UFC-Que Choisir depuis 2012.

Pour rappel, le Sénat a déjà approuvé la mise en vente de tests de grossesse et de produits pour lentilles de contact en dehors des pharmacies, permettant un gain de pouvoir d'achat important pour les Français. Il faut continuer dans cette voie !

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement soulève une question de fond, celle de la vente de certains médicaments en dehors du cadre officinal, sous la responsabilité de pharmaciens diplômés. En matière d'accès aux médicaments sur le territoire, le maillage officinal est déjà dense. C'est pourquoi l'évolution proposée ne nous a pas semblé prioritaire. Elle devrait par ailleurs se faire en concertation étroite avec les représentants de la profession, car elle remettrait en question les strictes règles démographiques qui s'appliquent pour l'installation des officines.

La commission a donc émis un avis défavorable sur cet amendement. Elle souhaite également qu'on ne fasse pas de confusion entre un médicament et un test de grossesse, qui n'en est pas un !

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

M. Max Brisson. Je retire l'amendement, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 671 rectifié est retiré.

L'amendement n° 211 rectifié *bis*, présenté par Mme Berthet, MM. Mouiller, Pierre, Sol et Pellevat, Mmes Puissat et Noël, M. Mandelli, Mmes Gruny et Garriaud-Maylam, M. B. Fournier, Mmes Bruguère, Bonfanti-Dossat, de Cidrac et Deroche, MM. Duplomb, J. M. Boyer, Bonhomme et Laménie, Mme Lamure et M. Sido, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 5

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° Après le 10°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Peuvent adresser un questionnaire visant au dépistage d'un éventuel risque ostéoporotique chez les femmes de plus de 50 ans. »

La parole est à Mme Martine Berthet.

Mme Martine Berthet. En janvier 2016, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la santé, la Drees, a pointé une surmortalité importante chez les personnes hospitalisées pour une fracture du col du fémur, principale conséquence de la fragilité osseuse des patients ostéoporotiques.

Pourtant, une baisse de la prise en charge dans ce domaine a été constatée depuis 2011, ce qui se caractérise par une hausse des hospitalisations pour fracture ainsi qu'une baisse du nombre d'ostéodensitométries réalisées.

Aussi proposons-nous, dans le cadre de l'amélioration des parcours de soins pour l'ostéoporose présentée au sein du plan Ma santé 2022 et des nouvelles missions du pharmacien

d'officine, de permettre à ce dernier de proposer un questionnaire de dépistage de l'ostéoporose aux femmes de plus de 50 ans, qui sont particulièrement exposées à ce risque.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Le sujet est évidemment important, mais une telle mission paraît déjà incluse parmi celles qu'assument les pharmaciens. Ceux-ci peuvent en effet, aux termes du 8° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique, « proposer des conseils et des prestations destinées à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes ».

Votre amendement nous semble donc satisfait. C'est pourquoi je vous demande de bien vouloir le retirer.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

Mme la présidente. Madame Berthet, l'amendement n° 211 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Martine Berthet. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 211 rectifié *bis* est retiré.

Je mets aux voix l'article 7 *quinquies*, modifié.

(L'article 7 *quinquies* est adopté.)

Articles additionnels après l'article 7 *quinquies*

Mme la présidente. L'amendement n° 493 rectifié *bis*, présenté par MM. Chasseing, Decool, Fouché, Guerriau, Lagourgue et A. Marc, Mme Mélot, MM. Menonville, Wattebled et Bonne, Mmes Deromedi et Noël, MM. de Legge, Bouloux, Nougéin, Longeot, Mandelli, Laménie et Bonhomme et Mme Renaud-Garabedian, est ainsi libellé :

Après l'article 7 *quinquies*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le neuvième alinéa de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« ...° Peuvent sans protocole avec le médecin traitant, contrôler la tension artérielle ;

« ...° Peuvent délivrer un médicament monodose pour une cystite et pratiquer préalablement un examen cytbactériologique des urines. Ils doivent communiquer les résultats au médecin traitant et l'inscrire dans le dossier médical partagé ; »

La parole est à M. Daniel Chasseing.

M. Daniel Chasseing. Cet amendement vise à développer les compétences des pharmaciens en les autorisant à contrôler la tension artérielle, ainsi qu'à délivrer des médicaments pour une cystite et à pratiquer préalablement un examen cytbactériologique des urines, ou ECBU.

Bien sûr, les pharmaciens devront, dans le cadre d'un protocole, communiquer les résultats de ces examens au médecin traitant et les inscrire dans le DMP, le dossier médical partagé du patient.

Les pharmaciens auront accès au DMP, ils contrôlent les ordonnances du médecin et ils connaissent les interactions médicamenteuses, les contre-indications et les intolérances. Je pense donc que ces actes peuvent être accomplis en toute sécurité.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Cet amendement paraît satisfait par l'article 7 *quinquies*, dont la rédaction, certes plus large, permet toutefois de viser la cystite, comme les débats à l'Assemblée nationale l'ont souligné.

Je vous demande donc de bien vouloir retirer votre amendement, docteur. (*Sourires.*)

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Cet amendement a le même objet que l'article 7 *quinquies*, qui permet au pharmacien de délivrer sans prescription médicale préalable des produits de santé de premier recours pour des situations simples, en suivant des protocoles inscrits dans un cadre d'exercice coordonné.

Il me semble donc que le texte vous donne déjà satisfaction, monsieur le sénateur. D'une part, le contrôle de la tension artérielle est déjà possible dans une pharmacie d'officine. D'autre part, la délivrance sans prescription médicale d'un antibiotique monodose pour la cystite fait potentiellement partie des mesures prévues par cet article. La rédaction que vous préconisez serait en fait plus restrictive.

Enfin, la HAS ne recommande pas de pratiquer un ECBU pour la cystite simple, mais de recourir à une bandelette urinaire, ce qui est déjà faisable dans une pharmacie.

Pour ces raisons, le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement.

Mme la présidente. Monsieur Chasseing, l'amendement n° 493 rectifié *bis* est-il maintenu ?

M. Daniel Chasseing. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 493 rectifié *bis* est retiré.

Je suis saisie de trois amendements identiques.

L'amendement n° 367 rectifié *bis* est 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. Léonhardt, Requier, Roux, Vall et Husson.

L'amendement n° 436 rectifié *bis* est présenté par Mmes Berthet, Imbert et Lassarade, MM. Saury, Savary, Sol, Vogel et Brisson, Mmes Deromedi et Gruny, M. Lefèvre, Mmes Morhet-Richaud et Noël, M. Pellevat, Mme Puissat, MM. Mandelli, Bouloux, Bonhomme et Revet, Mmes Deroche et Lamure et MM. Laménie et Sido.

L'amendement n° 504 rectifié *bis* est présenté par MM. Chasseing, Decool, Fouché, Guerriau, Lagourgue et A. Marc, Mme Mélot et MM. Menonville, Wattedled, Bonne et Nougéin.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 7 *quinquies*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 3511-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Les pharmaciens d'officine, en application de l'article L. 4211-1. »

La parole est à Mme Véronique Guillotin, pour présenter l'amendement n° 367 rectifié *bis*.

Mme Véronique Guillotin. Selon les derniers chiffres, le nombre de fumeurs a diminué de 12 % en deux ans. Si l'on peut se réjouir de cette baisse significative, il faut toutefois garder à l'esprit que le tabagisme reste, malheureusement, la première cause de décès évitable en France.

Afin de renforcer la lutte contre le tabagisme, nous proposons, à travers cet amendement, de faciliter l'accès aux substituts nicotiques, qui peuvent être actuellement prescrits par les médecins, les sages-femmes et divers autres professionnels de santé, en autorisant les pharmaciens d'officine à prescrire ces substituts, ce qui faciliterait le parcours d'aide au sevrage tabagique.

Je sais toutefois, madame la ministre, que vous considérez que ce n'est pas une bonne mesure que de prévoir que le conseiller et le prescripteur soit la même personne que le vendeur. Je rappellerai simplement que les étudiants en pharmacie, à la fin de leur soutenance de thèse, prononcent le serment de Galien : ils jurent alors d'exercer leur profession dans l'intérêt de la santé publique et avec conscience, et de respecter, non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

Mme la présidente. La parole est à Mme Martine Berthet, pour présenter l'amendement n° 436 rectifié *bis*.

Mme Martine Berthet. La lutte contre le tabagisme a été renforcée par les pouvoirs publics depuis plusieurs années.

Cependant, il faut parfois attendre plusieurs jours pour avoir un rendez-vous chez son médecin et obtenir une ordonnance de substituts nicotiques. Pour rencontrer un médecin tabacologue, les délais de rendez-vous sont de trois ou quatre semaines. Cela peut freiner les patients dans leur volonté d'arrêter de fumer.

Aussi, afin de répondre efficacement et rapidement à la décision du patient, le pharmacien d'officine doit pouvoir prendre l'initiative d'un traitement de substituts nicotiques pris en charge par l'assurance maladie.

Par ailleurs, la convention pharmaceutique prévoit de travailler avec les syndicats de pharmaciens d'officine pour définir un dispositif de lutte contre le tabagisme.

Dans le cadre de cette stratégie conventionnelle de prévention, le pharmacien d'officine accompagnera le patient pendant toute sa période de sevrage tabagique par la mise en place d'entretiens motivationnels, un accompagnement médical n'étant pas indispensable dans ce cas.

En outre, cette autorisation de prescrire des substituts nicotiques est déjà ouverte pour les dentistes, les sages-femmes, les infirmières et les kinésithérapeutes, mais pas pour les pharmaciens, alors même qu'ils se trouvent régulièrement en lien avec ces patients dans le cadre de pathologies associées ou autres. De plus, leur consommation ne se fera, étant donné leur nature, que selon leur strict besoin. On n'imagine pas quelqu'un se mettre un patch nicotinique s'il n'en a pas besoin !

Le tabac a fait 75 000 morts en France en 2015, soit plus d'un décès sur huit. Il serait regrettable de priver le patient de la chance de se faire prescrire des substituts nicotiques lors d'entretiens avec son pharmacien.

Il paraît donc naturel de laisser aux pharmaciens d'officine la possibilité de prescrire des substituts nicotiques, afin d'améliorer les taux de morbidité et de mortalité des personnes accoutumées.

Mme la présidente. La parole est à M. Daniel Chasseing, pour présenter l'amendement n° 504 rectifié *bis*.

M. Daniel Chasseing. Il est défendu, madame la présidente.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Les substituts nicotiques peuvent déjà être prescrits par les sages-femmes, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les chirurgiens-dentistes, au-delà des seuls médecins et médecins du travail.

Faut-il étendre ce droit de prescription aux pharmaciens d'officine ? Lors de l'examen de la loi Santé de 2016, le Parlement – et non le seul Sénat – a considéré que le vendeur ne devait pas être le prescripteur. La commission n'a pas changé de position sur ce sujet.

Toutefois, rien n'empêche le pharmacien, lorsqu'une prescription lui a déjà été remise, de délivrer ce genre de produits au patient qui se trouve dépourvu, avant que celui-ci ne présente une nouvelle ordonnance de son médecin.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Nul ne peut ignorer que la lutte contre le tabac est l'une de mes priorités et que nous sommes déjà en train d'observer des résultats très intéressants, puisque, en deux ans, on note une réduction de 1,6 million du nombre de fumeurs quotidiens. Les différentes mesures qui ont été prises – le paquet neutre, l'augmentation du prix du tabac, le remboursement des substituts nicotiques – montrent le bien-fondé d'une politique globale de prise en charge.

Le Gouvernement a élargi la possibilité de prescription des substituts nicotiques aux masseurs-kinésithérapeutes, infirmières, chirurgiens-dentistes et sages-femmes, au-delà des médecins. S'il ne souhaite pas que les pharmaciens soient prescripteurs, c'est parce qu'il ne faut pas que les prescripteurs puissent être les vendeurs. Il s'agit là d'une sorte de principe fondamental sur lequel il ne convient pas de revenir.

Il ne s'agit pas de contester la capacité de ces professionnels, mais d'éviter des dérives. C'est pourquoi nous restons fermes sur ce principe-là.

Aujourd'hui, pour celui qui veut arrêter de fumer, les lieux de prescription ne manquent pas : le maillage territorial des infirmiers ou des masseurs-kinésithérapeutes est très important.

C'est pourquoi le Gouvernement émet un avis défavorable sur ces amendements identiques.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n° 367 rectifié *bis*, 436 rectifié *bis* et 504 rectifié *bis*.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 163 rectifié est présenté par M. Dériot, Mme Imbert, MM. Milon, Gilles et Morisset, Mme Deromedi, M. Bonhomme, Mme Lassarade, MM. Revet, Savary, Mouiller, Cuypers, Mandelli et Ponia-towski, Mme Deseyne, MM. Charon et Bouloux et Mme Deroche.

L'amendement n° 242 rectifié *ter* est présenté par MM. Saury, Bonnacarrère et Henno, Mme Férat, MM. Lafon, Guerriau, Brisson, Chasseing, Moga, B. Fournier, Longeot et Laménie et Mme Kauffmann.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 7 *quinquies*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au dernier alinéa de l'article L. 4161-1 du code de la santé publique, après les mots : « biologie médicale », sont insérés les mots : « ainsi que pour certains actes d'anatomie et cytologie pathologique, dans les conditions déterminées par un décret pris en Conseil d'État ».

La parole est à M. Gérard Dériot, pour présenter l'amendement n° 163 rectifié.

M. Gérard Dériot. Chaque année, 3 000 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus et 1 000 décès liés à ce cancer sont dénombrés en France. Selon l'Institut national du cancer, 40 % des femmes ciblées par les recommandations ne réalisent pas assez régulièrement de frottis de dépistage.

À l'heure actuelle, conformément à l'article L. 6211-1 du code de la santé publique, les prélèvements d'anatomo-cytopathologie, bien que cotés à la nomenclature des actes de biologie médicale, restent de la compétence des médecins.

Ainsi, si les biologistes médicaux pharmaciens sont formés et réalisent quotidiennement des prélèvements vaginaux en vue d'examens cytologiques, bactériologiques ou virologiques, ils sont contraints de renvoyer les patientes vers des médecins pour la réalisation de frottis cervico-vaginaux à des fins de dépistage du cancer du col de l'utérus, alors qu'il s'agit de la même technique de prélèvement.

Permettre aux biologistes médicaux pharmaciens, qui représentent 75 % des biologistes médicaux, d'effectuer ce type de prélèvement faciliterait l'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus. Ces professionnels pourraient réaliser uniquement le prélèvement et envoyer celui-ci au médecin anatomopathologiste.

L'adoption de cette mesure permettrait aux patientes de se faire surveiller beaucoup plus régulièrement.

Mme la présidente. La parole est à M. Daniel Chasseing, pour présenter l'amendement n° 242 rectifié *ter*.

M. Daniel Chasseing. Il est défendu, madame la présidente.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. La commission souhaite connaître l'avis du Gouvernement sur ce sujet important.

En principe, les examens cytopathologiques doivent être réalisés par un médecin spécialiste qualifié. Faut-il étendre cette faculté aux pharmaciens biologistes ? Nous ne le savons pas.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est un examen cytopathologique beaucoup plus simple que d'autres.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Le Gouvernement émet un avis défavorable sur ces amendements identiques, dont l'objet est de permettre aux pharmaciens biologistes de réaliser l'acte de frottis.

Le problème du dépistage du cancer du col n'est pas lié au manque de lieux pour réaliser des frottis. Aujourd'hui, les femmes sont invitées à faire des frottis régulièrement et elles le seront désormais par l'assurance maladie. En effet, nous avons rendu le dépistage organisé du cancer du col effectif à partir de cette année : tous les trois ans, les femmes recevront une invitation à faire un frottis sans reste à charge auprès des médecins généralistes, sages-femmes ou gynécologues. Les sages-femmes ont un très bon maillage territorial : elles sont en mesure de réaliser cet examen.

Par conséquent, non seulement il n'y a pas de manque de lieux de frottis, mais surtout la prise en charge des femmes dans le cadre de du dépistage des cancers doit être globale. En général, en même temps que le frottis, une palpation des seins est réalisée. Or, dans la mesure où les pharmaciens biologistes ne sont pas habilités à réaliser un tel examen, cela entraînerait une perte de chances pour les femmes en matière de dépistages généraux des cancers.

Je ne souhaite pas que l'on mélange ces activités. Cet examen doit rester entre les mains des professionnels capables d'accompagner globalement la femme dans ces pathologies cancéreuses et ces pathologies féminines.

Mme la présidente. La parole est à Mme Véronique Guillotin, pour explication de vote.

Mme Véronique Guillotin. Je veux rebondir sur les propos de Mme la ministre. Je ne suis pas persuadée que le maillage pour réaliser des frottis dans des temps courts soit si dense. Dans certains territoires, l'accès à un gynécologue prend du temps ; dans d'autres – j'en connais –, on ne trouve même pas de sages-femmes libérales. Ce n'est donc pas si simple.

La question est donc non pas de défendre la possibilité que cet examen soit réalisé par un pharmacien biologiste, mais d'insister sur le fait que l'accès au frottis n'est pas égal partout sur le territoire.

Mme la présidente. La parole est à M. Gérard Dériot, pour explication de vote.

M. Gérard Dériot. Je comprends parfaitement votre analyse, madame la ministre, mais donner aux pharmaciens biologistes la possibilité de réaliser cet examen augmente la facilité pour les femmes de faire un frottis.

Comme l'a souligné Mme Guillotin, il n'y a pratiquement pas de sages-femmes dans les zones les plus éloignées, alors que les laboratoires d'analyses médicales sont répartis de façon beaucoup plus homogène.

Il n'est évidemment absolument pas question de laisser le pharmacien biologiste réaliser l'examen anatomopathologique : seul le prélèvement est autorisé, pour rendre le dépistage plus facile.

Il me semble que vous voyez le problème de loin, parce que la densité du réseau de sages-femmes est vraiment très inégale dans nos territoires.

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. Il faut toujours être très prudent lorsque l'on modifie la répartition des tâches.

Je note que vous oubliez les médecins généralistes : eux aussi peuvent réaliser des frottis. Il s'agit d'un acte très simple qu'ils font tous. (*Murmures sur différentes travées.*)

M. Alain Milon, rapporteur. Non, ce n'est pas si simple !

M. Bernard Jomier. En matière de répartition des tâches, il me semble que l'équilibre proposé par le projet de loi soumis à l'Assemblée nationale était bon, puisqu'il introduisait des modifications permettant l'exécution de nouvelles tâches de santé, de façon organisée, pour plusieurs professions de santé. L'Assemblée nationale a introduit de nouvelles modifications qui, à mon avis, ne permettent pas un équilibre satisfaisant, mais qui restent acceptables.

Je pense qu'il faut en rester là et ne pas modifier encore, de façon un peu précipitée, le partage de tâches. La compétence et la capacité à faire un acte ne sont pas le seul critère. Il en existe beaucoup d'autres : les actes dévolus aux différentes professions de santé induisent de l'activité pour chacune d'entre elles. Par conséquent, dans la modification des répartitions de tâches, il faut tenir compte de l'ensemble de ces critères.

À l'heure actuelle, la pratique des frottis ne semble pas poser de problème tel qu'il faille introduire cette modification. C'est la raison pour laquelle je reste très réservé sur ces amendements identiques et pense que l'équilibre initialement proposé était le bon.

Mme la présidente. La parole est à M. Michel Amiel, pour explication de vote.

M. Michel Amiel. Je souhaite revenir sur la question de la densité du maillage territorial pour réaliser des frottis.

Le territoire dont je suis élu est loin d'être désertique. La plupart des médecins généralistes n'y réalisent pas les frottis. (*M. Bernard Jomier s'exclame.*) C'est une réalité ! Par ailleurs, on connaît le problème de la gynécologie médicale – vous l'avez abordé, madame la ministre.

Au risque de mettre les pieds dans le plat et de vous étonner, madame la ministre, je dois dire que les laboratoires d'analyses médicales, qui sont souvent dirigés par des pharmaciens biologistes, réalisent déjà ces frottis.

Mme Véronique Guillotin. Oui !

Mme la présidente. La parole est à Mme Victoire Jasmin, pour explication de vote.

Mme Victoire Jasmin. Ce qui est proposé se fait déjà dans les laboratoires d'analyses médicales.

On parle souvent de différenciation des territoires. Pour mon territoire qui est un archipel, cette extension est une réponse.

Dans le passé, j'ai été présidente d'une association interlaboratoires d'analyses médicales : la plupart du temps, ces laboratoires réalisent ces prélèvements, mais transfèrent leur analyse à des laboratoires d'anatomopathologie. Par conséquent, ce que prévoient ces amendements identiques est déjà une réalité chez nous. Je suis donc très favorable à leur adoption.

Mme la présidente. La parole est à M. René-Paul Savary, pour explication de vote.

M. René-Paul Savary. Je souhaite connaître la position de Mme la ministre sur les autotests de dépistage du papillomavirus, ou HPV, c'est-à-dire du virus reconnu comme l'une des principales causes du cancer du col de l'utérus. Les études

montrent que ces autotests sont d'une grande fiabilité. Peut-être faudra-t-il réfléchir à une évolution de ces pratiques, qui tiennent compte des innovations.

Par ailleurs, *quid* de la prévision de remboursement de ces autotests ?

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Milon, rapporteur. Cette discussion m'étonne quelque peu.

Les autotests, c'est un autre problème. Sur la question du HPV, si on allait jusqu'à la vaccination, on aurait beaucoup moins de problèmes. Il faudra la mettre en place, mais c'est un autre sujet.

Ces amendements identiques ont trait à l'autorisation de la mise en place d'examens cytologiques dans le cadre du dépistage du col de l'utérus. Il s'agit d'un examen spécifique dont je comprends mal que l'on puisse le réaliser sans faire de coloscopie ou autre. Il faut aussi une formation relativement importante pour éviter toute erreur.

Un prélèvement cytologique ne se fait pas n'importe comment et il faut surtout éviter d'avoir des faux négatifs. Si l'on devait autoriser les pharmaciens biologistes à réaliser le dépistage du cancer du col de l'utérus, il faudrait prévoir une formation sérieuse. Il ne s'agit pas simplement d'utiliser un écouvillon.

M. Gérard Dériot. Pas de détails ! (*Sourires.*)

M. Alain Milon, rapporteur. J'ai réalisé un grand nombre d'examens de cette nature et fait beaucoup de dépistages : c'est un examen spécifique qui nécessite une formation.

Mme la présidente. La parole est à Mme Corinne Imbert, pour explication de vote.

Mme Corinne Imbert. Madame la ministre, je souhaite vous alerter. Sur le site internet Santé publique France, que je viens de consulter, un article datant de 2017 a pour phrase d'accroche : « L'auto-prélèvement vaginal est une méthode efficace pour augmenter la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus. »

Je vous en informe, car, si une telle affirmation ne vous convient pas, il ne faudrait pas que cet article reste accessible sur ce site officiel.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Mesdames, messieurs les sénateurs, beaucoup d'entre vous sont intervenus et je comprends bien votre volonté de faciliter la participation des femmes au dépistage du cancer du col de l'utérus. J'y suis également très favorable.

Permettez-moi un petit rappel historique.

Lorsque j'ai rédigé le plan Cancer, c'est la première mesure que j'ai inscrite. En effet, le cancer du col de l'utérus est aujourd'hui le seul totalement évitable par l'association de la vaccination et des frottis réguliers. Il est également le plus inégalitaire.

M. Alain Milon, rapporteur. En effet.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Il est lié aux catégories socio-professionnelles et aux territoires les plus défavorisés, car des freins financiers font renoncer les femmes à ces frottis. En effet, nombre de gynécologues sont en secteur 2.

En outre, de nombreuses femmes ne savent pas que les sages-femmes peuvent accomplir cet acte. C'est pourquoi, dans toutes les campagnes d'information, il est bien précisé

que les sages-femmes sont pleinement autorisées à faire ces actes – seuls 2 % des frottis aujourd'hui réalisés en France le sont par des sages-femmes, alors qu'elles sont 30 000 sur le territoire. Il y a donc une sous-utilisation de cette ressource humaine.

Enfin, il faut payer les analyses anatomopathologiques et les femmes jeunes n'ont pas toujours de mutuelle.

Dans le cadre du plan Cancer, nous avons voulu organiser le dépistage du cancer du col de l'utérus au même titre que le dépistage du cancer du sein et du dépistage colorectal, ce qui permet une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie. De nombreux scénarios de dépistage ont été évalués avec des expérimentations. Il est apparu qu'un dépistage tous les trois ans qui reposait sur une lettre d'invitation envoyée à toutes les femmes dans la tranche d'âge 25-65 ans, pris en charge par l'assurance maladie, permettait une bonne participation des femmes.

Ce dépistage organisé, qui sera le troisième, sera mis en place dès cette année, sans doute à partir du 1^{er} juillet prochain – la date exacte m'échappe.

Nous avons bon espoir que les femmes, lorsqu'elles recevront cette invitation et qu'elles sauront qu'elles n'auront rien à déboursier, car l'examen sera pris en charge à 100 %, n'auront plus ce frein financier. La lettre précisera bien qu'elles pourront faire ce dépistage chez un médecin généraliste – je rappelle que tous les nouveaux médecins généralistes, dans le cadre de leur maquette de formation, ont un stage obligatoire en santé de la femme pour apprendre à faire des frottis et compenser le manque de gynécologues médicaux –, une sage-femme ou un gynécologue, quand il y en a.

Il est recommandé que, lors de cette consultation, une évaluation globale de la santé des femmes soit réalisée, avec une palpation des seins, pour ne pas passer à côté d'un cancer du sein.

Je tiens particulièrement à inscrire ce frottis dans un parcours de dépistage des cancers, avec un examen clinique complet que ne pourront pas faire les pharmaciens biologistes. Je ne veux pas d'une dérive où les femmes, tous les trois ans, iront voir leur pharmacien, parce que ce sera plus facile, et n'auront jamais de palpation des seins.

C'est pourquoi je m'oppose à ces amendements identiques, car ils ne sont pas de bonne pratique. Il faut favoriser les frottis par les sages-femmes.

J'en profite pour rappeler qu'aujourd'hui de nombreuses femmes réalisent des frottis tous les ans. Or la Haute Autorité de santé, la HAS, ne fait pas de telles recommandations : les cancers du col de l'utérus évoluent lentement et il y a des stades progressifs. En matière de prévention, un frottis tous les trois ans suffit donc.

Par conséquent, si nous utilisons les ressources financières et le temps médical dédié à faire des frottis inutiles tous les ans pour parvenir à un frottis tous les trois ans réalisé par toutes les femmes, nous aurons une bien meilleure couverture.

Enfin, le test de dépistage du virus HPV détecte le virus à l'origine du cancer et non le cancer lui-même. Il s'agit donc d'une autre forme de dépistage. Ce test-là n'a pas été retenu par la direction générale de la santé lors des expérimentations ; il n'est pas remboursé, parce que la HAS ne l'a pas validé à ce jour comme étant utile. Lorsque ce sera le cas, il

fera l'objet d'un remboursement et peut-être que nous changerons aussi nos méthodes de dépistage et que ce sera non plus le frottis, mais la recherche du virus en première intention. Aujourd'hui, ce n'est pas la stratégie retenue.

Madame Imbert, je vérifierai ce que publie le site Santé publique France et vous remercie de m'avoir signalé cet article. En réalité, ce n'est une recommandation ni de la HAS ni de l'Institut national du cancer.

Mme la présidente. Quel est maintenant l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Défavorable !

Mme la présidente. Monsieur Dériot, l'amendement n° 163 rectifié est-il maintenu ?

M. Gérard Dériot. J'ai bien entendu toutes les explications, je les connaissais déjà. Je comprends la nécessité de réaliser un dépistage complet et précise qu'il n'a jamais été question de permettre aux pharmaciens biologistes de réaliser les examens anatomopathologiques.

Je retire cet amendement, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 163 rectifié est retiré.

Monsieur Saury, l'amendement n° 242 rectifié *ter* est-il maintenu ?

M. Hugues Saury. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 242 rectifié *ter* est retiré.

Article 7 *sexies* A

- ① Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° À la fin du premier alinéa de l'article L. 4151-2, les mots : « du nouveau-né » sont remplacés par les mots : « de l'enfant, dans des conditions définies par décret » ;
- ③ 2° Après les mots : « Wallis-et-Futuna », la fin de l'article L. 4421-14 est ainsi rédigée : « dans leur rédaction résultant de la loi n° ... du ... ».

Mme la présidente. L'amendement n° 426, présenté par M. Longeot, au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, est ainsi libellé :

Compléter cet article par trois alinéas ainsi rédigés :

...° L'article L. 4151-4 est ainsi rédigé :

« Art. L. 4151-4. Les sages-femmes peuvent prescrire tous les actes, produits et prestations strictement nécessaires à l'exercice de leur profession.

« Un décret en Conseil d'État, pris après avis du Conseil national de l'ordre des sages-femmes, détermine les conditions d'application du présent article. »

La parole est à M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis.

M. Jean-François Longeot, rapporteur pour avis de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable. La commission de l'aménagement du territoire et du développement durable a proposé trois axes principaux pour lutter contre les déserts médicaux. Hormis l'accompagnement de la réforme des études de santé et la régulation de l'offre de soins, elle a estimé que la libération de temps médical, notamment par le développement des partages de compétences, devait constituer une priorité. Plusieurs dispositions introduites à l'Assemblée nationale vont d'ailleurs

dans ce sens, certaines d'entre elles ayant été supprimées par la commission des affaires sociales du Sénat, comme le renforcement des compétences des orthoptistes.

La commission de l'aménagement du territoire et du développement durable considère que tout n'a pas été tenté pour libérer du temps médical dans nos territoires et pour utiliser au mieux les ressources médicales dont nous disposons en partageant les compétences entre professionnels de santé. Certaines professions médicales sont pourtant mieux réparties sur le territoire et bénéficient d'une démographie dynamique. C'est notamment le cas des sages-femmes, dont les effectifs ont augmenté dans une forte proportion depuis 2000 – de 50 % selon la Cour des comptes.

Comme nous l'avons déjà dit tout à l'heure, à la suite de la mise en place de mesures de régulation, la répartition territoriale des sages-femmes s'est d'ailleurs largement améliorée, selon une récente étude du ministère. Il s'agirait donc de mieux s'appuyer sur les compétences de ces professionnels de santé pour libérer du temps médical dans nos territoires.

Lors des auditions que j'ai menées, il est pourtant apparu que les restrictions de compétences des sages-femmes par des listes limitatives déterminées par voie réglementaire exposaient les femmes à une double consultation, d'abord auprès de la sage-femme, puis auprès du médecin. L'élargissement du droit de prescription des sages-femmes proposé par la commission constitue ainsi une solution pragmatique et de bon sens permettant de simplifier le parcours de soins de nos concitoyens.

Je signale à ce sujet que le droit à la pleine prescription existe déjà pour une autre profession médicale, celle de chirurgien-dentiste. De manière pragmatique, notre commission a d'ailleurs fait évoluer la mesure qu'elle avait proposée initialement, en précisant que ce droit de prescription ne serait limité qu'aux dispositifs médicaux strictement nécessaires à l'exercice de leur profession et en renvoyant les conditions d'application de ces dispositions à un décret en Conseil d'État.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. On aborde ici les conditions globales d'exercice d'une profession de santé, alors que ce n'est pas l'objet du projet de loi. L'avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, l'ANSM, sur les médicaments prescriptibles par les sages-femmes constitue par ailleurs un moyen de sécurisation pertinent. En outre, les sages-femmes peuvent déjà pratiquer tous les actes nécessaires à l'exercice de leur profession et précisés dans la partie réglementaire du code de la santé publique. Elles peuvent en pratiquer certains d'office, sans prescription, et d'autres sur prescription du médecin en cas de grossesse pathologique – dans ce cas précis, il est nécessaire d'avoir un cadre.

Pour l'ensemble de ces raisons, la commission demande le retrait de cet amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 426.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 7 *sexies* A.

(L'article 7 *sexies* A est adopté.)

Mme la présidente. Madame la ministre, mes chers collègues, il est bientôt minuit, je vous propose de prolonger la séance jusqu'à une heure trente, afin de poursuivre plus avant l'examen de ce texte. (*Exclamations.*)

Il n'y a pas d'observation?...

Il en est ainsi décidé.

Articles additionnels après l'article 7 *sexies* A

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

Les deux premiers sont identiques.

L'amendement n° 102 rectifié *bis* est présenté par Mmes Estrosi Sassone, Eustache-Brinio et Chain-Larché, MM. Savary et Daubresse, Mme Dumas, MM. Calvet, Charon, Lefèvre, Dufaut, Chatillon, Danesi et Bazin, Mmes Deromedi et Garriaud-Maylam, MM. Panunzi, Savin et Revet, Mme L. Darcos, MM. Darnaud et Morisset, Mme Morhet-Richaud, MM. Longuet, Babary et Ginesta, Mme Malet, MM. Perrin, Raison, Genest, Poniatowski, Karoutchi, Meurant et Mouiller, Mme Chauvin, MM. B. Fournier, Mandelli, Pierre, Sido, de Nicolaÿ, Cuypers, de Legge et Rapin, Mme Di Folco, MM. Guené et Bouloux, Mme Lamure, M. Laménie, Mmes Renaud-Garabedian et de Cidrac et MM. J.M. Boyer, Duplomb, Gremillet et Segouin.

L'amendement n° 665 rectifié *ter* est présenté par Mme Guillotin, MM. Artano, A. Bertrand et Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Castelli et Collin, Mme Costes, M. Dantec, Mme N. Delattre, MM. Gabouty, Gold et Jeansannetas, Mme Jouve et MM. Léonhardt, Requier, Roux et Vall.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 7 *sexies* A

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La section 2 du chapitre 2 du titre 6 du livre 1 du code de la sécurité sociale est complétée par une sous-section ainsi rédigée :

« Sous-section...

« Dispositions relatives aux sages-femmes

« *Art. L. 162-12* - Dès la déclaration de grossesse, la femme enceinte peut déclarer une sage-femme libérale référente de son suivi, qu'elle a rencontrée au cours d'un entretien individuel au moins une fois, de préférence au début de la grossesse, lors d'une consultation, du bilan prénatal ou de l'entretien prénatal précoce. La patiente a la possibilité de déclarer la sage-femme référente ultérieurement tout au long de la grossesse.

« La sage-femme référente du suivi tient à jour un dossier médical complet avec tous les éléments du suivi, qui fait l'objet d'une synthèse, si nécessaire et après accord de la femme, pour le médecin traitant.

« La sage-femme a un rôle d'information, de prévention, de mise en œuvre d'un suivi médical pour le parcours de suivi de grossesse. Elle a également un rôle d'organisation, de coordination et de régulation. Elle oriente la femme enceinte vers d'autres professionnels médico-psycho-sociaux si besoin, et prévoit avec la femme son retour à la maison après l'accouchement. »

La parole est à Mme Dominique Estrosi Sassone, pour présenter l'amendement n° 102 rectifié *bis*.

Mme Dominique Estrosi Sassone. Il s'agit d'ouvrir la possibilité de déclarer une sage-femme référente.

Depuis 2011, la Cour des comptes recommande de donner un rôle plus important aux sages-femmes et de valoriser leurs compétences, leur permettant de contribuer à l'offre de soins sur le territoire.

En effet, dans son rapport sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, la Cour des comptes a expliqué que les sages-femmes pourraient, au cours du parcours de soins, assurer un rôle plus important et être les professionnels de premier recours lors de la grossesse, avant le déclenchement de la consultation médicale.

Les recommandations de la Cour des comptes, d'un point de vue tant médical que budgétaire, visaient deux objectifs : d'une part, mieux articuler et valoriser les compétences des sages-femmes, d'autre part, réorienter leur activité vers des actes à plus forte responsabilité, notamment le suivi postnatal.

Outre un ensemble de missions déterminées pour le suivi médical de la grossesse, puis du nouveau-né, il est précisé que la sage-femme ne peut pas remplacer les médecins référents, mais que sa fonction permet de contribuer à l'offre de soins sur le territoire et de répondre ainsi à l'angoisse de certains parents, notamment lors des premières semaines de l'enfant, évitant de déclencher peut-être une consultation pédiatrique ou gynécologique, qu'elle soit en ville ou en établissement hospitalier, ce qui représente aussi une économie pour la sécurité sociale.

Mme la présidente. La parole est à Mme Nathalie Delattre, pour présenter l'amendement n° 665 rectifié *ter*.

Mme Nathalie Delattre. Dès 2005, la Haute Autorité de santé recommande : « Le suivi des femmes avec une grossesse normale doit être assuré autant que possible par un groupe le plus restreint de professionnels, l'idéal étant le suivi par la même personne. Si le suivi est réalisé par un groupe de professionnels de santé, une personne "référente" dans ce groupe facilite la coordination et l'organisation des soins et leur articulation avec le secteur social et les réseaux d'aide et de soutien. »

Aucune différence n'a été relevée, que le praticien soit un obstétricien, un gynécologue, une sage-femme ou un médecin généraliste.

Ces amendements identiques ont donc pour objet la traduction concrète de ces préconisations de bon sens.

Mme la présidente. L'amendement n° 276 rectifié, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 7 *sexies* A

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au début du titre V du livre I^{er} de la quatrième partie du code de la santé publique, il est inséré un chapitre ... ainsi rédigé :

« Chapitre ...

« Participation des sages-femmes aux soins primaires

« *Art. L.* – La sage-femme participe à la prise en charge des soins primaires auprès des femmes et de leurs enfants. Les missions de la sage-femme sont notamment les suivantes :

« 1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant la prévention, le dépistage et le diagnostic des pathologies ainsi que l'éducation pour la santé auprès des femmes et des enfants ;

« 2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;

« 3° Assurer la surveillance et la prise en charge d'une situation pathologique en collaboration avec le médecin ainsi que la coordination des soins nécessaires à ces patients ;

« 4° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;

« 5° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;

« 6° Contribuer à l'accueil et à la formation des étudiants en formation.

« Ces missions peuvent aussi s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux.

« L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la participation aux consultations de planification familiale. »

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Avant d'aborder à l'article suivant la définition des équipes de soins spécialisées, nous proposons nous aussi de reconnaître la place des sages-femmes dans les équipes de soins primaires.

En effet, les actions de dépistage, de prévention et de diagnostic des pathologies effectuées par les sages-femmes font d'elles des praticiennes de premier recours en soins primaires pour la santé des femmes. Ces professionnelles sont donc au cœur du dispositif permettant à la patiente d'être au centre du parcours de santé. Cette place dans le système de santé français nécessite, selon nous, d'être clairement inscrite dans la loi.

Un parcours de santé se définit comme la trajectoire globale des patients dans leur territoire, une attention particulière étant portée à la personne et à ses choix. Le parcours de santé des femmes est l'organisation d'une prise en charge globale et continue, au plus proche de leur lieu de vie ou de travail. La lisibilité, l'accessibilité et la fluidité du parcours de santé s'appuient sur la qualité de l'information, des conditions d'accueil et d'accompagnement de la femme tout au long de sa vie.

Tous ces arguments plaident en faveur de la reconnaissance des sages-femmes dans les équipes de soins primaires, conformément à la philosophie du plan Ma santé 2022, et de l'élargissement des compétences de certaines professionnelles, s'agissant plus spécifiquement de la santé des femmes.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. La Cour des comptes préconisait effectivement en 2011 de faire davantage de la sage-femme le professionnel de premier recours en cas de grossesse, pour le suivi gynécologique, contraceptif et préventif, mais aussi pour le suivi postnatal.

On peut néanmoins s'interroger sur la portée réelle de l'inscription dans la loi de la notion de sage-femme « référente ». En effet, la revalorisation des actes à forte responsabilité médicale pratiqués par les sages-femmes, en l'espèce les consultations, les accouchements et le suivi postnatal, suppose la révision de la nomenclature de ces actes par l'assurance maladie, ce que l'amendement ne peut pas garantir.

La commission s'en remet donc à la sagesse du Sénat sur les amendements n° 102 rectifié *bis* et 665 rectifié *ter*.

J'en viens à l'amendement n° 276 rectifié. L'article L. 1411-11 du code de la santé publique prévoit déjà que tous les professionnels de santé concourent à l'offre de soins de premier recours. Les sages-femmes en font logiquement partie. Par ailleurs, la partie réglementaire du code de la santé publique – c'est l'article R. 4127-318 – détaille précisément les responsabilités des sages-femmes, qui recourent déjà très largement les missions proposées dans l'amendement.

Considérant donc que l'amendement n° 276 rectifié est satisfait, nous en demandons le retrait. À défaut, la commission émettra un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. En fait, je ne suis pas sûre de bien comprendre l'objet de ces amendements. Nous sommes en effet tous d'accord sur le fait que les sages-femmes font partie des équipes de soins primaires. Elles jouent un rôle extrêmement important dans le suivi de la santé des femmes. Depuis 2009, elles peuvent réaliser le suivi de grossesse et ont le droit de suivre la santé des femmes en l'absence de pathologie. Je souhaite d'ailleurs véritablement que les femmes sachent qu'elles peuvent s'adresser à elles pour leur suivi régulier, comme je viens de l'expliquer s'agissant des frottis.

Dès lors, je ne vois pas ce que le statut de référent changerait en termes de possibilités d'action ou de participation aux équipes de soins primaires. Ces amendements me semblent en fait contraires à l'esprit du plan Ma santé 2022, qui promeut l'esprit d'équipe, l'idée étant d'éviter de multiplier les référents, qu'ils soient infirmiers, sages-femmes ou kinésithérapeutes.

Le patient doit être entouré d'une équipe, autour d'un médecin traitant. Il faut donc favoriser les responsabilités d'équipe et encourager l'esprit de coopération entre tous les professionnels autour du malade. Il ne faut en aucun cas figer des responsabilités individuelles, le risque étant alors de susciter des désaccords entre praticiens et de renouer avec la tendance à voir les gens fonctionner en silo. Nous essayons au contraire d'organiser un parcours fluide, avec une équipe pluriprofessionnelle.

Je le répète, je ne comprends pas la volonté de multiplier les référents, ce statut ne conférant aux professionnels aucune compétence de plus que celles qu'on leur reconnaît, et dont certaines vont évoluer. À cet égard, je suis complètement en phase avec ce qu'a dit M. Jomier tout à l'heure : faire évoluer les compétences va dans le sens de l'histoire.

Multiplier les référents rendrait le parcours de soins de moins en moins lisible pour les malades, sans accroître pour autant les compétences des professionnels. J'émet donc un avis défavorable sur ces amendements.

Mme la présidente. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. Mon amendement ne visait pas à instaurer des référents. Cela étant, compte tenu des explications du rapporteur, je le retire.

Mme la présidente. L'amendement n° 276 rectifié est retiré.

Je mets aux voix les amendements identiques n°s 102 rectifié *bis* et 665 rectifié *ter*.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. L'amendement n° 733, présenté par Mme Rossignol, MM. Jomier et Daudigny, Mmes Grelet-Certenais et Jasmin, M. Kanner, Mmes Meunier, Van Heghe, Féret et Lubin, M. Tourenne, Mmes M. Filleul et Harribey, MM. Lurel, J. Bigot et Bérít-Débat, Mmes Blondin et Bonnefoy, MM. Botrel et M. Bourquin, Mme Conconne, MM. Duran et Fichet, Mme Ghali, MM. Houllegatte et Jacquin, Mme G. Jourda, MM. Kerrouche et Lalande, Mmes Lepage et Monier, M. Montaugé, Mmes Perol-Dumont, Préville et S. Robert, M. Sueur, Mme Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés, est ainsi libellé :

Après l'article 7 *sexies* A

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 2322-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 2322-1-... ainsi rédigé :

« Art. L. 2322-1-... – La maison de naissance est une structure autonome, dirigée par des sages-femmes qui pratiquent l'accouchement de femmes enceintes à bas risque obstétrical dont elles ont assuré le suivi médical de grossesse, dans les conditions prévues aux articles L. 4151-1 et L. 4151-3.

« La maison de naissance conclut une convention avec un établissement de santé autorisé à l'activité de soins de gynécologie-obstétrique, permettant un transfert rapide des parturientes ou des nouveau-nés en cas de nécessité.

« Les conditions d'ouverture et de fonctionnement des maisons de naissance sont fixées par décret en Conseil d'État avant le 1^{er} novembre 2020. »

La parole est à Mme Monique Lubin.

Mme Monique Lubin. Madame la ministre, huit maisons de naissance ont été ouvertes à la suite de la loi du 6 décembre 2013 autorisant leur expérimentation et du décret du 30 juillet 2015 précisant les conditions de cette expérimentation. L'arrêté du 23 novembre 2015 a marqué le début de la période d'expérimentation de cinq ans.

Ces maisons offrent un accompagnement des naissances plus personnalisé et plus intime, dont les parents sont très satisfaits, les mêmes sages-femmes assurant le suivi dès le début de la grossesse et la surveillance postnatale.

Ces maisons n'accueillent que des femmes à bas risque obstétrical souhaitant accoucher naturellement. En cas de nécessité, les transferts de la mère ou du nouveau-né se font vers l'établissement de santé partenaire.

Les rapports d'évaluation réalisés à ce stade de l'expérimentation font déjà état de la grande satisfaction des parents, des sages-femmes et des équipes hospitalières partenaires des maisons de naissance, mais également de la sécurité et des bons résultats en termes de santé de ces structures.

Cet amendement vise donc à introduire, de manière pérenne, la définition des maisons de naissance dans le code de la santé publique, et ce pour plusieurs raisons.

Une telle offre de suivi permet aux professionnels de disposer de plus de temps avec les futurs parents tout au long de la grossesse et au moment de l'accouchement, grâce au ratio une femme pour une sage-femme, ce qui s'inscrit tout à fait dans la stratégie Ma santé 2022 mise en œuvre par le Gouvernement.

La pratique des maisons de naissance est particulièrement économique. En outre, il a été démontré qu'une moindre médicalisation et le respect de l'intimité tendent à faciliter l'accouchement et à favoriser l'établissement du lien parent-enfant. Ces avantages connus expliquent la prévalence de ce type de lieux de naissance dans de nombreux pays européens, notamment dans les pays scandinaves, où 40 % des accouchements ont lieu dans de telles maisons.

La Commission nationale consultative des droits de l'homme a préconisé, dans son récent rapport *Agir contre les maltraitances dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux*, l'institutionnalisation et la multiplication des maisons de naissance.

Enfin, l'anticipation de la suite de l'expérimentation permettrait d'éviter le risque de rupture dans la prise en charge des parents qui seront accueillis durant l'année à venir.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Je rappellerai tout d'abord que les maisons de naissance sont l'honneur du Sénat, sa commission des affaires sociales étant à l'origine de leur mise en place. À l'époque, la présidente de la commission était Muguette Dini. Il n'est pas inutile de le signaler, car cela témoigne de l'utilité de la seconde chambre, qu'il faudra rappeler au Président de la République.

L'expérimentation des maisons de naissance a été lancée en 2015 pour une durée de cinq ans. Au total, neuf maisons de naissance sont en cours d'expérimentation. Il est préférable, à notre avis, d'attendre l'évaluation complète du dispositif en 2020 afin d'en apprécier l'intérêt médical et médico-économique, avant de déterminer les modalités de sa généralisation.

La commission demande donc le retrait de cet amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. Je remercie M. le rapporteur de ses explications.

En fait, l'objet de cet amendement est de donner de la visibilité aux maisons de naissance sur leur avenir. Le décret était valable pour cinq ans. L'expérimentation prendra fin en novembre 2020. Une grossesse durant neuf mois, les maisons de naissance ont besoin de savoir, bien en amont du mois de novembre 2020, si elles devront interrompre leur activité.

Nous souhaitons donc attirer votre attention, madame la ministre, sur la légitime préoccupation des maisons de naissance, qui souhaitent savoir avant la fin de l'année 2019, soit un an avant le terme théorique, si elles pourront poursuivre leur activité.

Un nombre important de femmes souhaitant s'inscrire dans ces maisons pour le suivi de leur grossesse, nous aimerions avoir des précisions, madame la ministre, sur le calendrier prévu. Je le répète : ces maisons ont besoin de visibilité, la décision les concernant ne saurait être prise en novembre 2020.

En fonction de votre réponse, madame la ministre, nous retirerons peut-être cet amendement.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Monsieur le sénateur, un groupe de travail sur la périnatalité réfléchit actuellement au ministère sur les modalités d'évolution des maisons de naissance. La question que vous soulevez est pertinente : à quel moment arrêter ? Si nous prolongeons ces maisons, d'autres femmes enceintes vont s'y inscrire. Compte tenu du fait qu'une grossesse dure neuf mois, nous allons devoir faire un choix à un moment donné.

J'entends votre alerte. Nous allons nous poser la question et régler le problème.

Mme la présidente. Madame Lubin, l'amendement n° 733 est-il maintenu ?

Mme Monique Lubin. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 733 est retiré.

Je suis saisie de quatre amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 354 rectifié, présenté par Mme M. Carrère, MM. Arnell, Artano, A. Bertrand, Cabanel, Castelli, Collin et Corbisez, Mme Costes, MM. Gabouty, Gold et Guérini, Mme Guillotin, M. Jeansannetas, Mmes Jouve et Laborde et MM. Léonhardt, Requier, Roux et Vall, est ainsi libellé :

Après l'article 7 *sexies* A

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le troisième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« L'infirmière ou l'infirmier peut effectuer les vaccinations de l'ensemble des adultes, à l'exception de la première injection, sans prescription médicale. Les modalités et les conditions de réalisation sont fixées par décret en Conseil d'État, pris après avis du Haut conseil de la santé publique. »

La parole est à Mme Maryse Carrère.

Mme Maryse Carrère. Cet amendement vise à étendre la possibilité pour les infirmiers d'effectuer des vaccinations à l'ensemble des adultes. Ils sont déjà habilités depuis 2008 à vacciner les personnes fragiles contre la grippe. Pourquoi ne pas élargir cette possibilité, sachant que près d'un million de personnes ont bénéficié de ce vaccin lors de la dernière campagne ?

Il s'agit ici non pas de leur permettre d'effectuer la primo-vaccination, mais de reconnaître qu'ils sont compétents pour effectuer la vaccination de l'ensemble des adultes.

Mme la présidente. Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 99 rectifié *ter* est présenté par Mmes Estrosi Sassone, Eustache-Brinio et Chain-Larché, MM. Savary, Daubresse et Calvet, Mme Dumas,

MM. Charon, Lefèvre, Dufaut, Chatillon, Danesi et Bazin, Mmes Procaccia, Deromedi et Garriaud-Maylam, MM. Panunzi, Savin et Revet, Mme L. Darcos, MM. Darnaud, Genest et Morisset, Mme Morhet-Richaud, MM. Longuet, Babary, Ginesta, Poniatowski, Meurant et Mouiller, Mme Chauvin, MM. B. Fournier, Mandelli, Pierre, Sido, de Nicolaï, Cuypers, de Legge et Rapin, Mme Di Folco, MM. Guené et Bouloux, Mme Lamure, M. Laménie, Mme de Cidrac et MM. J. M. Boyer, Duplomb, Gremillet et Segouin.

L'amendement n° 175 rectifié *bis* est présenté par M. Karoutchi, Mmes Berthet, A.M. Bertrand et Bories, MM. Brisson, Chaize et Dallier, Mmes Duranton et Gruny, M. Kennel, Mmes Lavarde et M. Mercier, MM. Vaspart et Vogel et Mme Ramond.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 7 *sexies* A

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au troisième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique, les mots : « certaines vaccinations », sont remplacés par les mots : « les vaccinations de l'ensemble des adultes, à l'exception de la première injection ».

La parole est à Mme Dominique Estrosi Sassone, pour présenter l'amendement n° 99 rectifié *ter*.

Mme Dominique Estrosi Sassone. Au lieu de cloisonner la couverture vaccinale, il serait logique de permettre aux infirmiers de vacciner l'ensemble des adultes en bonne santé s'ils le souhaitent. Ce procédé permettrait de soulager les cabinets médicaux, tout particulièrement les médecins généralistes, qui sont surchargés, sachant en outre que les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous sont longs, notamment dans les territoires ruraux, mais aussi dans les quartiers défavorisés ou sous-dotés.

Mme la présidente. La parole est à Mme Martine Berthet, pour présenter l'amendement n° 175 rectifié *bis*.

Mme Martine Berthet. Il est défendu, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 371 rectifié, présenté par Mme Guillotin, MM. Arnell, Artano 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. Léonhardt, Requier, Roux et Vall, est ainsi libellé :

Après l'article 7 *sexies* A

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le troisième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « L'infirmière ou infirmier peut effectuer la vaccination antigrippale à l'ensemble des adultes, sans prescription médicale, à l'exception de la première injection. »

La parole est à Mme Véronique Guillotin.

Mme Véronique Guillotin. Cet amendement est défendu, madame la présidente.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Les amendements identiques n° 354 rectifié, 99 rectifié *ter* et 175 rectifié *bis* ont, à quelques différences rédactionnelles près, le même objet : permettre aux infirmiers de pratiquer l'ensemble des vaccinations de l'adulte sans prescription médicale, à l'exception de la

première injection, alors que leurs compétences vaccinales sont aujourd'hui encadrées par un décret en Conseil d'État pris après avis de la Haute Autorité de santé.

L'amendement n° 371 rectifié vise, lui, simplement, la vaccination antigrippale.

Pour rappel, depuis un décret du 25 septembre 2018, les infirmiers sont autorisés à pratiquer les primo-injections de la vaccination antigrippale, ce qui représente un progrès. À cet égard, s'il était adopté, l'amendement n° 371 rectifié, qui tend à exclure la première injection, constituerait un recul.

Par ailleurs, le Gouvernement a saisi la Haute Autorité de santé de l'extension des compétences vaccinales des infirmiers, des pharmaciens et des sages-femmes. Il est préférable d'attendre cet avis pour envisager un dispositif plus global de renforcement des opportunités vaccinales.

En attendant, la commission demande le retrait de ces amendements. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

Mme la présidente. Madame Carrère, l'amendement n° 354 rectifié est-il maintenu ?

Mme Maryse Carrère. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 354 rectifié est retiré.

Madame Dominique Estrosi Sassone, l'amendement n° 99 rectifié *ter* est-il maintenu ?

Mme Dominique Estrosi Sassone. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 99 rectifié *ter* est retiré.

Madame Berthet, l'amendement n° 175 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Martine Berthet. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 175 rectifié *bis* est retiré.

Madame Guillotin, l'amendement n° 371 rectifié est-il maintenu ?

Mme Véronique Guillotin. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 371 rectifié est retiré.

Article 7 *sexies* B (Non modifié)

- ① Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Au dernier alinéa de l'article L. 4161-1, après la première occurrence du mot : « qui », sont insérés les mots : « prescrivent des vaccins ou » ;
- ③ 2° Le 9° de l'article L. 5125-1-1 A est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Cet arrêté peut autoriser, après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, la prescription par les pharmaciens de certains vaccins. Il en fixe les conditions. »

Mme la présidente. L'amendement n° 464, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

...° À l'article L. 4424-1, après les mots : « dans le territoire des îles Wallis et Futuna », sont insérés les mots : « dans leur rédaction résultant de la loi n° ... du ... relative à l'organisation et à la transformation du système de santé ».

La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Le présent amendement, de nature technique, vise à appliquer en outre-mer les modifications apportées à l'article L. 4161-1 du code de la santé publique.

L'article 7 *sexies* B prévoit d'ouvrir aux pharmaciens la possibilité de prescrire certains vaccins. Il modifie en particulier l'article du code de la santé publique relatif à l'exercice illégal de la médecine pour y déroger. Cet article est aujourd'hui applicable à Wallis-et-Futuna. Il convient donc de prévoir que la nouvelle version, qui résultera de la présente loi, y sera également applicable.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Avis favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 464.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 7 *sexies* B, modifié.

*(L'article 7 *sexies* B est adopté.)*

Articles additionnels après l'article 7 *sexies* B

Mme la présidente. Je suis saisie de cinq amendements identiques.

L'amendement n° 74 rectifié *ter* est présenté par Mme Micouleau, MM. Babary et Bascher, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Brisson, Chatillon, Cuypers et Danesi, Mme Estrosi Sassone, MM. Gremillet, Guerriau et Laménie, Mme Lamure, M. Lefèvre, Mme Lherbier et MM. Meurant, Morisset, Perrin, Raison et Sido.

L'amendement n° 132 rectifié *ter* est présenté par M. Sol, Mmes Eustache-Brinio et Deroche, M. Calvet, Mmes L. Darcos, Bruguière, Morhet-Richaud, Berthet et Deromedi, MM. Decool et Moga, Mme Kauffmann, MM. Genest et Poniatowski, Mme Raimond-Pavero, M. Mouiller, Mmes Garriaud-Maylam et Chauvin et MM. Pierre, Piednoir, B. Fournier, Bouloux et Charon.

L'amendement n° 162 rectifié *ter* est présenté par M. Dériot, Mmes Imbert et Puissat, MM. Milon, Gilles et Bonhomme, Mme Lassarade, MM. Revet, Savary et Mandelli et Mme Deseyne.

L'amendement n° 253 est présenté par M. Daudigny.

L'amendement n° 662 rectifié *ter* est présenté par Mme Guillotin, MM. Artano et A. Bertrand, Mme M. Carrère, MM. Castelli, Collin et Corbisez, Mme N. Delattre, MM. Gabouty, Gold, Guérini et Jeansanetas, Mme Jouve et MM. Léonhardt, Requier, Roux, Vall et Husson.

Ces cinq amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 7 *sexies* B

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 6211-23 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après les mots « examens de biologie médicale, », sont insérés les mots : « des actes de vaccination antigrippale, » ;

2° Au second alinéa, après le mot : « examens », sont insérés les mots : « , de ces actes ».

La parole est à Mme Brigitte Micouveau, pour présenter l'amendement n° 74 rectifié *ter*.

Mme Brigitte Micouveau. Le présent amendement vise à étendre aux 4 000 biologistes médicaux la possibilité d'administrer, sans prescription médicale, le vaccin contre la grippe saisonnière. Cela permettrait d'atteindre rapidement le taux de 75 % de couverture vaccinale fixé par la Haute Autorité de santé.

Contrairement aux pharmaciens d'officine, les biologistes, qui disposent de personnels qualifiés et habilités, ayant l'expérience du prélèvement, n'auront besoin d'aucune formation préalable. Ils bénéficient d'infrastructures sanitaires, dotées de moyens informatiques et technologiques modernes. L'ensemble est régi par un système d'assurance qualité couvrant l'ensemble des processus au sein du laboratoire. Les horaires d'ouverture sont ceux des commerces.

Aucune autre structure médicale non hospitalière n'offre autant de garanties pour la prise en charge médicalisée des vaccinations, mais aussi des dépistages, de la prévention et du suivi des patients chroniques.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean Sol, pour présenter l'amendement n° 132 rectifié *ter*.

M. Jean Sol. Cet amendement est identique à celui de ma collègue Brigitte Micouveau. Je précise simplement que les biologistes peuvent contribuer à l'amélioration du dispositif de prévention des épidémies grippales hivernales. Il serait dommage de se priver de leurs compétences, de leurs moyens humains et logistiques.

Mme la présidente. La parole est à M. Gérard Dériot, pour présenter l'amendement n° 162 rectifié *ter*.

M. Gérard Dériot. Il est défendu, madame la présidente.

Mme la présidente. La parole est à M. Yves Daudigny, pour présenter l'amendement n° 253.

M. Yves Daudigny. Il est défendu, madame la présidente.

Mme la présidente. La parole est à Mme Véronique Guillotin, pour présenter l'amendement n° 662 rectifié *ter*.

Mme Véronique Guillotin. Il est également défendu.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Les amendements identiques n° 74 rectifié *ter*, 132 rectifié *ter*, 162 rectifié *ter*, 253 et 662 rectifié *ter* visent à proposer une piste intéressante, mais le dernier avis de la Haute Autorité de santé en matière d'extension de la vaccination antigrippale n'a concerné que les sages-femmes, les infirmiers et les pharmaciens.

La Haute Autorité de santé a été sollicitée en début d'année par le Gouvernement sur la question de l'extension des compétences vaccinales à d'autres vaccins et à d'autres professions de santé. Il a semblé à la commission qu'il était préférable de ne pas devancer cet avis et d'en attendre les conclusions.

La commission demande donc le retrait de ces amendements. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

Mme la présidente. Madame Micouveau, l'amendement n° 74 rectifié *ter* est-il maintenu ?

Mme Brigitte Micouveau. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 74 rectifié *ter* est retiré.

Monsieur Sol, l'amendement n° 132 rectifié *ter* est-il maintenu ?

M. Jean Sol. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 132 rectifié *ter* est retiré.

Monsieur Dériot, l'amendement n° 162 rectifié *ter* est-il maintenu ?

M. Gérard Dériot. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 162 rectifié *ter* est retiré.

Monsieur Daudigny, l'amendement n° 253 est-il maintenu ?

M. Yves Daudigny. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 253 est retiré.

Madame Guillotin, l'amendement n° 662 rectifié *ter* est-il maintenu ?

Mme Véronique Guillotin. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 662 rectifié *ter* est retiré.

Article 7 *sexies* C (Supprimé)

Mme la présidente. L'amendement n° 638, présenté par Mme Sollogoub, est ainsi libellé :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

L'article L. 4342-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au sixième alinéa, les mots : « , hors verres correcteurs d'amétropie et lentilles de contact oculaire correctrices, » sont supprimés ;

2° Après le même sixième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « Il peut adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales des verres correcteurs et des lentilles de contact oculaire, sauf opposition du médecin. » ;

3° Au dernier alinéa, les mots : « est précisée » sont remplacés par les mots : « et les conditions de l'adaptation prévue au septième alinéa sont précisées ».

La parole est à Mme Nadia Sollogoub.

Mme Nadia Sollogoub. Si vous le permettez, madame la présidente, je présenterai en même temps l'amendement n° 605 rectifié *bis*, qui vise à introduire un article additionnel après l'article 7 *sexies* C.

J'ai bien compris qu'un grand chantier allait être entamé concernant la santé visuelle et que, dans cette attente, madame la ministre, vous préféreriez ne pas prendre de décision pour l'instant.

L'amendement n° 638 vise à permettre aux orthoptistes de renouveler les prescriptions de verres et de lentilles, sauf indication contraire du médecin.

L'amendement n° 605 rectifié *bis* tend à prévoir que les patients pourront avoir accès à l'orthoptiste sans prescription médicale.

Lors du chantier de santé visuelle qui va être entamé, les orthoptistes verront forcément leurs compétences étendues, ces professionnels formés se trouvant au plus près des ophtalmologistes. Les mesures que je propose ne sont donc que de petites ouvertures par anticipation, compte tenu de l'urgence de la situation pour les patients.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. L'article 7 *sexies* C, issu d'un amendement adopté par l'Assemblée nationale, prévoyait de poursuivre le mouvement d'extension des compétences des auxiliaires médicaux de la filière optique, en l'occurrence des orthoptistes.

La commission des affaires sociales considère que l'organisation de la filière visuelle, caractérisée par des difficultés croissantes d'accès aux soins d'ophtalmologie dans plusieurs régions, doit impérativement être clarifiée. Il convient en particulier de mieux préciser les compétences respectives des différents métiers – ophtalmologiste, orthoptiste, opticien-lunettier, optométriste – et d'adapter le cas échéant leur formation. Il ne lui a donc pas semblé opportun d'adopter une nouvelle mesure ponctuelle, dont l'efficacité et la cohérence avec la réorganisation d'ensemble de la filière ne sont pas démontrées. Pour ces raisons, elle a supprimé l'article 7 *sexies* C.

Logiquement, elle émet un avis défavorable sur l'amendement n° 638.

Par cohérence avec cette position, elle émet également un avis défavorable sur l'amendement n° 605 rectifié *bis*, car nous souhaitons, je le répète, privilégier une réflexion globale sur la filière visuelle.

J'ai évidemment comme vous reçu de nombreux messages d'orthoptistes, y compris d'orthoptistes amis, qui n'ont pas compris la position de la commission des affaires sociales du Sénat. Il ne s'agit pas d'une mesure de rétorsion vis-à-vis des orthoptistes ou d'une mesure de protection des ophtalmologistes. Alors que nous demandions depuis plusieurs années une loi de santé visuelle, la promesse nous a été faite qu'un tel texte serait déposé afin de clarifier les compétences respectives de l'ensemble des métiers.

Évidemment, face à l'urgence de la situation, la position de la commission des affaires sociales peut ne pas être comprise, mais si nous effectuons des modifications par petites touches, on n'adoptera jamais de loi de santé visuelle ! On satisferait ainsi telle demande des orthoptistes une année, puis telle autre des opticiens-lunettiers l'année suivante au motif qu'on manque d'ophtalmologistes, et telle autre encore des ophtalmologistes l'année d'après, car ces derniers ne manqueraient pas de faire remarquer qu'on donne trop aux orthoptistes, aux optométristes et aux opticiens – ces praticiens peuvent déjà renouveler des lunettes avec une ordonnance datant de moins de trois ans –, ou parce qu'ils se seront regroupés, comme c'est le cas dans mon département de Vaucluse, ce qui a permis de réduire à trois semaines au maximum le délai pour obtenir un rendez-vous en cas de difficulté majeure.

Il y a des choses à faire, c'est une évidence. Peuvent-elles être faites par petites touches au fil du temps ? J'estime que non. C'est pourquoi la commission est défavorable à ces amendements.

Si le Sénat en décide autrement, tant mieux pour lui. Au moins il fera plaisir aux orthoptistes, mais il n'est pas certain qu'il contribuera à l'avènement d'une loi sur la santé visuelle.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Nous devons effectivement travailler sur la filière visuelle. Pour cela, nous mettons en place une mission. Nous souhaitons que l'ensemble des professionnels se rencontrent, se parlent et décident de la manière de mieux organiser la filière, de mieux définir les responsabilités des uns et des autres, sachant en outre que les ophtalmologistes sont très difficiles d'accès aujourd'hui dans nos territoires.

Compte tenu des travaux de cette mission, j'émet un avis défavorable sur l'amendement n° 605 rectifié *bis*. En revanche, et dans un souci de cohérence, j'émet un avis favorable sur l'amendement n° 638, car il permettrait, s'il était adopté, de supprimer une inégalité qui n'a pas lieu d'être entre les opticiens, qui ont la possibilité d'adapter les lunettes, et les orthoptistes, qui sont tout aussi légitimes, eu égard à leur formation, pour participer au parcours du patient.

Il est évident que cette simple mesure d'ajustement ne suffira pas et qu'elle ne préjuge en rien d'une réorganisation ultérieure de la filière. D'autres dispositions seront nécessaires.

Mme la présidente. La parole est à Mme Nadia Sollogoub, pour explication de vote.

Mme Nadia Sollogoub. Je vous remercie, madame la ministre. En effet, il s'agit pour nous non pas de céder à la pression d'un quelconque lobby ou de compliquer un travail difficile de répartition des tâches entre des professionnels de santé, mais de prendre en compte la pression des patients. Quand on est âgé et qu'on doit attendre un an pour obtenir un rendez-vous chez un ophtalmologiste pour faire renouveler...

M. Alain Milon, rapporteur. Ce n'est pas vrai !

Mme Nadia Sollogoub. Dans la Nièvre, comme l'a montré récemment un reportage sur BFM TV, on a difficilement accès à un ophtalmologiste, monsieur le rapporteur !

En tout cas, je vous remercie, madame la ministre, d'être favorable à un rééquilibrage s'agissant de la prescription des lunettes.

Mme la présidente. Madame Sollogoub, l'amendement n° 638 est-il maintenu ?

Mme Nadia Sollogoub. Oui, madame la présidente.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 638.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. En conséquence, l'article 7 *sexies* C demeure supprimé.

Articles additionnels après l'article 7 *sexies* C

Mme la présidente. L'amendement n° 605 rectifié *bis*, présenté par Mme Sollogoub, M. Henno, Mme Vermeillet, MM. Janssens, Canevet, Bonnacarrère et Delahaye, Mme C. Fournier, M. Moga, Mmes Perrot et Billon, M. Cazabonne et Mmes Saint-Pé et Vullien, est ainsi libellé :

Après l'article 7 *sexies* C

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le deuxième alinéa de l'article L. 4342-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Les mots : « L'orthoptiste pratique son art sur prescription médicale » sont supprimés ;

2° Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « L'orthoptiste pratique son art en cabinet libéral, dans les établissements de santé définis à l'article L. 6141-1. »

Cet amendement a déjà été défendu. Madame Sollogoub, est-il maintenu ?

Mme Nadia Sollogoub. Oui, madame la présidente.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 605 rectifié *bis*. Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable, de même que celui du Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 115 rectifié *ter*, présenté par Mmes Deseyne et Micoulean, MM. Longuet et Danesi, Mmes Deromedi, Gruny et Puissat, M. Morisset, Mme Bruguière, MM. Lefèvre, del Picchia, Savary, Ponia-towski et Cuypers, Mmes Raimond-Pavero et Chauvin, MM. Pierre, Piednoir, Gilles, Rapin, Charon et Sido, Mmes A.M. Bertrand et Lamure et MM. Segouin, Laménie et Gremillet, est ainsi libellé :

Après l'article 7 *sexies* C

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 4362-11 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« ...° Les modalités de mise en œuvre par le Conseil national de l'ordre des médecins d'une solution sécurisée d'échanges d'informations entre les prescripteurs d'ordonnance médicale visant à la délivrance de verres correcteurs et les opticiens ;

« ...° Les lieux d'exercice de la profession d'opticien-lunetier afin de leur permettre d'exercer en cabinet médical. » ;

2° Après l'article L. 4362-12, il est inséré un article L. 4362-... ainsi rédigé :

« Art. L. 4362- – L'opticien-lunetier peut réaliser, sur prescription médicale ou dans le cadre d'un protocole organisationnel de délégations de tâches :

« - la mesure de la pression intraoculaire d'un patient au moyen d'un tonomètre à air ;

« - la mesure de l'épaisseur cornéenne au moyen d'un pachymètre ;

« - une rétino-graphie sans instillation de collyre mydriatique à l'aide d'un rétino-graphe non mydriatique ;

« - la réfraction.

« L'opticien-lunetier n'est pas habilité à interpréter les données ainsi recueillies. L'opticien-lunetier informe le patient que les examens réalisés seront soumis à l'analyse du médecin prescripteur.

« Les conditions dans lesquelles l'opticien-lunetier peut procéder à ces mesures sont déterminées par décret. »

La parole est à Mme Chantal Deseyne.

Mme Chantal Deseyne. Cet amendement vise à permettre aux opticiens d'effectuer les actes préalables au bilan visuel tels que la mesure de la pression intra-oculaire ou la rétino-graphie.

Actuellement, ils ne peuvent le faire faute d'une autorisation pour utiliser les appareils nécessaires à ces mesures, l'interprétation, le diagnostic et la prescription restant de la seule compétence de l'ophtalmologiste.

Cet amendement permettrait de dégager du temps médical, particulièrement dans les zones sous-dotées, où il faut plusieurs semaines, voire plusieurs mois pour obtenir un rendez-vous.

Plusieurs projets d'expérimentation sont actuellement bloqués faute, pour l'opticien, de pouvoir utiliser ces appareils.

Mme la présidente. L'amendement n° 664 rectifié *bis*, présenté par Mme Guillotin, MM. Arnell, Artano et Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Castelli et Collin, Mmes Costes et N. Delattre, MM. Gabouty, Gold et Jeansannetas, Mme Jouve et MM. Léonhardt, Requier, Roux et Vall, est ainsi libellé :

Après l'article 7 *sexies* C

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa de l'article L. 4362-10, les mots : « , dans le cadre d'un renouvellement, » sont supprimés ;

2° L'article L. 4362-11 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Les modalités de mise en œuvre par le conseil national de l'ordre des médecins d'une solution sécurisée d'échanges d'informations entre les prescripteurs d'ordonnance médicale visant à la délivrance de verres correcteurs et les opticiens. »

La parole est à Mme Véronique Guillotin.

Mme Véronique Guillotin. Il est retiré, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 664 rectifié *bis* est retiré.

L'amendement n° 529 rectifié *bis*, présenté par M. P. Joly, Mme Jasmin, MM. Manable et Tourenne, Mme Monier, MM. Mazuir et Vallini et Mme Artigalas, est ainsi libellé :

Après l'article 7 *sexies* C

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut autoriser, dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, telle que définis en application de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, à titre expérimental, à compter de la date fixée par arrêté du ministre chargé de la santé et jusqu'au 31 décembre de la troisième année suivant cette même date, les opticiens-lunetiers à réaliser les actes préalables au bilan visuel, laissant l'interprétation et le diagnostic médical au médecin.

Un arrêté du ministre chargé de la santé définit les régions participant à l'expérimentation mentionnée au premier alinéa du présent article, dans la limite de quatre régions.

Un décret fixe les conditions d'application du présent article, notamment les conditions de délivrance de l'autorisation aux opticiens-lunetiers dans les régions retenues pour participer à l'expérimentation et les conditions de réalisation de l'examen de la réfraction en vue de l'adaptation dans ces établissements.

Au plus tard dans les quatre mois précédant la fin de l'expérimentation, un rapport d'évaluation est réalisé par le Gouvernement et transmis au Parlement.

La parole est à M. Patrice Joly.

M. Patrice Joly. Pour conforter mon argumentation, je rappellerai un certain nombre de chiffres : 30 % des parents sont aujourd'hui confrontés à des problèmes de vue pour leurs enfants, 10 % des enfants de moins de 5 ans souffrent de problèmes de vue, 13 % des enfants de 4 ans à 10 ans sont atteints de myopie, contre 10 %, semble-t-il, en 2016. Enfin, 38 % des salariés de plus de 50 ans déclarent avoir des difficultés au travail.

Si l'on ajoute à ces chiffres la baisse du nombre des ophtalmologistes et le vieillissement de la population, on voit toute l'acuité du problème. Pour répondre à la situation, la Cour des comptes, dans un rapport de 2018, proposait d'attribuer de nouvelles prérogatives aux opticiens, sous certaines conditions.

Le présent amendement prévoit une expérimentation dans les zones sous-dotées, particulièrement touchées par ce problème d'accès aux ophtalmologistes, qui permettrait de nourrir la réflexion de la mission évoquée par Mme la ministre.

Les opticiens pourraient réaliser de nouveaux actes en étant autorisés à utiliser des appareils qu'ils n'ont pas aujourd'hui la possibilité de faire fonctionner.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Ces amendements concernent les compétences des opticiens-lunetiers.

Le rôle de ces professionnels au sein de la filière visuelle doit impérativement être clarifié. Toutefois, les extensions de compétences en faveur des opticiens autorisées depuis 2007 ont eu jusqu'à présent des effets marginaux. Ainsi, la délivrance d'équipements d'optique médicale continue à reposer pour l'essentiel sur les ophtalmologistes. En outre, une telle clarification ne peut s'opérer qu'en travaillant sur la complémentarité entre les différents acteurs de la filière, y compris les orthoptistes.

La commission des affaires sociales, en cohérence avec sa position sur l'article 7 *sexies* C concernant les orthoptistes, qu'elle a supprimé, attend donc une clarification d'ensemble de la filière visuelle, et non de nouvelles mesures ponctuelles.

L'amendement n° 115 rectifié *ter* prévoit plus particulièrement de mettre à jour les actes pouvant être réalisés par les opticiens-lunetiers et les équipements pouvant être utilisés par cette profession. Les dispositions proposées ne relèvent pas toutes du domaine de la loi. En effet, l'article L. 4362-11 du code de la santé publique dispose notamment que « les règles d'exercice et, en tant que de besoin, d'équipement » de la profession sont déterminées par décret.

Quant à la question de l'ouverture de l'exercice de la profession d'opticien-lunetier en cabinet médical, elle pourrait être incluse dans la réflexion générale sur l'organisation de la filière visuelle.

La commission émet un avis défavorable sur ces deux amendements. Nous demandons plutôt l'examen en urgence d'une loi sur la santé visuelle.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

Mme la présidente. La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

M. Yves Daudigny. Un appel très fort a été lancé en faveur de l'examen par le Parlement d'une loi sur la filière visuelle.

Si cette loi est mise en chantier, j'exprime le souhait qu'elle prenne en compte non seulement les opticiens, les orthoptistes et les ophtalmologistes, mais aussi les optométristes. Ce métier n'est pas reconnu en France, sans être pour autant interdit. Certains opticiens dans notre pays suivent des formations au Canada ou en Australie et pourraient apporter leurs compétences à la filière visuelle si celles-ci étaient reconnues.

Mme la présidente. La parole est à Mme Chantal Deseyne, pour explication de vote.

Mme Chantal Deseyne. Je retire mon amendement, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 115 rectifié *ter* est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 529 rectifié *bis*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 7 *sexies* **(Non modifié)**

① L'article L. 5125-23 du code de la santé publique est complété par un V ainsi rédigé :

② « V. – Par dérogation au I, le pharmacien peut, en cas de rupture de stock d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné sur la liste prévue à l'article L. 5121-30, remplacer le médicament prescrit par un autre médicament conformément à la recommandation établie, après consultation des professionnels de santé et des associations d'usagers du système de santé agréées par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et publiée sur son site internet. L'agence informe sans délai les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale de la publication de chaque recommandation.

③ « Lorsque le pharmacien procède au remplacement du médicament prescrit dans les conditions prévues au premier alinéa du présent V, il inscrit le nom du médicament qu'il a délivré sur l'ordonnance et informe le prescripteur de ce remplacement. »

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Decool, sur l'article.

M. Jean-Pierre Decool. Madame la ministre, l'article 7 *sexies* ouvre un droit important pour les pharmaciens, celui de se substituer aux médecins dans la prescription d'un médicament en cas de rupture de stock.

Cet article, introduit par voie d'amendement à l'Assemblée nationale, va dans le bon sens, celui d'une meilleure répartition des tâches entre professionnels de santé, celui aussi d'une simplification de la vie de l'utilisateur, en l'occurrence le malade.

Cet article est également cohérent avec le rapport de la mission d'information sur la pénurie de médicaments et de vaccins, présidée par Yves Daudigny, et dont j'étais le rapporteur.

Madame la ministre, vous avez annoncé à l'Assemblée nationale un plan d'action sur le sujet d'ici l'été, pour tenter de réduire le nombre et la durée de ces ruptures de stock et d'approvisionnement, mais aussi pour mieux nous organiser lorsqu'elles se produisent.

Je souhaitais profiter de la séance publique pour le rappeler et vous dire, madame la ministre, que nous sommes disponibles pour décliner le rapport sénatorial et mettre en œuvre ses recommandations dans le plan d'action que vous avez évoqué.

Mme la présidente. L'amendement n° 652 rectifié *bis*, présenté par Mme Guillotin, MM. Arnell, Artano, A. Bertrand et Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Castelli, Collin, Gabouty, Gold, Guérini et Jeansannetas, Mme Jouve et MM. Léonhardt, Requier, Roux, Vall et Husson, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 2, première phrase

Après la référence :

L. 5121-30

insérer les mots :

et avec l'accord du prescripteur

II. – Alinéa 3

Supprimer les mots :

et informe le prescripteur de ce remplacement

La parole est à Mme Véronique Guillotin.

Mme Véronique Guillotin. L'article 7 *sexies* vise à répondre au problème grandissant des ruptures de stock en permettant aux pharmaciens de remplacer le médicament indisponible par un autre médicament.

Les cas de rupture se multiplient et des solutions doivent être trouvées, dans un cadre sécurisé pour le patient et pour le pharmacien.

Cet amendement vise simplement à préciser que le remplacement du médicament se fait avec l'accord du prescripteur.

L'information du pharmacien au prescripteur se ferait ainsi en amont de la prescription, et non en aval. Cela ne coûterait pas plus cher en termes de coordination et n'exigerait pas plus de travail, mais sécuriserait davantage une pratique complexe. Le prescripteur est en effet le professionnel qui connaît le mieux le patient et qui reste le mieux placé pour savoir quel médicament conviendrait, notamment pour des patients « polymédiqués ».

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Le progrès réalisé par l'article 7 *sexies* consiste précisément à permettre au pharmacien de ne pas avoir à obtenir préalablement l'accord du médecin prescripteur pour procéder à la substitution d'une spécialité en rupture, à condition qu'il procède à cette substitution dans le respect d'un protocole défini par l'Agence

nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, l'ANSM, et qu'il en informe le prescripteur. Réintroduire la nécessité de l'accord préalable du prescripteur reviendrait à vider cet article de son sens.

En conséquence, l'avis est défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Il est également défavorable.

Cet article prévoit également que le nouveau médicament prescrit lors d'une rupture de stock le soit dans le strict respect des préconisations et des recommandations établies par l'ANSM avec les sociétés savantes représentant les prescripteurs.

Dès qu'il y a une rupture de stock, l'ANSM travaille donc sur les médicaments de remplacement et établit des recommandations en s'appuyant sur des groupes de travail.

C'est dans ce cadre que le pharmacien est autorisé à remplacer sans l'avis du prescripteur initial.

Mme la présidente. Madame Guillotin, l'amendement n° 652 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Véronique Guillotin. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 652 rectifié *bis* est retiré.

L'amendement n° 267 rectifié *quater*, présenté par Mme Deroche, M. Piednoir, Mme Deromedi, M. Panunzi, Mmes Micouleau, Di Folco et M. Mercier, MM. Bonne et Mouiller, Mme Imbert, M. Vaspert, Mmes Ramond, Lassarade et Bruguière, M. Savary, Mmes Procaccia et Gruny, MM. Dériot et Brisson, Mmes L. Darcos et Berthet, MM. Morisset et Sido, Mme Lamure et MM. Laménie, Genest, Darnaud et Paul, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Après les mots :

professionnels de santé

insérer les mots :

, des entreprises pharmaceutiques exploitant les médicaments concernés

La parole est à Mme Catherine Deroche.

Mme Catherine Deroche. Cet amendement vise à inclure le ou les laboratoires appelés à fournir le produit de substitution dans la liste des intervenants consultés préalablement à l'établissement de la recommandation établie par l'ANSM.

Ils sont en effet les meilleurs connaisseurs de leurs produits et les mieux à même de contribuer à la discussion nécessaire autour des possibilités de substitution.

Les laboratoires pourraient aussi avoir à procéder à des ajustements, tant sur la production que sur la logistique, qu'il est important de pouvoir anticiper.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. La consultation des laboratoires exploitant les spécialités de substitution, voire des laboratoires dont la spécialité est en rupture d'approvisionnement, permettra d'éclairer sur les stocks disponibles de médicaments de substitution, les éventuels efforts à fournir pour la libération de ces stocks et le calendrier de réapprovisionnement du médicament en rupture.

En conséquence, l'avis est favorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. La capacité d'approvisionnement d'une molécule de remplacement par les laboratoires suppléants est un préalable, dont l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé s'assure dans toutes les situations de rupture d'approvisionnement.

Les laboratoires sont donc toujours associés pour trouver des solutions de remplacement, mais je considère que l'élaboration de la recommandation de l'ANSM quant aux produits de substitution et au protocole proposé ne relève pas de la mission des laboratoires suppléants.

Cette recommandation organise une stratégie temporaire de prescription et de dispensation de manière indépendante et en concertation avec les associations de patients et les sociétés savantes.

J'émet donc un avis défavorable.

Mme la présidente. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. L'intention des auteurs de cet amendement peut paraître séduisante, mais elle me semble également comporter certains dangers.

Tout à l'heure, on a rappelé qu'il fallait éviter d'être juge et partie, que le prescripteur ne pouvait pas être vendeur. Or ce sera le cas des laboratoires dans le dispositif prévu par cet amendement.

Le risque de lobbying et de perte d'indépendance est important, les scandales récents montrant qu'il ne s'agit pas simplement d'une vue de l'esprit.

Je rejoins l'avis défavorable de Mme la ministre et je ne souhaite pas que l'on adopte cet amendement, qui constitue une source de dangers.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 267 rectifié *quater*.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 7 *sexies*, modifié.

*(L'article 7 *sexies* est adopté.)*

Article 7 septies A (nouveau)

- ① Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Après le 7° *bis* de l'article L. 162-9, il est inséré un 7° *ter* ainsi rédigé :
- ③ « 7° *ter* Les modalités de versement d'une aide financière complémentaire aux professionnels mentionnés au 1° interrompant leur activité médicale pour cause de maternité ou de paternité ; »
- ④ 2° Après le 7° de l'article L. 162-12-2, il est inséré un 7° *bis* ainsi rédigé :
- ⑤ « 7° *bis* Les modalités de versement d'une aide financière complémentaire aux infirmiers interrompant leur activité médicale pour cause de maternité ou de paternité ; »
- ⑥ 3° Après le 7° de l'article L. 162-12-9, il est inséré un 7° *bis* ainsi rédigé :

- ⑦ « 7° *bis* Les modalités de versement d'une aide financière complémentaire aux masseurs-kinésithérapeutes interrompant leur activité médicale pour cause de maternité ou de paternité ; ».

Mme la présidente. L'amendement n° 466, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Il s'agit de supprimer la possibilité donnée aux partenaires conventionnels de négocier une aide complémentaire en cas de congé maternité ou paternité pour les chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes interrompant leur activité.

Vous connaissez mon engagement dans l'accompagnement des femmes durant la grossesse.

Conformément à ce que vous aviez voté dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, mesdames, messieurs les sénateurs, le congé de maternité des travailleuses indépendantes a été aligné sur celui des salariées, c'est-à-dire 38 jours supplémentaires de congé indemnisés. Cette disposition est, me semble-t-il, effective depuis la semaine dernière.

Je vous propose toutefois de revenir sur la disposition introduite en commission des affaires sociales pour plusieurs motifs.

Tout d'abord, l'ensemble des professionnels de santé libéraux bénéficient déjà d'une protection maternité qui représente un taux moyen de remplacement de près de 90 % du revenu des infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes.

Pour les professions dont les revenus moyens sont plus bas, le taux de couverture peut atteindre 100 %. Ce régime permet ainsi aux professionnels concernés de percevoir un montant pouvant aller jusqu'à 9 600 euros durant leur congé.

À titre de comparaison, le taux de remplacement moyen des revenus d'un médecin était inférieur à 60 %. C'est pourquoi la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a prévu une aide financière conventionnelle complémentaire à l'indemnisation par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des médecins libéraux interrompant leur activité en cas de maternité, paternité ou adoption.

Cette aide a pour objectif de favoriser l'installation des jeunes médecins, notamment dans les zones sous-denses et de renforcer l'attractivité de l'exercice libéral pour les jeunes médecins, qui s'installent plus tard et moins souvent qu'avant. L'objectif de cette aide est donc spécifique à la démographie des médecins libéraux et aux difficultés d'accès aux soins qui caractérisent cette profession.

Pour toutes ces raisons, je propose un amendement de suppression de l'article 7 *septies* A.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Cet article a été adopté par la commission dans un souci d'équité par rapport aux dispositions prévues pour les médecins.

L'avis est donc défavorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 466.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 7 *septies* A.

(L'article 7 septies A est adopté.)

Article 7 septies
(Supprimé)

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 368 rectifié, présenté par MM. Roux, Arnell, Artano et A. Bertrand, Mme M. Carrère, MM. Castelli et Collin, Mme Costes, MM. Gabouty, Gold, Guérini et Jeansannetas, Mme Jouve et MM. Léonhardt, Requier et Vall, est ainsi libellé :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Après la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, est insérée une phrase ainsi rédigée : « En l'absence d'accord, l'assuré peut saisir le directeur de l'organisme gestionnaire afin qu'un médecin traitant puisse lui être désigné parmi une liste de médecins de son ressort géographique. »

La parole est à M. Jean-Marc Gabouty.

M. Jean-Marc Gabouty. Consulter un médecin traitant présente le double avantage d'être mieux soigné, grâce au suivi par un médecin qui connaît bien ses patients, et d'être mieux remboursé. Mais encore faut-il en avoir un !

Or, aujourd'hui, 8,7 % des assurés de plus de 16 ans ne disposent pas d'un médecin traitant, souvent parce qu'ils n'en trouvent pas.

Dans un rapport qui vous a été remis en octobre dernier, notamment par notre collègue Élisabeth Doineau, 75 caisses primaires d'assurance maladie signalent les difficultés croissantes à trouver un médecin traitant sur leur territoire. Et les personnes concernées n'ont parfois pas d'autre choix que de renoncer aux soins, parce qu'elles ne peuvent pas bénéficier d'un remboursement intégral.

Aujourd'hui, il est déjà possible de se tourner vers le conciliateur de sa caisse pour tenter de débloquer la situation, mais celui-ci ne peut imposer à un médecin d'être votre médecin traitant.

Aussi, nous proposons de rétablir en partie l'article 7 septies tel qu'il avait été adopté en commission à l'Assemblée nationale. Il s'agit de rendre opposable l'accès au médecin traitant pour tout assuré qui en fait la demande et effectue les démarches auprès du directeur de l'organisme gestionnaire.

Mme la présidente. L'amendement n° 639, présenté par Mme Sollogoub, est ainsi libellé :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Après la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, est insérée une phrase ainsi rédigée : « En l'absence d'accord, l'assuré situé dans une zone définie en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique peut saisir le conciliateur de l'organisme gestionnaire afin qu'un médecin traitant disponible lui soit proposé. »

La parole est à Mme Nadia Sollogoub.

Mme Nadia Sollogoub. Cet amendement est défendu, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 537 rectifié *ter*, présenté par MM. Chasseing, Bignon, Capus, Decool, Fouché, Guerriau, Lagourgue, Laufoaulu, Malhuret et A. Marc, Mme Mélot, MM. Menonville, Wattedled, Bouloux, Moga, Gabouty, Bonhomme, Laménié et Mandelli et Mmes Deromedi et Noël, est ainsi libellé :

Rétablir cet article dans la rédaction suivante :

Après la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, est insérée une phrase ainsi rédigée : « En l'absence d'accord, l'assuré situé dans une zone définie en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique peut saisir le conciliateur de l'organisme gestionnaire afin qu'un médecin traitant disponible puisse lui être proposé. »

La parole est à M. Daniel Chasseing.

M. Daniel Chasseing. Cet amendement est similaire aux deux précédents. Il faut soit que le conciliateur de la caisse d'assurance maladie puisse proposer un médecin traitant, soit que le malade ne soit pas pénalisé financièrement.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. La commission a supprimé cet article 7 septies, introduit par l'Assemblée nationale. Selon nous, il n'ajoute rien au droit existant. La saisine du conciliateur de l'assurance maladie est déjà possible et celle du directeur de la CPAM, proposée dans ces amendements, ne changera rien à la situation.

Par ailleurs, d'après l'accord conventionnel en cours de négociation, l'une des missions socles des communautés professionnelles territoriales de santé, les CPTS, sera d'organiser l'accès au médecin traitant. Il me semble donc plus efficient de laisser les professions de santé s'organiser entre elles.

La commission émet donc un avis défavorable sur ces amendements n°s 368 rectifié, 639 et 537 rectifié *ter*.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Nous sommes défavorables à l'amendement n° 368 rectifié.

Quant à l'amendement n° 639, je propose son retrait au profit de l'amendement n° 537 rectifié *ter*, sur lequel j'émet un avis favorable.

Les députés avaient en effet prévu la possibilité pour les usagers de saisir le conciliateur de la CPAM pour essayer d'obtenir un médecin traitant. Il me semble que cela fait partie des missions de l'assurance maladie, qui peut avoir un rôle central pour orienter les patients dans ce domaine et leur proposer un médecin traitant.

Je rappelle en outre qu'à défaut de trouver un médecin traitant, la caisse attribue un numéro virtuel aux malades leur permettant d'être remboursés comme s'ils avaient un parcours de soins avec un médecin traitant.

Il est important que la caisse soit informée des difficultés et il me semble donc légitime de rétablir cet article, dans la rédaction proposée par l'amendement n° 537 rectifié *ter*.

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. Madame la ministre, je souhaite vous interpeller sur la question des sanctions financières qui existent pour des patients qui ne parviennent pas à trouver

de médecin traitant. Je rappelle que 75 CPAM indiquent des difficultés sur une partie de leur territoire pour les assurés sociaux. Malgré le dispositif du « numéro attribué » dont vous avez parlé, certains assurés sont effectivement pénalisés financièrement.

Notre groupe avait présenté un amendement visant à supprimer cette pénalité, mais l'article 40 de la Constitution ne lui a pas permis d'arriver jusqu'en séance.

Accepteriez-vous, madame la ministre, d'apporter une réponse à cette situation lors de l'examen de la prochaine loi de financement de la sécurité sociale ?

Mme la présidente. La parole est à Mme Nadia Sollogoub, pour explication de vote.

Mme Nadia Sollogoub. Je veux bien retirer mon amendement, mais il est identique à celui qu'a présenté M. Chasseing.

Il était en quelque sorte défendu par anticipation ! (Sourires.)

Mme la présidente. L'amendement n° 639 est retiré.

La parole est à M. Jean-Marc Gabouty, pour explication de vote.

M. Jean-Marc Gabouty. Si j'ai bien compris, nous sommes d'accord sur l'objectif, mais pas sur les moyens pour l'atteindre, la commission privilégiant le dialogue conventionnel plutôt que la loi.

Je retire l'amendement n° 368 rectifié au profit de l'amendement n° 537 rectifié *ter*, présenté par Daniel Chasseing, qui a reçu un avis favorable de Mme la ministre.

Mme la présidente. L'amendement n° 368 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 537 rectifié *ter*.

(Après une épreuve à main levée déclarée douteuse par le bureau, le Sénat, par assis et levé, n'adopte pas l'amendement.)

Mme la présidente. En conséquence, l'article 7 *septies* demeure supprimé.

Articles additionnels après l'article 7 *septies*

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements identiques.

L'amendement n° 54 est présenté par Mme Ramond.

L'amendement n° 136 rectifié est présenté par Mme Bonfanti-Dossat, MM. Brisson et Courtial, Mme Micouveau, MM. Lefèvre, de Nicolaj, Vogel et Morisset, Mmes Puissat, Gruny, Morhet-Richaud, Deromedi, Troendlé et Lopez, MM. Genest et Poniatowski, Mme Garriaud-Maylam, MM. Mandelli, Bonne, Pellevat, B. Fournier et Charon, Mme Lamure et M. Laménie.

L'amendement n° 413 rectifié *bis* est présenté par M. Antiste, Mmes Jasmin et G. Jourda, M. Duran et Mme Artigalas.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 7 *septies*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au 1° du I de l'article L. 4301-1 du code de la santé publique, les mots : « coordonnée par le médecin traitant » sont supprimés.

La parole est à Mme Françoise Ramond, pour présenter l'amendement n° 54.

Mme Françoise Ramond. L'article L. 4301-1 du code de la santé publique définit l'exercice en pratique avancée des auxiliaires médicaux.

Lors des débats parlementaires conduisant à son introduction en 2016, cet article a été complété par une notion de « coordination des soins par un médecin » dans la définition du cadre d'exercice des professionnels en pratique avancée. En réalité, le professionnel de santé en pratique avancée n'intervient pas sous la coordination d'un médecin. Il peut d'ailleurs être lui-même chargé de cette coordination.

La publication des textes réglementaires relatifs à la pratique avancée étant désormais intervenue, et les cas d'usage de cette pratique plus clairement définis, il apparaît que cette mention place les professionnels de santé dans une situation délicate, car ils ne devraient pas légalement pouvoir exercer cette pratique avancée en l'absence de coordination par le médecin.

Il convient donc de supprimer cette mention dans un souci de sécurité juridique.

Mme la présidente. La parole est à Mme Christine Bonfanti-Dossat, pour présenter l'amendement n° 136 rectifié.

Mme Christine Bonfanti-Dossat. Il est défendu, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 413 rectifié *bis*, présenté par M. Antiste, Mmes Jasmin et G. Jourda, M. Duran et Mme Artigalas, est ainsi libellé :

Après l'article 7 *septies*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au 1° du I de l'article L. 4301-1 du code de la santé publique, les mots : « coordonnée par le médecin traitant » sont supprimés.

La parole est à M. Maurice Antiste.

M. Maurice Antiste. L'article L. 4301-1 du code de la santé publique définit l'exercice en pratique avancée des auxiliaires médicaux.

Lors des débats parlementaires conduisant à son introduction en 2016, cet article a été complété par une notion de « coordination des soins par un médecin » dans la définition du cadre d'exercice des professionnels en pratique avancée. En réalité, le professionnel de santé en pratique avancée n'intervient pas sous la coordination d'un médecin. Il peut d'ailleurs être lui-même chargé de cette coordination.

La publication des textes réglementaires relatifs à la pratique avancée étant désormais intervenue, et les cas d'usage de cette pratique plus clairement définis, il apparaît que cette mention place les professionnels de santé dans une situation délicate, car ils ne devraient pas légalement pouvoir exercer cette pratique avancée en l'absence de coordination par le médecin.

Il convient donc de supprimer cette mention dans un souci de sécurité juridique de l'exercice en pratique avancée.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. L'exercice en pratique avancée s'inscrit dans une équipe coordonnée par un médecin, que ce soit en ambulatoire – c'est le cas visé par cet amendement – ou à l'hôpital.

C'est d'ailleurs la définition même de l'équipe de soins primaires. Il ne paraît pas opportun de supprimer cette mention peu contraignante, qui créerait deux régimes d'exercice différents en ville et à l'hôpital.

En conséquence, la commission sollicite le retrait de ces amendements. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis.

Mme la présidente. Madame Ramond, l'amendement n° 54 est-il maintenu ?

Mme Françoise Ramond. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 54 est retiré.

Madame Christine Bonfanti-Dossat, l'amendement n° 136 rectifié est-il maintenu ?

Mme Christine Bonfanti-Dossat. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 136 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 413 rectifié *bis*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 700, présenté par MM. Jomier et Daudigny, Mmes Grelet-Certenais et Jasmin, M. Kanner, Mmes Rossignol, Meunier, Van Heghe, Féret et Lubin, M. Tourenne, Mmes M. Filleul et Harribey, MM. Lurel, J. Bigot et Bérít-Débat, Mmes Blondin et Bonnefoy, MM. Botrel et M. Bourquin, Mme Conconne, MM. Duran et Fichet, Mme Ghali, MM. Houllegatte et Jacquin, Mme G. Jourda, MM. Kerrouche et Lalande, Mmes Lepage et Monier, M. Montaugé, Mmes Perol-Dumont, Prévillie et S. Robert, M. Sueur, Mme Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés, est ainsi libellé :

Après l'article 7 *septies*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le 3° de l'article L. 3121-2-2 du code de la santé publique, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« ...° Les infirmières et infirmiers ;

« ...° Les médecins généralistes de premier recours. »

La parole est à M. Bernard Jomier.

M. Bernard Jomier. Cet amendement vise à autoriser les infirmières et les infirmiers ainsi que les médecins généralistes à délivrer des dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* destinés à réaliser des autotests de détection du VIH.

En France, plus de 170 000 personnes vivent avec le VIH, près de 6 500 découvrent leur séropositivité chaque année et on estime à 30 000 le nombre de personnes porteuses du virus sans le savoir.

Malgré les progrès réalisés en matière de dépistage, encore près d'un tiers des découvertes de séropositivité sont bien trop tardives.

Dans une perspective de développement de l'offre de dépistage, la France a autorisé la vente en pharmacie d'autotests VIH, et c'est une bonne mesure. Ils offrent de nouvelles opportunités d'autonomie pour des personnes qui veulent faire un test en toute discrétion ou qui ont un accès plus difficile aux services de dépistage et viennent compléter l'offre existante.

En 2017, plus de 90 000 autotests ont été vendus en France, un chiffre qui ne permet malheureusement pas d'augmenter significativement le nombre de dépistages. C'est pourquoi il apparaît nécessaire de multiplier les endroits où il est possible de se procurer un autotest, notamment dans les zones à forte prévalence.

Je sais qu'une concertation est en cours et que des expérimentations sont actuellement menées pour faciliter le dépistage du VIH.

Les consultations auprès d'un infirmier ou de son généraliste sont bien souvent l'occasion pour un patient d'échanger et de se confier. Il nous semble donc opportun que ces professionnels puissent proposer et délivrer le cas échéant un autotest à cette occasion.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Le code de la santé publique autorise la délivrance de ces autotests en dehors des pharmacies par des centres de dépistage, d'accompagnement ou de prévention en addictologie, ainsi que par les organismes de prévention sanitaire habilités. La délivrance par des infirmiers et médecins pourrait encore faciliter l'accès à ces dispositifs médicaux, mais serait une nouvelle dérogation au monopole pharmaceutique. Dans ce contexte, la commission a souhaité connaître l'avis du Gouvernement sur ce sujet.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je comprends l'objectif des auteurs de cet amendement, auquel je suis défavorable pour les raisons suivantes.

Il est vrai que le dépistage du VIH est insuffisant dans notre pays et que les contaminations perdurent. D'ailleurs, la Haute Autorité de santé a revu, en 2017, ses recommandations sur la place des différents tests et il me semble préférable de continuer à expérimenter et à mener des recherches opérationnelles pour évaluer précisément ce qui fonctionne le mieux, quitte à saisir régulièrement la HAS.

En outre, l'ANRS, l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales, doit justement publier cette année un rapport sur le dépistage et la prise en charge du VIH.

Ainsi, plusieurs groupes de travail se penchent actuellement sur ces questions et il ne revient pas à la loi, à mon sens, de fixer les modalités de mise en place du dépistage. Faisons confiance à ces groupes de travail et organismes pour proposer le meilleur positionnement possible des différents outils qui sont à notre disposition. C'est à la suite de leurs conclusions que nous pourrions, si cela s'avère nécessaire, faire évoluer les lieux de vente et d'utilisation des tests.

Je le redis, je comprends votre objectif, mais il ne me semble pas pertinent d'inscrire de telles indications dans la loi.

Mme la présidente. Monsieur Jomier, l'amendement n° 700 est-il maintenu ?

M. Bernard Jomier. Non, je le retire, madame la présidente, mais je veux insister sur le fait que la stagnation du nombre de contaminations est liée à une insuffisance du dépistage. Nous prenons collectivement trop de temps pour intensifier ce dépistage !

Mme la présidente. L'amendement n° 700 est retiré.

L'amendement n° 701, présenté par MM. Jomier et Daudigny, Mmes Grelet-Certenais et Jasmin, M. Kanner, Mmes Rossignol, Meunier, Van Heghe, Féret et Lubin,

M. Tourenne, Mmes M. Filleul et Harribey, MM. Lurel, J. Bigot et Bérít-Débat, Mmes Blondin et Bonnefoy, MM. Botrel et M. Bourquin, Mme Conconne, MM. Duran et Fichet, Mme Ghali, MM. Houllégatte et Jacquín, Mme G. Jourda, MM. Kerrouche et Lalande, Mmes Lepage et Monier, M. Montaugé, Mmes Perol-Dumont, Préville et S. Robert, M. Sueur, Mme Taillé-Polian, MM. Temal, Tissot et les membres du groupe socialiste et républicain et apparentés, est ainsi libellé :

Après l'article 7 *septies*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 6211-7 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il peut également être réalisé par un médecin dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. »

La parole est à M. Bernard Jomier.

M. Bernard Jomier. Je dois reconnaître que cet amendement n'est pas destiné à être soumis au vote... C'est un peu une provocation !

Il prévoit que les médecins peuvent pratiquer des actes de biologie médicale et fait écho, d'une certaine façon, aux multiples amendements qui visent, de leur côté, à étendre le champ des actes que les biologistes médicaux peuvent réaliser.

Il existe, depuis plusieurs décennies, des automates très simples qui permettent de pratiquer de la biochimie ou de l'hématologie courantes dans un cabinet médical, sans aucune difficulté et à partir d'une simple goutte de sang.

De ce fait, si nous parlons de répartir les tâches entre les professionnels de santé au vu des seules capacités techniques, nous pouvons tout à fait proposer aux assurés sociaux de réaliser certaines analyses – taux de cholestérol, glycémie, numération... – à l'occasion d'une consultation médicale.

Je ne vais pas mener cet amendement jusqu'au vote, mais je veux montrer que prendre en compte ce type de critère technique aboutit à une concurrence désordonnée entre les professionnels de santé. Je ne souhaite pas en arriver là et nous ne devons pas continuer à réfléchir ainsi.

Je retire cet amendement.

Mme la présidente. L'amendement n° 701 est retiré.

Chapitre II

DÉVELOPPER UNE OFFRE HOSPITALIÈRE
DE PROXIMITÉ, OUVERTE SUR LA VILLE
ET LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL, ET
RENFORCER LA GRADATION DES SOINS

Article 8

① I A. – L'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

② « Art. L. 6111-3-1. – I. – Les hôpitaux de proximité sont des établissements de santé publics ou privés, ou des sites identifiés de ces établissements. Ils assurent le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers et 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. Les missions

des hôpitaux de proximité sont exercées avec la participation conjointe des structures et des professionnels de la médecine ambulatoire et en complémentarité avec ces acteurs avec lesquels ils partagent une responsabilité territoriale pour assurer la permanence des soins et la continuité des prises en charge.

③ « II. – En prenant en compte les projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé et en coopération avec les structures et les professionnels de la médecine ambulatoire, les établissements et les services médico-sociaux et d'autres établissements et acteurs de santé, dont les établissements d'hospitalisation à domicile, les hôpitaux de proximité :

④ « 1° Apportent un appui aux professionnels de santé de ville et aux autres acteurs de l'offre de soins pour répondre aux besoins de la population, notamment le cadre hospitalier nécessaire à ces acteurs pour y poursuivre la prise en charge de leurs patients lorsque l'état de ces derniers le nécessite ;

⑤ « 2° Favorisent la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité et leur maintien dans leur lieu de vie, en liaison avec le médecin traitant ;

⑥ « 3° Participent à la prévention et la mise en place d'actions de promotion de la santé sur le territoire.

⑦ « III. – Pour la réalisation, dans des conditions garantissant la qualité et la sécurité des soins, des missions définies aux I et II, de façon obligatoire, les hôpitaux de proximité exercent une activité de médecine, qui comprend, le cas échéant, des actes techniques, proposent, en complémentarité avec l'offre libérale disponible au niveau du territoire, des consultations de plusieurs spécialités, disposent ou donnent accès à des plateaux techniques d'imagerie et de biologie médicale et n'exercent pas d'activité de chirurgie ni d'obstétrique.

⑧ « À titre dérogatoire et dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État, pour favoriser l'accès aux soins et au regard des besoins de la population et de l'offre présente sur le territoire concerné, un hôpital de proximité peut, sur décision du directeur général de l'agence régionale de santé, pratiquer certains actes chirurgicaux programmés. Le ministre chargé de la santé fixe par arrêté la liste limitative des actes pouvant intégrer ces dérogations, après avis conforme de la Haute Autorité de santé.

⑨ « En fonction des besoins de la population et de l'offre de soins présente sur les territoires sur lesquels ils sont implantés, les hôpitaux de proximité exercent d'autres activités, notamment la médecine d'urgence, les activités prénatales et postnatales, les soins de suite et de réadaptation ainsi que les activités de soins palliatifs, et peuvent apporter leur expertise aux autres acteurs par le biais d'équipes mobiles.

⑩ « IV. – Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent article. »

⑪ I. – (*Non modifié*) Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, en vue de renforcer et développer des établissements de santé de proximité qui assurent le premier niveau de gradation des soins hospitaliers, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi visant à :

⑫ 1° (*Supprimé*)

- 13 2° Déterminer les modalités selon lesquelles la liste des établissements de santé de proximité est établie par l'autorité compétente ;
- 14 3° Définir les modalités d'organisation, de fonctionnement et de gouvernance de ces établissements, notamment en ouvrant leur gouvernance aux acteurs du système de santé du territoire concerné ;
- 15 4° Déterminer dans quelles conditions ces dispositions peuvent être applicables à une structure dépourvue de la personnalité morale et partie d'une entité juridique.
- 16 II. – (*Non modifié*) Les ordonnances sont prises dans un délai de dix-huit mois à compter de la publication de la présente loi. Le projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de chaque ordonnance.
- 17 III. – (*Non modifié*) Le I A entre en vigueur à une date définie par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2021.

Mme la présidente. La parole est à Mme Cathy Apurcau-Poly, sur l'article.

Mme Cathy Apurcau-Poly. L'article 8 est extrêmement important, car il détermine le maillage hospitalier dans nos territoires. Nous ne sommes pas par principe opposés à la gradation des soins en trois niveaux. Ce qui nous pose problème, c'est que cette gradation va se mettre en place, alors que nous assistons à une dynamique de concentration des services spécialisés dans les grandes métropoles.

La gradation des soins en trois niveaux inquiète et le recours aux ordonnances pour déterminer la liste des hôpitaux qui seront labellisés « établissements de proximité » renforce cette inquiétude.

Prenons l'exemple de mon département, le Pas-de-Calais. Je pourrais vous parler de la plupart des hôpitaux qui s'y trouvent, que ce soit ceux d'Hénin-Beaumont ou de Béthune, mais j'évoquerai seulement celui de Lens qui subit depuis plusieurs années des réductions de personnels et des fermetures de lits – encore récemment, dix lits ont été supprimés dans sa maternité.

Si je reprends votre triptyque, madame la ministre, quel est l'avenir de cet établissement qui est indispensable pour des milliers d'habitants du bassin minier ? Actuellement, le centre hospitalier de Lens dispose de services de chirurgie, d'urgences, de pédiatrie, d'imagerie médicale, de psychiatrie, de cardiologie et de gériatrie, ainsi que d'une maternité et d'un laboratoire.

Demain, l'hôpital de Lens sera-t-il considéré comme un hôpital de niveau 1, 2 ou 3 ?

S'il est labellisé hôpital de proximité, les services d'urgences, de cardiologie, de gériatrie, de chirurgie, d'obstétrique et d'imagerie devront, selon votre définition, disparaître.

S'il est reconnu comme un hôpital de niveau 2, dit « hôpital spécialisé », il pourra conserver son service de chirurgie et sa maternité, mais il devra se séparer de ses services de chirurgie infantile et gynécologique.

Enfin, s'il est considéré comme un « hôpital de pointe », les services de chirurgie infantile et de gynécologie seront conservés, mais les services de premier recours seront supprimés – dans ce cas, où vont aller les patients ?

Par conséquent, avec votre projet d'organisation en trois niveaux, les hôpitaux vont forcément fermer des services et l'accès aux soins se dégradera.

Mme Laurence Cohen. Très bien !

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Jomier, sur l'article.

M. Bernard Jomier. Avec l'article 8 et à la suite de nos échanges sur les CPTS – les communautés professionnelles territoriales de santé –, nous poursuivons un débat qui est au cœur de la transformation de notre système de santé, celui de la structuration d'un véritable réseau d'offre de soins de proximité.

Ainsi, à rebours de la logique de surconcentration des moyens spécialisés dans les gros établissements, logique qui s'impose depuis la loi HPST comme l'évolution « naturelle » du système de santé, vous faites le choix d'amorcer un rééquilibrage en faveur de l'offre de proximité qu'appelaient de leurs vœux collectivités locales, élus et citoyens. Ce rééquilibrage est conforme aux objectifs de santé publique que nous promouvons et nous ne pouvons que nous en réjouir.

Mais si nous souscrivons aux grandes orientations, nous souhaitons débattre plus précisément du contenu des missions de ces établissements de santé. Les enjeux sont importants, ils ne sont pas seulement techniques, mais éminemment politiques. Renvoyer l'intégralité de la définition de ces hôpitaux à la voie réglementaire, comme vous entendiez le faire dans le projet de loi initial, n'était pas acceptable. Vous avez bien voulu préciser votre projet, nous proposerons d'y ajouter un certain nombre d'éléments.

Parmi nos propositions figure celle visant l'obstétrique. Le maintien d'une offre de maternités sur l'ensemble de notre territoire est un enjeu majeur, alors que les inégalités actuelles sont criantes.

Par ailleurs, je me permets d'insister sur l'enjeu de l'accès aux plateaux techniques pour des professionnels libéraux extérieurs. En effet, les acteurs concernés nous ont alertés sur les difficultés que peuvent éprouver certains professionnels en la matière, notamment les sages-femmes libérales, ce qui limite malheureusement leur activité.

Enfin, je me permets d'anticiper un peu le débat, mais l'article 8 ne peut pas être considéré séparément de l'article 9, par lequel vous nous demandez de vous confier un blanc-seing concernant les régimes d'autorisation des activités de soins.

Un parlementaire ne peut pas accepter que des questions aussi lourdes et significatives politiquement que celles relatives aux hôpitaux de proximité et aux régimes d'autorisation des activités de soins soient traitées par des ordonnances.

Mme la présidente. La parole est à M. Guillaume Gontard, sur l'article.

M. Guillaume Gontard. L'article 8 du présent projet de loi vise à habilitier le Gouvernement à réaliser par voie d'ordonnances une révision de la carte hospitalière et entend reconfigurer l'offre de soins hospitaliers dans une logique de gradation des soins.

Tout d'abord, le recours à des ordonnances témoigne de la volonté du Gouvernement d'écarter le législateur d'une question d'intérêt général, celle du maillage territorial du service public hospitalier. Il est très curieux de vouloir s'exonérer d'une discussion avec les parlementaires et les professionnels de santé sur un tel sujet.

La révision de la carte hospitalière en trois niveaux laisse présager une restructuration des hôpitaux par la fermeture, au sein des petites structures hospitalières, de différents services de soins spécialisés. Pour citer quelques exemples, l'accès à des services de maternité, de chirurgie ou d'obstétrique n'est nullement proposé comme critère de définition des hôpitaux de proximité. Certaines maternités seront transformées en centres de périnatalité, où ne sont pas réalisés des actes d'accouchement.

Vous allez me dire que nombre de nos voisins européens fonctionnent ainsi, que c'est une vision moderne de la santé et que cette gradation des centres de soins est un gage de qualité. En réalité, votre vision est purement comptable. Cette réorganisation n'a qu'un seul but : réduire les coûts !

Je ne pense pas que nous améliorerons notre système de santé en éloignant toujours plus les services de soins des habitants. La métropolisation de la santé que vous proposez est particulièrement discriminatoire : d'un côté, les habitants des grandes villes qui peuvent accéder à des centres modernes et performants, de l'autre, les habitants des champs qui doivent parcourir plusieurs kilomètres pour une urgence ou un accouchement – plus d'une heure vingt pour les habitants de Die, où la maternité a fermé !

Hier soir, nous avons beaucoup parlé des déserts médicaux, les – fameuses – zones sans blouses blanches, mais chacun sait très bien que la présence d'hôpitaux avec spécialités et répartis sur le territoire favorise l'installation de médecins et participe d'une organisation équilibrée de l'offre de soins. Où est donc la logique ?

Le 25 avril, Emmanuel Macron s'est engagé à ce qu'il n'y ait plus, d'ici à la fin du quinquennat, de nouvelles fermetures d'hôpitaux ni de maternités. Certes, vous ne fermerez pas d'établissement – le mal a déjà été fait... –, mais vous ferez de nombre d'entre eux des coquilles vides et vous institutionnalisez une santé à deux vitesses.

Mme Laurence Cohen. Très bien !

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Théophile, sur l'article.

M. Dominique Théophile. L'article 8 définit le périmètre d'intervention des hôpitaux de proximité, en leur fixant des missions socles, principalement la médecine, l'imagerie et la biologie, mais également des missions spécialisées jusqu'à la petite chirurgie, ce qui peut rendre ces établissements attrayants aux yeux des médecins spécialistes. Il leur ouvre également la possibilité de se voir autoriser d'autres activités optionnelles, comme les soins de suite et de réadaptation, ainsi que les soins palliatifs grâce aux équipes mobiles.

Or l'activité de médecine a été supprimée pour des raisons de réduction des dépenses dans nombre d'établissements, notamment dans les ex-hôpitaux locaux, qui bénéficiaient auparavant de cette activité pour des raisons historiques, ce qui permettait aux médecins libéraux généralistes, voire à des spécialistes, d'entretenir un contact bénéfique avec le monde hospitalier. Il est à craindre que ce type d'établissement ne puisse bénéficier de la réforme prévue dans ce projet de loi en dépit de leur grande utilité dans l'organisation de notre système de santé.

Les conditions imposées par l'article 8 font de la médecine l'activité socle obligatoire, sans laquelle plus d'un tiers des ex-hôpitaux locaux, ceux qui ne remplissent pas cette condition, puisque cette activité leur a été enlevée, se trouveront exclus *de facto* de la réforme.

Dans ce cas, madame la ministre, serait-il possible d'imaginer que des établissements dépourvus d'activité de médecine pour les raisons évoquées précédemment, mais ayant une activité de soins de suite principale, ce qui ne les place pas au premier niveau de gradation, puissent postuler à cette labellisation et participer de la sorte aux missions d'un hôpital de proximité, quand ils y sont prêts ? Ils sont nombreux dans cette situation, la presse s'en fait l'écho.

C'est le cas en Guadeloupe du centre hospitalier de Capesterre-Belle-Eau, dont les activités de médecine – médecine générale et hospitalisation à domicile – ont été supprimées pour les raisons que j'ai évoquées. Cet établissement public de santé vient d'être reconstruit pour plus de 85 millions d'euros d'investissement, il est situé dans un bassin de vie regroupant trois communes et comptabilisant environ 60 000 habitants et il présente toutes les garanties d'accueil, mais il souffre visiblement d'un déficit d'autorisations d'activité pour remplir l'ensemble de ses lits et rendre un service efficace à la population.

Je souhaiterais connaître les garanties qui peuvent être apportées quant à l'avenir de ces établissements. L'absence d'une activité de médecine ne leur permettrait pas d'intégrer le statut des établissements de proximité, alors qu'ils remplissent les conditions pour y prétendre.

Mme la présidente. La parole est à M. Yves Daudigny, sur l'article.

M. Yves Daudigny. L'article 8 se situe dans le chapitre II qui est intitulé « Développer une offre hospitalière de proximité, ouverte sur la ville et le secteur médico-social, et renforcer la gradation des soins ». Je souhaiterais apporter les éléments de réflexion suivants.

La notion d'établissement public de santé a été introduite par la loi de réforme hospitalière du 31 juillet 1991 pour remplacer l'expression d'« hôpitaux et hospices publics ». Le rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie sur la transformation du système de santé, publié en juin 2018, a plaidé pour la création d'établissements de santé communautaires de proximité. Je cite ce rapport : « Les missions de ces structures en continuité de la prise en charge des médecins de ville lors de situations de rupture nécessitant un plateau technique léger – radiologie, biologie – et/ou un hébergement sont spécifiques. Elles seront animées et gérées par des médecins généralistes en lien direct avec le secteur ambulatoire, notamment les CPTS. L'admission des patients serait facilitée par un lien direct entre leur médecin traitant et le médecin généraliste de l'établissement afin de fluidifier les parcours des patients, notamment les personnes âgées. »

La majorité des hôpitaux gère des situations graves ou compliquées, ils privilégient les explorations complémentaires et le recours aux plateaux techniques lourds afin d'aboutir à un diagnostic étiologique.

Identifier un niveau intermédiaire spécifique, du type établissement de santé de proximité, en lieu et place de la dénomination « hôpital de proximité », permet de clarifier les niveaux de recours au sein de l'organisation du système de santé et donne de la visibilité dans le parcours de soins, en cohérence avec la gradation des niveaux de recours ambulatoires – équipe de soins primaires, maison de santé pluridisciplinaire, centre de santé, communauté professionnelle territoriale de santé – et hospitaliers.

Mme la présidente. La parole est à Mme Victoire Jasmin, sur l'article.

Mme Victoire Jasmin. Madame la ministre, je souhaite attirer votre attention sur la situation particulière de l'archipel guadeloupéen. Je sais que vous êtes déjà très impliquée, notamment sur la question du nouvel hôpital, mais vous devez aussi savoir que beaucoup de médecins et de professionnels de santé sont, aujourd'hui, en très grande souffrance – un récent sondage l'a montré.

Je souhaite que vous teniez compte de cette situation et des contraintes particulières de l'aménagement du territoire dans notre archipel.

Certains hôpitaux de proximité répondent aux critères que vous mettez en avant : l'hôpital Maurice-Selbonne dispose d'un plateau technique, d'un service de radiologie et d'un laboratoire ; l'hôpital de Marie-Galante dispose également d'un plateau technique, mais aussi d'un bloc opératoire ; l'hôpital de Capesterre-Belle-Eau vient d'être évoqué par mon collègue Dominique Théophile.

Lors du récent examen au Sénat du projet de loi d'orientation des mobilités, j'ai évoqué les difficultés de notre territoire du fait de sa double insularité. Les mêmes difficultés existent en matière de santé pour accéder aux hôpitaux et aux médecins spécialistes, ce qui entraîne de réelles pertes de chances. Il y a vraiment fort à faire chez nous !

L'hôpital de Capesterre-Belle-Eau est neuf, il répond pratiquement à toutes les normes que vous préconisez, madame la ministre, il a des places disponibles et plusieurs médecins de ville souhaitent travailler avec l'équipe hospitalière.

Madame la ministre, je sais que vous avez pris un certain nombre de décisions, mais je souhaiterais vraiment que votre ministère prenne en considération la situation particulière de notre territoire, lorsqu'il appliquera les critères qui sont évoqués, car les pertes de chances, je le redis, y sont réelles. Je rappelle que la situation, qui était déjà difficile, s'est encore dégradée à la suite de l'incendie du CHU.

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements identiques.

L'amendement n° 309 est présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Gréaume et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

L'amendement n° 355 rectifié est présenté par Mme M. Carrère, MM. Arnell, Artano, Cabanel, Castelli, Collin, Corbisez, Dantec, Gold et Jeansannetas, Mmes Jouve et Laborde et MM. Requier, Roux et Vall.

L'amendement n° 773 rectifié est 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 et Reichardt, Mme Imbert, MM. Bonhomme et Karoutchi, Mme Lassarade et MM. de Nicolaï, Chatillon et Magras.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Laurence Cohen, pour présenter l'amendement n° 309.

Mme Laurence Cohen. La nouvelle définition retenue par le Gouvernement va transformer les hôpitaux de proximité en véritables coquilles vides. Ils exerceront exclusivement une activité de médecine ou de soins de suite et de réadaptation. Leur rôle consistera essentiellement à réorienter les patients vers des hôpitaux de niveau 2 ou 3, en fonction de la gravité des maladies et de la spécificité des traitements.

Nous aurons ainsi des hôpitaux de seconde zone dans les territoires ruraux et périurbains et des services spécialisés et de pointe dans les métropoles et les grands pôles urbains.

J'attire l'attention de mes collègues qui sont très sensibles à l'installation de jeunes médecins en libéral dans les zones sous-denses – ils étaient très nombreux hier, mais beaucoup ne sont pas présents ce soir... Pensez-vous vraiment, mes chers collègues, que ces hôpitaux dits de proximité, qui seront sans spécialités, permettront d'attirer les jeunes médecins ? Pensez-vous vraiment que de tels établissements encourageront d'autres jeunes médecins à s'installer dans des cabinets libéraux ? Je ne le pense pas !

Depuis près de trente ans, les politiques successives ont affaibli ce qui constitue la colonne vertébrale de notre système public de santé : l'hôpital public. Nous avons vécu une succession de fermetures d'établissements, parmi lesquels de nombreuses maternités, souvent sous le prétexte de l'impossibilité d'assurer la sécurité des patientes.

Aujourd'hui, c'est au nom de la pénurie médicale, qui est notamment le résultat de la mise en place d'un *numerus clausus* mortifère, que vous créez ces hôpitaux de proximité.

Le maillage d'hôpitaux de proximité doit être totalement différent : il doit évidemment être maintenu, mais il doit même être développé, en s'inscrivant dans une politique d'aménagement du territoire.

Nous portons avec force une autre conception de l'hôpital de proximité, qui doit être un établissement doté d'un service d'urgences, d'une maternité de niveau 1 et de services de médecine et de chirurgie – à l'heure où vous prônez l'ambulatorio, il revient peut-être au chirurgien de se déplacer, et non pas aux établissements de fermer... Ces établissements doivent aussi être dotés de services de soins de suite et de structures pour les personnes âgées et être en lien avec un réseau de centres de santé et la psychiatrie de secteur.

Pour toutes ces raisons, nous demandons la suppression de cet article.

Mme Michelle Gréaume. Très bien !

Mme la présidente. L'amendement n° 355 rectifié n'est pas soutenu.

La parole est à M. Daniel Gremillet, pour présenter l'amendement n° 773 rectifié.

M. Daniel Gremillet. À la suite de cette présentation, je ne vais pas allonger nos débats. Le titre de ce chapitre du projet de loi et cet article qui est relatif aux hôpitaux de proximité laissent penser que nos territoires vont s'enrichir de nouveaux services. En ce qui nous concerne, nous estimons qu'il faut aller au-delà de cette présentation et nous avons un certain nombre de craintes.

Nous craignons notamment que cette évolution n'affaiblisse nos territoires, en supprimant notamment des plateaux de chirurgie, et qu'elle n'éloigne encore plus les services hospitaliers des personnes qui en ont besoin. C'est pourquoi nous demandons la suppression de cet article.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Milon, rapporteur. Nous regrettons le large renvoi aux ordonnances, en particulier sur ce sujet des hôpitaux de proximité qui est crucial pour nos territoires. Je comprends aussi les inquiétudes exprimées. Discuter d'un cadre plus abouti aurait permis de lever un certain nombre d'interrogations quant à l'impact du développement annoncé de ce modèle.

Toutefois, je ne pense pas que la suppression pure et simple de cet article soit une solution raisonnable. Cela ne ferait que reporter la mise en place de la réforme, alors que la rénovation de ce statut peut aussi présenter une opportunité pour repenser la structuration des soins hospitaliers et renforcer la liaison entre la ville et l'hôpital.

J'ajoute que nous ne sommes que le Sénat. Si nous supprimons cet article, nous nous privons d'un moyen de discussion avec l'Assemblée nationale, qui rétablira les ordonnances, ce qui réduira sensiblement notre capacité d'influer sur le texte. Je rappelle qu'une habilitation à légiférer par ordonnances ne nous empêche pas de continuer à travailler sur ces sujets et que le Parlement sera amené à ratifier ces ordonnances. Si nous nous privons de la possibilité d'effectuer ce travail certes modeste, nous nous privons de beaucoup d'autres choses par la suite.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Cet article qui vise à organiser l'offre de soins hospitaliers de proximité constitue l'un des points essentiels du projet de loi.

Je suis évidemment consciente que le fait de demander à légiférer par ordonnances est mal perçu. C'est pourquoi j'ai mené le plus rapidement possible un certain nombre de concertations qui nous ont déjà permis de définir dans le texte les missions des hôpitaux de proximité.

L'habilitation porte donc uniquement sur la gouvernance de ces établissements – nous avons besoin de temps pour mener des concertations complémentaires sur ce sujet. Les questions liées au financement seront traitées – c'est la règle – dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Nous pouvons évidemment débattre et échanger sur tous ces sujets fondamentaux.

En ce qui concerne les missions, il me semble sincèrement qu'elles correspondent à des besoins bien identifiés, notamment par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

Nous avons été sensibles aux remarques qui ont été faites par un certain nombre de députés à l'Assemblée nationale sur la nécessaire différenciation territoriale et le projet de loi a été enrichi sur ce point.

Ainsi, certains hôpitaux de proximité auront la possibilité d'élargir un peu leur panel de soins pour s'adapter à des situations particulières. Des actes de chirurgie ne nécessitant pas une anesthésie générale pourront être pratiqués dans certaines circonstances – la HAS devra travailler sur ce sujet et établir la liste des actes qu'il est possible de pratiquer sans salle de réveil ou sans la présence permanente, 24 heures sur 24, d'un anesthésiste. Nous avons aussi prévu la possibilité pour ces établissements d'ouvrir un centre de périnatalité de proximité ou un service d'urgences – sur ce point, je vous conseille d'aller voir l'exemple de l'hôpital de Pont-Audemer, qui est tout à fait emblématique et qui répond aux besoins des habitants de son territoire.

Enfin, il serait faux de dire que ces établissements ne proposeront pas d'activités de spécialités. Certes, il n'y aura pas d'hospitalisation de spécialités, mais les patients doivent tout de même pouvoir accéder à des soins de recours. C'est pourquoi j'ai souhaité que ces établissements puissent proposer des consultations avancées de spécialités, ce qui est spécifiquement écrit dans le projet de loi.

Je le redis, cet article est un point majeur de la réforme. Nous voulons revitaliser les territoires et réinvestir dans ces hôpitaux. Ainsi, pour favoriser le lien entre la ville et l'hôpital, le texte permet aux médecins généralistes d'y poursuivre la prise en charge de leurs malades. En outre, ces établissements s'inscriront dans les projets de territoires et dans les CPTS.

C'est une pièce importante et ambitieuse de cette réforme. Nous devons évidemment prendre le temps nécessaire pour en débattre, mais je vous demande de ne pas supprimer cet article. Je suis donc défavorable à ces amendements.

Mme la présidente. La parole est à M. Michel Amiel, pour explication de vote.

M. Michel Amiel. Contrairement à ce que j'ai pu entendre, les hôpitaux de proximité sont une chance pour nos territoires.

Certains hôpitaux locaux, ayant certes un service de chirurgie, mais ne faisant que peu d'actes par mois – deux appendicites et trois vésicules, par exemple –, présentent en fait de véritables dangers pour les patients.

Je m'en suis entretenu avec l'Association des maires de France, et, à cette occasion, j'ai mis le maire qui venait en parler devant ses responsabilités, en lui demandant s'il se ferait opérer d'une pathologie sévère – Dieu l'en préserve! – dans son hôpital local.

Par ailleurs, je pense que c'est également un bon dispositif pour commencer à décloisonner – c'est une expression que l'on entend depuis bien longtemps – ville et hôpital. L'hôpital de proximité est un endroit où les praticiens, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, peuvent se retrouver : les généralistes pour un suivi de patient dans un cadre médical ou pour des soins de suite et de réadaptation, les fameux SSR ; les spécialistes, venant d'hôpitaux plus importants ou de CHU, pour leur permettre de faire des consultations avancées.

Bien sûr se poseront des questions auxquelles nous n'avons pas encore eu la réponse. Je pense au financement, qui, tout naturellement, est repoussé au PLFSS, ou à la gouvernance, qui sera traitée dans les ordonnances, même si nous ne sommes jamais emballés par ce procédé en tant que parlementaires. En tout cas, selon moi, il serait extrêmement regrettable de supprimer cet article mettant en place cette nouvelle structure, l'hôpital de proximité, qui est très prometteuse.

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. Lors de la discussion générale, nous avons expliqué que le recours aux ordonnances était acceptable sur un certain nombre de thèmes, mais qu'il posait réellement un problème sur les articles 8 et 9, qui touchent au cœur de ce qu'est l'offre de soins. C'est donc un domaine très politique qui relève du législateur.

Madame la ministre, vous avez présenté un texte à l'Assemblée nationale qui en disait le minimum à cet article 8. Les députés ont estimé qu'il fallait apporter un certain nombre de précisions, ce qu'ils ont commencé à faire, mais avec un niveau de cohérence, du coup, très hétérogène. On parle de certaines thématiques, mais on se demande pourquoi d'autres ne sont pas abordées.

La grande difficulté, c'est que la réduction de la procédure parlementaire nous empêche d'échanger entre assemblées, de faire un véritable travail de navette. Or on pourrait peut-être se mettre d'accord et arriver à une définition suffisamment acceptable des hôpitaux de proximité, le recours aux ordonnances portant alors sur un certain nombre de questions annexes.

En l'espèce, on se retrouve avec une injonction quasiment contradictoire de définir le contenu sans entrer dans les précisions. Le travail parlementaire est donc extrêmement difficile.

Pour notre part, nous allons tenter de vous accompagner en nous abstenant de voter les amendements de suppression. Nous avons présenté une dizaine d'amendements sur cet article 8. Je ne cache pas que nous sommes très dubitatifs sur la possibilité d'arriver à un accord qui soit satisfaisant sur le contenu. Je regrette encore une fois que cette procédure accélérée et la façon dont le texte a été présenté nous mènent à cette situation où, *in fine*, le Parlement est dépossédé sur un sujet particulièrement important.

Mme la présidente. La parole est à M. Daniel Gremillet, pour explication de vote.

M. Daniel Gremillet. Je vais faire confiance à M. le rapporteur et retirer mon amendement. Dans le même esprit, je souhaite que le débat parlementaire nous permette de figer un certain nombre d'éléments précis sur ces hôpitaux de proximité.

Madame la ministre, je vous ai entendue, et je ne voudrais pas non plus qu'on laisse croire que tout est mal fait dans ces hôpitaux de petite taille, qui sont vraiment des éléments marquants de l'aménagement du territoire. Comme d'autres ici, j'ai été opéré dans des hôpitaux de proximité, qui font aussi du bon travail.

Certes, je suis d'accord, il peut être intéressant, voire nécessaire d'engager une structuration, potentiellement source d'économies et de performance au service des patients. En revanche, j'ai déposé un certain nombre d'amendements pour faire en sorte, comme l'a souhaité M. le rapporteur, que les ordonnances soient encadrées grâce à des bornes inscrites dans le marbre.

C'est un enjeu majeur que de bien fixer les règles sur ces hôpitaux de proximité. Encore une fois, je fais confiance à notre rapporteur.

Mme la présidente. L'amendement n° 773 rectifié est retiré.

La parole est à M. Victorin Lurel, pour explication de vote.

M. Victorin Lurel. J'avoue que je suis assez torturé. Si l'on veut être responsable, il ne faut pas laisser l'Assemblée nationale décider seule, comme l'a rappelé notre rapporteur. Cependant, Bernard Jomier l'a bien expliqué, voter dans ces conditions est un peu crispant. Nous allons donc nous abstenir.

Quand j'étais président de région, j'ai participé à la réalisation de l'hôpital de Capesterre-Belle-Eau en Guadeloupe. C'est un hôpital flambant neuf, qui nous a coûté près de 6,5 millions d'euros, alors que ce n'était pas la compétence de la région. Il propose un plateau technique de qualité, avec des soins de suite et de réadaptation, et également de la médecine générale. Sur Maurice-Selbonne, en Côte-sous-le-vent, région déshéritée, avec 44 % de chômeurs, c'est la même chose. Il y a pourtant une absence totale de transports collectifs. Au moment où je vous parle, les gens font du stop, le

covoiturage n'étant pas organisé... Si vous supprimez ou ne donnez pas cette qualification à Maurice-Selbonne, on aura un problème.

C'est également la même chose à Marie-Galante. J'espère que l'hôpital pourra être qualifié d'hôpital de proximité. On y a installé un scanner, la région ayant pris la décision de doter ces hôpitaux d'équipements lourds, alors que, je le répète, ce n'est pas de sa compétence. La chambre régionale des comptes a d'ailleurs fait des remarques.

Encore une fois, je suis torturé devant cet article. Je ne sais pas ce qui ressortira de cette structuration dans une zone sous-dense, où la démographie médicale s'est effondrée, le territoire n'étant pas attractif, où tous les hôpitaux sont en déficit, et où les transports publics ne marchent pas. Maintenant, on me dit que tous les hôpitaux vont être transformés en Ehpad. (*Exclamations.*) C'est un peu ça! Je suis vraiment inquiet. Je m'abstiens, mais c'est une abstention négative.

Mme la présidente. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. Tout cela est vraiment paradoxal. Mme la ministre dit qu'elle ne soutient évidemment pas notre amendement, mais elle souligne, il me semble, le besoin de débattre. Mais où est le débat avec les ordonnances? Depuis lundi, on planche sur un texte et, quand on a une voix divergente de sa philosophie globale, rien ne passe.

On nous impose donc des ordonnances, avec une possibilité marginale de faire passer des amendements en raison de la connivence philosophique entre le Gouvernement et la majorité de la commission des affaires sociales, qui le suit globalement.

Hier, on a eu un débat qui a duré des heures, avec des collègues sincères pleurant sur leur territoire, parce qu'il n'y avait plus de médecins, généralistes notamment, et essayant de trouver des mesures très coercitives pour imposer des installations. Et là, comme vient de le dire mon collègue, on retire la substantifique moelle de l'hôpital de proximité, ce qui va entraîner un éloignement des professionnels de santé. En effet, on le sait grâce aux statistiques, les professionnels de santé en libéral s'installent là où il y a une sécurité, c'est-à-dire un hôpital.

Pourtant, on nous dit: ne vous inquiétez pas, on va faire un débat sans vous! Et puis, il y aura des services! On a concédé des choses à l'Assemblée nationale!

Mes collègues décident de faire confiance au Gouvernement et de croire ses promesses. Pour moi, c'est au mieux de la naïveté, au pire je ne sais quoi... En tout cas, nous maintenons notre amendement de suppression. Il y a le débat que nous portons ici, mais il y a aussi ce qui se passe dans nos territoires. Or, madame la ministre, j'attire votre attention sur les mobilisations et les grèves qui se déclarent dans de plus en plus d'établissements. Il y a un ras-le-bol généralisé. C'est un cri d'alarme devant l'urgence, or personne n'en fait grand cas ici, dans l'hémicycle. (*M. le rapporteur proteste.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Élisabeth Doineau, pour explication de vote.

Mme Élisabeth Doineau. Je ne suivrai évidemment pas la proposition de suppression de l'article, mais je voudrais faire part à Mme la ministre de quelques points qui appellent notre vigilance. Je pense que les hôpitaux de proximité peuvent représenter une véritable opportunité de qualifica-

tion pour un certain nombre d'hôpitaux locaux dans nos territoires, mais cette perspective entraîne aussi la peur du déclassement. La non-qualification de leur hôpital local en hôpital de proximité va forcément décevoir un certain nombre d'élus et de citoyens sur nos territoires.

Nous devons être attentifs à préserver ce rapport intime avec les élus et l'ensemble des professionnels de ces territoires, pour les amener justement à comprendre comment la classification ou la labellisation pourra se faire.

Ensuite, j'attire votre attention sur le lien direct avec les soins primaires, qui doit être absolument privilégié, ainsi que sur la place et le pouvoir des hôpitaux de proximité au sein des GHT : quelle sera la répartition des missions des uns et des autres ?

Surtout, j'insiste sur la nécessité de maintenir une gouvernance propre aux territoires, car il ne faudrait pas qu'ils se fassent absorber par les GHT.

Nous ne souhaitons pas supprimer cet article, mais, je le répète, nous resterons vigilants sur la mise en place des hôpitaux de proximité. Ils constituent sans doute une opportunité, mais il faut faire très attention à la réaction des territoires.

Mme la présidente. La parole est à M. Daniel Chasseing, pour explication de vote.

M. Daniel Chasseing. Les hôpitaux de proximité ne devront pas remplacer les hôpitaux périphériques. C'est bien un hôpital local qui sera transformé en hôpital de proximité. Il devra, selon moi, être complémentaire de l'offre libérale en matière de continuité et de permanence des soins sur les territoires. En d'autres termes, il devra avoir une action structurante pour les territoires. Dans certains cas, il faudra sûrement conserver un service d'urgences et, en règle générale, organiser des relations très étroites avec le GHT, le CHU et l'université, pour des actions de formation, notamment en médecine générale. Le Sénat a montré des pistes à suivre, mais je pense que l'État devra prendre sa part, en nommant dans ces hôpitaux des médecins adjoints susceptibles d'intervenir dans des maisons de santé situées en zone sous-dense. Il faut donner à l'hôpital de proximité des missions de soins de premier recours en complément de la médecine libérale.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 309.

J'ai été saisie d'une demande de scrutin public émanant du groupe CRCE.

Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable, de même que celui du Gouvernement.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

Mme la présidente. Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(Il est procédé au dépouillement du scrutin.)

Mme la présidente. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 140 :

Nombre de votants 341
 Nombre de suffrages exprimés 265
 Pour l'adoption 33
 Contre 232

Le Sénat n'a pas adopté.

Mes chers collègues, je vais lever la séance. Nous avons examiné 192 amendements au cours de la journée ; il en reste 272.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

10

ORDRE DU JOUR

Mme la présidente. Voici quel sera l'ordre du jour de la prochaine séance publique, précédemment fixée à aujourd'hui, jeudi 6 juin 2019 :

À dix-heures quarante-cinq :

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).

À quinze heures :

Questions d'actualité au Gouvernement.

À seize heures quinze et le soir :

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.)

Personne ne demande la parole?...

La séance est levée.

(La séance est levée le jeudi 6 juin 2019, à une heure quarante-cinq.)

NOMINATION DE MEMBRES DE COMMISSIONS MIXTES PARITAIRES

La liste des candidats désignés par la commission des finances pour faire partie de la commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi portant création d'une taxe sur les services numériques et modification de la trajectoire de baisse de l'impôt sur les sociétés a été publiée conformément à l'article 12 du règlement.

Aucune opposition ne s'étant manifestée dans le délai d'une heure prévu par l'article 9 du règlement, cette liste est ratifiée.

Les représentants du Sénat à cette commission mixte paritaire sont :

Titulaires : M. Vincent Éblé, M. Albéric de Montgolfier, Mme Christine Lavarde, M. Jean-François Husson, M. Bernard Delcros, Mme Sophie Taillé-Polian, et M. Julien Bargeton ;

Suppléants : M. Thierry Carcenac, M. Philippe Dallier, M. Vincent Delahaye, M. Sébastien Meurant, M. Jean-François Rapin, M. Jean-Claude Requier, M. Pascal Savoldelli.

La liste des candidats désignés par la commission de la culture, de l'éducation et de la communication pour faire partie de la commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi projet de loi pour une école de la confiance a été publiée conformément à l'article 12 du règlement.

Aucune opposition ne s'étant manifestée dans le délai d'une heure prévu par l'article 9 du règlement, cette liste est ratifiée.

Les représentants du Sénat à cette commission mixte paritaire sont :

Titulaires : Mme Catherine Morin-Desailly, M. Max Brisson, M. Jacques Gasparrin, Mme Laure Darcos, Mme Maryvonne Blondin, Mme Marie-Pierre Monier et M. Antoine Karam.

Suppléants : Mme Céline Brulin, Mme Françoise Laborde, M. Laurent Lafon, M. Philippe Mouiller, M. Olivier Paccaud, M. Stéphane Piednoir et Mme Sylvie Robert.

La liste des candidats désignés par la commission des affaires sociales pour faire partie de l'éventuelle commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé a été publiée conformément à l'article 12 du règlement.

Aucune opposition ne s'étant manifestée dans le délai d'une heure prévu par l'article 9 du règlement, cette liste est ratifiée.

Les représentants du Sénat à cette éventuelle commission mixte paritaire sont :

Titulaires : M. Alain Milon, Mme Martine Berthet, Mme Corinne Imbert, M. Yves Daudigny, M. Bernard Jomier, Mme Élisabeth Doineau et M. Michel Amiel;

Suppléants : Mme Laurence Cohen, Mme Chantal Deseyne, Mme Nadine Grelet-Certenais, Mme Véronique Guillotin, M. René-Paul Savary, M. Jean Sol et M. Jean-Marie Vanleberghhe.

Direction des comptes rendus

ÉTIENNE BOULENGER

QUESTION(S) ORALE(S) REMISE(S) À LA PRÉSIDENCE DU SÉNAT

Projet d'implantation d'un parc éolien sur l'estuaire de la Gironde

N° 0833 – Le 13 juin 2019 – **Mme Florence Lassarade** appelle l'attention de **M. le ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire**, sur le projet d'implantation d'un parc éolien sur l'estuaire de la Gironde, dit « du Blayais ». Ce projet prévoit l'implantation d'une quarantaine d'éoliennes de 180 mètres chacune par EDF entre Blaye et Mortagne-sur-Gironde. Cette zone est une zone humide classée Natura 2000 et une zone de protection spéciale (ZPS) de la directive 2009/147/CE du Parlement européen et du Conseil du 30 novembre 2009 concernant la conservation des oiseaux sauvages. Elle abrite de nombreuses espèces animales et végétales classées, dont certaines sont en voie de disparition. L'estuaire est aussi un important couloir pour les oiseaux migrateurs ainsi qu'un espace de repos. L'implantation de ce parc éolien constitue une menace importante pour la biodiversité de cette zone. De plus, l'implantation d'un tel parc pose la question de

son futur démantèlement à horizon d'une vingtaine d'années. La réalisation de ce parc aurait aussi une incidence considérable sur le tourisme fluvial, et sur l'oeno et l'agro-tourisme. Le développement du projet hydrolien qui figure dans le contrat de partenariat autour du grand port maritime de Bordeaux pourrait être une solution alternative plus respectueuse de l'environnement et de l'économie locale. L'hydrolien présente en outre l'avantage d'avoir un rendement supérieur à celui des éoliennes. Ce projet éolien a déjà suscité de nombreuses oppositions en Gironde et en Charente-Maritime. Au regard de ces éléments, elle souhaiterait savoir quel projet le Gouvernement entend privilégier pour l'estuaire de la Gironde.

Financement par des intercommunalités de la rénovation d'un service hospitalier urgentiste

N° 0834 – Le 13 juin 2019 – **Mme Sylviane Noël** attire l'attention de **Mme la ministre des solidarités et de la santé** sur la situation délicate dans laquelle se retrouvent aujourd'hui Thonon Agglomération et les communautés de communes du Haut-Chablais et de la vallée d'Abondance et pays d'Évian.

Ces trois intercommunalités ont délibéré en février 2019 pour accorder une subvention d'un montant total cumulé de 1,25 million d'euros aux hôpitaux du Léman dans le cadre de la rénovation du services des urgences. Or, le préfet de la Haute-Savoie leur a demandé de retirer ces délibérations qu'il considère comme illégales car prises en dehors de leurs compétences statutaires.

Il semble important de rappeler que cette opération du service des urgences est distincte de l'opération de reconstruction partielle du site des hôpitaux du Léman, dont le bâtiment principal, qui date de 1966, a été frappé d'un avis défavorable de la commission de sécurité, opération qui bénéficie de financements de l'agence régionale de santé (ARS).

Or, le projet visé par les délibérations de ces trois intercommunalités est celui de réhabiliter et de remettre aux normes l'accueil des urgences, situé dans un bâtiment distinct de celui-ci. Leur soutien financier est plus que légitime car ce service connaît une fréquentation quotidienne atteignant près du double de sa capacité d'accueil en raison de la raréfaction des médecins généralistes et de la hausse de la population de 3 % par an sur ce territoire.

Il s'agit d'une opération vitale pour laquelle l'établissement, comme l'État, ne possède pas de moyens propres suffisants car l'ARS ne dispose d'aucune enveloppe autre que celle de la réhabilitation du secteur des urgences stricto sensu.

Ces trois intercommunalités justifient l'octroi de cette subvention par leur compétence d'aménagement du territoire et de développement économique, les hôpitaux du Léman représentant un élément structurant majeur et un des premiers employeurs du Chablais.

Il convient par ailleurs de rappeler qu'il existe de nombreux exemples et précédents au sein du département qui n'ont jamais posé de problème aux services de l'État, à commencer par celui de la communauté de communes Faucigny Glières qui possède toujours une compétence facultative d'appui à la construction du centre hospitalier Alpes-Léman, tout comme la communauté de communes d'Oyonnax dans l'Ain, qui a installé un dispositif d'imagerie radio-médicale (IRM) au centre hospitalier du Haut-Bugey.

Une politique à géométrie variable de la part des services de l'État en fonction des lieux et des contextes au sein d'un même département n'est pas acceptable. Si l'État n'est pas en mesure, à ce jour, de porter financièrement ce projet vital à bien des titres, les élus et les habitants du Chablais ne sauront comprendre qu'il les prive pour autant de l'amélioration de ce service public capital.

Aussi souhaiterait-elle connaître ses intentions pour remédier rapidement à cette situation et régler ainsi définitivement ce conflit entre le préfet de la Haute-Savoie et les présidents de ces intercommunalités.

Prédation des troupeaux

N° 0835 – Le 13 juin 2019 – **M. Claude Bérit-Débat** attire l'attention de **M. le ministre de l'agriculture et de l'alimentation** sur les problématiques de prédation des troupeaux que subissent aujourd'hui les éleveurs ovins et bovins en Dordogne.

Depuis plusieurs mois, des éleveurs du Périgord vert sont confrontés à des attaques répétées la nuit sur de jeunes veaux qu'ils retrouvent à moitié dévorés dans leurs pâtures. Ils estiment que ces attaques pourraient être l'œuvre du loup. Les services sanitaires et de l'État ne confirment pas cette thèse sans pour autant apporter de réponse précise et de solutions. Aussi, les éleveurs touchés expriment leur colère et leur incompréhension face à l'inertie de l'administration concernée et viennent de créer une association visant à les protéger de la prédation des troupeaux. Ce qui est en jeu, c'est surtout l'absence d'indemnisation suffisante face à ces attaques qu'il s'agisse du loup ou d'un autre canidé.

Dans ce contexte, chacun a bien noté les propos du ministre de l'agriculture concernant ce dossier. Cependant, la seule réponse à ce problème ne peut résider dans l'augmentation du prélèvement sur l'espèce.

Si les abattages peuvent être employés, les privilégier par rapport à l'indemnisation n'est pas la solution. Certes, cela a un coût et les agriculteurs ne travaillent pas pour être indemnisés mais face au principe de réalité, ils doivent pouvoir être épaulés financièrement.

La question est de savoir comment concilier aujourd'hui activité humaine et présence du loup sur notre territoire. *Canis lupus* ne connaît pas les frontières administratives territoriales et les services de l'État doivent d'ores et déjà ne pas minorer la forte probabilité que le loup s'installe en Dordogne et sur l'ensemble du territoire national.

Aussi, il lui demande si le Gouvernement souhaite mettre en place un système de réponse plus adapté et réactif aux éleveurs et aux autres acteurs du monde rural, face aux prédateurs tels que le loup, mais surtout des indemnités plus conséquentes en cas de pertes de bétails. Cette problématique doit être prise en compte pour soutenir une filière bovine et ovine de qualité telle qu'elle existe en Dordogne.

Homologations des véhicules agricoles

N° 0836 – Le 13 juin 2019 – **M. Yannick Botrel** attire l'attention de **M. le ministre d'État, ministre de la transition écologique et solidaire**, sur la fin de validité au 31 décembre 2019 des homologations des véhicules agricoles.

Tous les véhicules agricoles qui empruntent les voies ordinaires de circulation doivent répondre à une homologation nationale accordée par une autorité compétente désignée par l'État, en l'occurrence les directions régionales de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL). Les prescriptions techniques qui régissaient cette homologation dataient des années 1950 et ont, pour la plupart, été modifiées par l'arrêté du 19 décembre 2016 relatif à la réception des véhicules agricoles et forestiers.

Ce dernier prévoit qu'à partir du 1^{er} janvier 2020 tous les véhicules neufs commercialisés pour la première fois et homologués selon les anciennes dispositions soient ré-homologués selon les nouvelles prescriptions techniques.

Cette disposition pourrait avoir des conséquences considérables pour certaines entreprises.

En effet, les entreprises ne disposent, en réalité, que de onze mois pour répondre aux nouvelles prescriptions d'homologation puisque les dossiers administratifs doivent être mis à jour selon un nouveau format de « dossier type » qui n'a été mis à disposition qu'en janvier 2019. De même, ces nouvelles prescriptions techniques peuvent nécessiter des modifications de la conception des véhicules, ce qui requiert également du temps.

Par ailleurs, il souligne qu'il existe un risque majeur d'engorgement administratif. Des centaines de dossiers d'homologation seront transmis à chacune des DREAL d'ici à la fin de l'année. Ainsi, le délai imparti pour le traitement de ces dossiers semble difficile à respecter.

D'autre part, pour de nombreux constructeurs, tant que l'homologation d'un modèle de véhicule n'est pas prononcée, la production en série ne peut être lancée. Des entreprises se verront certainement dans l'incapacité d'honorer des commandes de clients pour des raisons strictement administratives. Les pertes financières potentielles associées – arrêt de production, chômage technique des opérateurs – pourraient mettre en péril la viabilité économique de certaines entreprises.

En conséquence, il l'interroge sur les intentions du Gouvernement à l'égard de ces nouvelles dispositions et s'il envisage un report au 1^{er} janvier 2021 de l'obligation de ré-homologuer les véhicules agricoles afin de permettre aux entreprises de pouvoir faire face à ces nouvelles dispositions dans un délai raisonnable afin de minimiser leur impact économique et, par la même occasion, d'éviter l'engorgement administratif des DREAL.

ANNEXES AU PROCÈS-VERBAL

de la séance

du mercredi 5 juin 2019

SCRUTIN N° 137

sur l'amendement n° 168 rectifié quinquies, présenté par M. Jean-Pierre Moga et plusieurs de ses collègues, tendant à insérer un article additionnel après l'article 4 ter 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, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	342
Suffrages exprimés	246
Pour	38
Contre	208

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GRUPE LES RÉPUBLICAINS (144) :

Pour : 16 MM. Jean Bizet, René Danesi, Laurent Duplomb, Jacques Genest, Daniel Gremillet, Charles Guené, Dominique de Legge, Didier Mandelli, Mme Patricia Morhet-Richaud, M. Louis-Jean de Nicolaÿ, Mme Sylviane Noël, MM. Cédric Perrin, Michel Raison, Mme Françoise Ramond, MM. Vincent Segouin, Michel Vaspart

Contre : 120

Abstention : 6 Mme Anne-Marie Bertrand, Vivette Lopez, MM. Jean-François Mayet, Albéric de Montgolfier, Rémy Pointereau, Mme Catherine Troendlé

N'ont pas pris part au vote : 2 M. Gérard Larcher - Président du Sénat M. Bernard Fournier

GRUPE SOCIALISTE ET RÉPUBLICAIN (72) :

Abstention : 72

GRUPE UNION CENTRISTE (51) :

Pour : 12 MM. Olivier Cigolotti, Jean-Marie Janssens, Mme Sophie Joissains, M. Nuihau Laurey, Mme Anne-Catherine Loisier, MM. Jean-François Longeot, Pierre Louault, Jean-Marie Mizzon, Jean-Pierre Moga, Mmes Évelyne Perrot, Denise Saint-Pé, Sylvie Vermeillet

Contre : 39

GRUPE LA RÉPUBLIQUE EN MARCHÉ (23) :

Contre : 23

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (23) :

Pour : 10 MM. Alain Bertrand, Henri Cabanel, Jean-Pierre Corbisez, Ronan Dantec, Éric Jeansannetas, Joël Labbé, Mme Françoise Laborde, MM. Jean-Claude Requier, Jean-Yves Roux, Raymond Vall

Contre : 11

Abstention : 2 MM. Stéphane Artano, Jean-Marc Gabouty

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE (16) :

Abstention : 16

GRUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (13) :

Contre : 13

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :

Contre : 2 M. Philippe Adnot, Mme Claudine Kauffmann

N'ont pas pris part au vote : 4

Ont voté pour :

Alain Bertrand	Joël Labbé	Sylviane Noël
Jean Bizet	Françoise Laborde	Cédric Perrin
Henri Cabanel	Nuihau Laurey	Évelyne Perrot
Olivier Cigolotti	Dominique de Legge	Michel Raison
Jean-Pierre Corbisez	Anne-Catherine Loisier	Françoise Ramond
René Danesi	Jean-François Longeot	Jean-Claude Requier
Ronan Dantec	Pierre Louault	Denise Saint-Pé
Laurent Duplomb	Didier Mandelli	Vincent Segouin
Jacques Genest	Jean-Marie Mizzon	Raymond Vall
Daniel Gremillet	Jean-Pierre Moga	Michel Vaspart
Charles Guené	Patricia Morhet-Richaud	Sylvie Vermeillet
Jean-Marie Janssens	Louis-Jean de Nicolaÿ	
Éric Jeansannetas		
Sophie Joissains		

Ont voté contre :

Philippe Adnot	Christine Bonfanti-Dossat	Bernard Buis
Pascal Allizard	François Bonhomme	Olivier Cadic
Michel Amiel	Bernard Bonne	François Calvet
Guillaume Arnell	Philippe Bonnacarrère	Christian Cambon
Serge Babary	Pascale Bories	Agnès Canayer
Julien Bargeton	Gilbert Bouchet	Michel Canevet
Philippe Bas	Céline Boulay-Espéronnier	Vincent Capo-Canellas
Jérôme Bascher	Yves Bouloux	Emmanuel Capus
Arnaud Bazin	Jean-Marc Boyer	Jean-Noël Cardoux
Arnaud de Belenet	Max Brisson	Maryse Carrère
Martine Berthet	Marie-Thérèse Bruguière	Françoise Cartron
Jérôme Bignon	François-Noël Buffet	Joseph Castelli
Annick Billon		Alain Cazabonne
Jean-Marie Bockel		Bernard Cazeau
		Anne Chain-Larché

Patrick Chaize
Pierre Charon
Daniel Chasseing
Alain Chatillon
Marie-Christine
Chauvin
Guillaume Chevrollier
Marta de Cidrac
Yvon Collin
Josiane Costes
Édouard Courtial
Pierre Cuypers
Philippe Dallier
Laure Darcos
Mathieu Darnaud
Marc-Philippe
Daubresse
Jean-Pierre Decool
Robert del Picchia
Vincent Delahaye
Nathalie Delattre
Bernard Delcros
Annie Delmont-
Koropoulos
Michel Dennemont
Gérard Dériot
Catherine Deroche
Jacky Deromedi
Chantal Deseyne
Yves Détraigne
Catherine Di Folco
Nassimah Dindar
Élisabeth Doineau
Philippe Dominati
Daniel Dubois
Alain Dufaut
Catherine Dumas
Nicole Duranton
Jean-Paul Émorine
Dominique Estrosi
Sassone
Jacqueline Eustache-
Brinio
Françoise Férat
Michel Forissier
Alain Fouché
Catherine Fournier
Christophe-André
Frassa
Pierre Frogier
Joëlle Garriaud-
Maylam
Françoise Gatel
André Gattolin
Frédérique Gerbaud
Bruno Gilles
Jordi Ginesta
Colette Giudicelli
Éric Gold
Nathalie Goulet
Sylvie Goy-Chavent

Jean-Pierre Grand
François Grosdidier
Jacques Groperrin
Pascale Gruny
Jean-Noël Guérini
Joël Guerriau
Jocelyne Guidez
Véronique Guillotin
Abdallah Hassani
Claude Haut
Olivier Henno
Loïc Hervé
Alain Houpert
Jean-Raymond
Hugonet
Benoît Huré
Jean-François Husson
Corinne Imbert
Muriel Jourda
Mireille Jouve
Alain Joyandet
Antoine Karam
Roger Karoutchi
Claudine Kauffmann
Guy-Dominique
Kennel
Claude Kern
Laurent Lafon
Jean-Louis Lagourgue
Marc Laménie
Élisabeth Lamure
Christine Lanfranchi
Dorgal
Florence Lassarade
Robert Laufoalulu
Michel Laugier
Daniel Laurent
Christine Lavarde
Ronan Le Gleut
Jacques Le Nay
Antoine Lefèvre
Jean-Pierre Leleux
Olivier Léonhardt
Henri Leroy
Valérie Létard
Martin Lévrier
Brigitte Lherbier
Gérard Longuet
Jean-Claude Luche
Michel Magras
Viviane Malet
Claude Malhuret
Alain Marc
Frédéric Marchand
Hervé Marseille
Hervé Maurey
Pierre Médevielle
Colette Mélot
Frack Menonville
Marie Mercier
Sébastien Meurant

Abstentions :

Maurice Antiste
Cathy Apourceau-Poly
Stéphane Artano
Viviane Artigalas
Éliane Assassi
David Assouline
Esther Benbassa
Claude Bérît-Débat
Anne-Marie Bertrand
Jacques Bigot
Joël Bigot
Maryvonne Blondin
Éric Bocquet
Nicole Bonnefoy
Yannick Botrel
Martial Bourquin

Michel Boutant
Céline Brulin
Thierry Carcenac
Laurence Cohen
Pierre-Yves Collombat
Catherine Conconne
Hélène Conway-
Mouret
Roland Courteau
Cécile Cukierman
Michel Dagbert
Yves Daudigny
Marc Daunis
Gilbert-Luc Devinaz
Jérôme Durain
Alain Duran

Brigitte Micouleau
Alain Milon
Thani Mohamed
Soilih
Catherine Morin-
Desailly
Jean-Marie Morisset
Philippe Mouiller
Philippe Nachbar
Robert Navarro
Claude Nougain
Olivier Paccaud
Jean-Jacques Panunzi
Georges Patient
François Patriat
Philippe Paul
Cyril Pellevat
Philippe Pemezec
Stéphane Piednoir
Jackie Pierre
Gérard Poadja
Ladislas Poniatowski
Sophie Primas
Jean-Paul Prince
Christophe Priou
Catherine Procaccia
Sonia de la Provôté
Frédérique Puissat
Isabelle Raimond-
Pavero
Didier Rambaud
Jean-François Rapin
Noëlle Rauscent
Damien Regnard
André Reichardt
Évelyne Renaud-
Garabedian
Bruno Retailleau
Charles Revet
Alain Richard
Marie-Pierre Richer
Hugues Saury
René-Paul Savary
Michel Savin
Patricia Schillinger
Alain Schmitz
Bruno Sido
Jean Sol
Nadia Sollogoub
Lana Tetuanui
Dominique Théophile
Claudine Thomas
Jean-Marie
Vanlerenberghe
Dominique Vérien
Jean-Pierre Vial
Jean Pierre Vogel
Michèle Vullien
Dany Wattebled
Richard Yung

Vincent Éblé
Frédérique Espagnac
Rémi Féraud
Corinne Féret
Jean-Luc Fichet
Martine Filleul
Jean-Marc Gabouty
Fabien Gay
Samia Ghali
Guillaume Gontard
Marie-Pierre de la
Gontrie
Michelle Gréaume
Nadine Grevet-
Certenais
Annie Guillemot

Laurence Harribey
Jean-Michel
Houllegatte
Xavier Iacovelli
Olivier Jacquin
Victoire Jasmin
Patrice Joly
Bernard Jomier
Gisèle Jourda
Patrick Kanner
Éric Kerrouche
Bernard Lalande
Pierre Laurent
Jean-Yves Leconte
Claudine Lepage
Marie-Noëlle
Lienemann
Vivette Lopez
Jean-Jacques Lozach

Monique Lubin
Victorin Lurel
Philippe Madrelle
Jacques-Bernard
Magnier
Christian Manable
Didier Marie
Jean-François Mayet
Rachel Mazuir
Michelle Meunier
Marie-Pierre Monier
Franck Montaugé
Albéric de Montgolfier
Pierre Ouzoulias
Marie-Françoise Perol-
Dumont
Rémy Pointereau
Angèle Prévile
Christine Prunaud

N'ont pas pris part au vote :

Bernard Fournier
Christine Herzog

Fabienne Keller
Jean Louis Masson

Stéphane Ravier

N'a pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - Président du Sénat.

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus.

SCRUTIN N° 138

sur l'amendement n° 122 rectifié bis, présenté par Mme Marie-Pierre Monier et plusieurs de ses collègues, tendant à insérer un article additionnel après l'article 4 ter 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, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	342
Suffrages exprimés	268
Pour	48
Contre	220

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN**GRUPE LES RÉPUBLICAINS (144) :**

Pour : 16 MM. Jean Bizet, René Danesi, *Laurent Duplomb, Jacques Genest, Daniel Gremillet, Charles Guené, Dominique de Legge, Didier Mandelli, Mme Patricia Morhet-Richaud, *M. Louis-Jean de Nicolaj, Mme Sylviane Noël, MM. Cédric Perrin, Michel Raison, Mme Françoise Ramond, MM. Vincent Segouin, Michel Vaspart

Contre : 120

Abstention : 6 Mme Anne-Marie Bertrand, Vivette Lopez, MM. Jean-François Mayet, Albéric de Montgolfier, Rémy Pointereau, Mme Catherine Troendlé

N'ont pas pris part au vote : 2 M. Gérard Larcher - Président du Sénat M. Bernard Fournier

GRUPE SOCIALISTE ET RÉPUBLICAIN (72) :

Pour : 22 M. Maurice Antiste, Mme Maryvonne Blondin, Catherine Conconne, MM. Roland Courteau, Alain Duran, Jean-Luc Fichet, Patrice Joly, Mme Gisèle Jourda, M. Éric Kerrouche, Mme Claudine Lepage, MM. Christian Manable, Didier Marie, Rachel Mazuir, Mmes Michelle Meunier, Marie-Pierre Monier, Marie-Françoise Perol-Dumont, MM.

Jean-Pierre Sueur, Rachid Temal, Jean-Claude Tissot, Mme Nelly Tocqueville, MM. Jean-Louis Tourenne, Yannick Vaugrenard

Abstention : 50

GRUPE UNION CENTRISTE (51) :

Contre : 51

GRUPE LA RÉPUBLIQUE EN MARCHÉ (23) :

Contre : 23

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (23) :

Pour : 10 MM. Alain Bertrand, Henri Cabanel, Jean-Pierre Corbisez, Ronan Dantec, Éric Jeansannetas, Joël Labbé, Mme Françoise Laborde, MM. Jean-Claude Requier, Jean-Yves Roux, Raymond Vall

Contre : 11

Abstention : 2 MM. Stéphane Artano, Jean-Marc Gabouty

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE (16) :

Abstention : 16

GRUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (13) :

Contre : 13

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :

Contre : 2 M. Philippe Adnot, Mme Claudine Kauffmann

N'ont pas pris part au vote : 4

Ont voté pour :

Maurice Antiste
Alain Bertrand
Jean Bizet
Maryvonne Blondin
Henri Cabanel
Catherine Conconne
Jean-Pierre Corbisez
Roland Courteau
René Danesi
Ronan Dantec
*Laurent Duplomb
Alain Duran
Jean-Luc Fichet
Jacques Genest
Daniel Gremillet
Charles Guené
Éric Jeansannetas

Patrice Joly
Gisèle Jourda
Éric Kerrouche
Joël Labbé
Françoise Laborde
Dominique de Legge
Claudine Lepage
Christian Manable
Didier Mandelli
Didier Marie
Rachel Mazuir
Michelle Meunier
Marie-Pierre Monier
Patricia Morhet-Richaud
*Louis-Jean de Nicolaj
Sylviane Noël

Marie-Françoise Perol-Dumont
Cédric Perrin
Michel Raison
Françoise Ramond
Jean-Claude Requier
Jean-Yves Roux
Vincent Segouin
Jean-Pierre Sueur
Rachid Temal
Jean-Claude Tissot
Nelly Tocqueville
Jean-Louis Tourenne
Raymond Vall
Michel Vaspert
Yannick Vaugrenard

Ont voté contre :

Philippe Adnot
Pascal Allizard
Michel Amiel
Guillaume Arnell
Serge Babary
Julien Bargeton
Philippe Bas
Jérôme Bascher
Arnaud Bazin
Arnaud de Belenet
Martine Berthet
Jérôme Bignon
Annick Billon
Jean-Marie Bockel
Christine Bonfanti-Dossat
François Bonhomme
Bernard Bonne

Philippe Bonnacarrère
Pascale Bories
Gilbert Bouchet
Céline Boulay-Espéronnier
Yves Bouloux
Jean-Marc Boyer
Max Brisson
Marie-Thérèse Bruguière
François-Noël Buffet
Bernard Buis
Olivier Cadic
François Calvet
Christian Cambon
Agnès Canayer
Michel Canevet

Vincent Capocanellas
Emmanuel Capus
Jean-Noël Cardoux
Maryse Carrère
Françoise Cartron
Joseph Castelli
Alain Cazabonne
Bernard Cazeau
Anne Chain-Larché
Patrick Chaize
Pierre Charon
Daniel Chasseing
Alain Chatillon
Marie-Christine Chauvin
Guillaume Chevrollier
Marta de Cidrac

Olivier Cigolotti
Yvon Collin
Josiane Costes
Édouard Courtial
Pierre Cuypers
Philippe Dallier
Laure Darcos
Mathieu Darnaud
Marc-Philippe Daubresse
Jean-Pierre Decool
Robert del Picchia
Vincent Delahaye
Nathalie Delattre
Bernard Delcros
Annie Delmont-Koropoulis
Michel Dennemont
Gérard Dériot
Catherine Deroche
Jacky Deromedi
Chantal Deseyne
Yves Détraigne
Catherine Di Folco
Nassimah Dindar
Élisabeth Doineau
Philippe Dominati
Daniel Dubois
Alain Dufaut
Catherine Dumas
Nicole Duranton
Jean-Paul Émorine
Dominique Estrosi Sassone
Jacqueline Eustache-Brinio
Françoise Férat
Michel Forissier
Alain Fouché
Catherine Fournier
Christophe-André Frassa
Pierre Frogier
Joëlle Garriaud-Maylam
Françoise Gatel
André Gattolin
Frédérique Gerbaud
Bruno Gilles
Jordi Ginesta
Colette Giudicelli
Éric Gold
Nathalie Goulet
Sylvie Goy-Chavent
Jean-Pierre Grand
François Grosdidier
Jacques Groperrin
Pascale Gruny
Jean-Noël Guérini
Joël Guerriau
Jocelyne Guidez
Véronique Guillotin
Abdallah Hassani

Claude Haut
Olivier Henno
Loïc Hervé
Alain Houpert
Jean-Raymond Hugonet
Benoît Huré
Jean-François Husson
Corinne Imbert
Jean-Marie Janssens
Sophie Joissains
Muriel Jourda
Mireille Jouve
Alain Joyandet
Antoine Karam
Roger Karoutchi
Claudine Kauffmann
Guy-Dominique Kennel
Claude Kern
Laurent Lafon
Jean-Louis Lagourgue
Marc Laméne
Élisabeth Lamure
Christine Lanfranchi Dorgal
Florence Lassarade
Robert Laufoaulu
Michel Laugier
Daniel Laurent
Nuihau Laurey
Christine Lavarde
Ronan Le Gleut
Jacques Le Nay
Antoine Lefèvre
Jean-Pierre Leleux
Olivier Léonhardt
Henri Leroy
Valérie Létard
Martin Lévrier
Brigitte Lherbier
Anne-Catherine Loisiert
Jean-François Longeot
Gérard Longuet
Pierre Louault
Jean-Claude Luche
Michel Magras
Viviane Malet
Claude Malhuret
Alain Marc
Frédéric Marchand
Hervé Marseille
Hervé Maurey
Pierre Médevielle
Colette Mélot
Franck Menonville
Marie Mercier
Sébastien Meurant
Brigitte Micouleau
Alain Milon
Jean-Marie Mizzon
Jean-Pierre Moga

Abstentions :

Cathy Apourceau-Poly
Stéphane Artano
Viviane Artigal
Éliane Assassi
David Assouline
Esther Benbassa
Claude Bérit-Débat
Anne-Marie Bertrand
Jacques Bigot
Joël Bigot
Éric Bocquet
Nicole Bonnefoy
Yannick Botrel
Martial Bourquin

Michel Boutant
Céline Brulin
Thierry Carcenac
Laurence Cohen
Pierre-Yves Collobat
Hélène Conway-Mouret
Cécile Cukierman
Michel Dagbert
Yves Daudigny
Marc Daunis
Gilbert-Luc Devinaz
Jérôme Durain
Vincent Éblé

Thani Mohamed Soilihi
Catherine Morin-Desailly
Jean-Marie Morisset
Philippe Mouiller
Philippe Nachbar
Robert Navarro
Claude Nougéin
Olivier Paccaud
Jean-Jacques Panunzi
Georges Patient
François Patriat
Philippe Paul
Cyril Pellevat
Philippe Pemezec
Évelyne Perrot
Stéphane Piednoir
Jackie Pierre
Gérard Poadja
Ladislav Poniatowski
Sophie Primas
Jean-Paul Prince
Christophe Priou
Catherine Procaccia
Sonia de la Provôté
Frédérique Puissat
Isabelle Raimond-Pavero
Didier Rambaud
Jean-François Rapin
Noëlle Rauscent
Damien Regnard
André Reichardt
Évelyne Renaud-Garabedian
Bruno Retailleau
Charles Revet
Alain Richard
Marie-Pierre Richer
Denise Saint-Pé
Hugues Saury
René-Paul Savary
Michel Savin
Patricia Schillinger
Alain Schmitz
Bruno Sido
Jean Sol
Nadia Sollogoub
Lana Tetuanui
Dominique Théophile
Claudine Thomas
Jean-Marie Vanlerenberghe
Dominique Vérien
Sylvie Vermeillet
Jean-Pierre Vial
Jean Pierre Vogel
Michèle Vullien
Dany Wattedled
Richard Yung

Frédérique Espagnac
Rémi Féraud
Corinne Féret
Martine Filleul
Jean-Marc Gabouty
Fabien Gay
Samia Ghali
Guillaume Gontard
Marie-Pierre de la Gontrie
Michelle Gréaume
Nadine Grellet-Certenais
Annie Guillemot

Laurence Harribey
Jean-Michel
Houllegatte
Xavier Iacovelli
Olivier Jacquin
Vitoire Jasmin
Bernard Jomier
Patrick Kanner
Bernard Lalande
Pierre Laurent
Jean-Yves Leconte
Marie-Noëlle
Lienemann

Vivette Lopez
Jean-Jacques Lozach
Monique Lubin
Victorin Lurel
Philippe Madrelle
Jacques-Bernard
Magner
Jean-François Mayet
Franck Montaugé
Albéric de Montgolfier
Pierre Ouzoulias
Rémy Pointereau
Angèle Prévile

Christine Prunaud
Claude Raynal
Sylvie Robert
Gilbert Roger
Laurence Rossignol
Pascal Savoldelli
Simon Sutour
Sophie Taillé-Polian
Jean-Marc Todeschini
Catherine Troendlé
André Vallini
Sabine Van Heghe

N'ont pas pris part au vote :

Bernard Fournier
Christine Herzog

Fabienne Keller
Jean Louis Masson

Stéphane Ravier

N'a pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - Président du Sénat.

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus.

*Lors de la séance du jeudi 6 juin 2019, MM. Laurent Duplomb et Louis-Jean de Nicolaj ont fait savoir qu'ils auraient souhaité voter contre.

SCRUTIN N° 139

sur l'amendement n° 346 rectifié, présenté par Mme Laurence Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, tendant à insérer un article additionnel après l'article 4 ter 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, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	341
Suffrages exprimés	261
Pour	42
Contre	219

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GRUPE LES RÉPUBLICAINS (144) :

Pour : 16 MM. Jean Bizet, René Danesi, *Laurent Duplomb, Jacques Genest, Daniel Gremillet, Charles Guené, Dominique de Legge, Didier Mandelli, Mme Patricia Morhet-Richaud, *M. Louis-Jean de Nicolaj, Mme Sylviane Noël, MM. Cédric Perrin, Michel Raison, Mme Françoise Ramond, MM. Vincent Segouin, Michel Vaspart

Contre : 119

Abstention : 6 Mme Anne-Marie Bertrand, Vivette Lopez, MM. Jean-François Mayet, Albéric de Montgolfier, Rémy Pointereau, Mme Catherine Troendlé

N'ont pas pris part au vote : 3 M. Gérard Larcher - Président du Sénat M. Bernard Fournier, Mme Colette Giudicelli

GRUPE SOCIALISTE ET RÉPUBLICAIN (72) :

Abstention : 72

GRUPE UNION CENTRISTE (51) :

Contre : 51

GRUPE LA RÉPUBLIQUE EN MARCHÉ (23) :

Contre : 23

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (23) :

Pour : 10 MM. Alain Bertrand, Henri Cabanel, Jean-Pierre Corbisez, Ronan Dantec, Éric Jeansannetas, Joël Labbé, Mme Françoise Laborde, MM. Jean-Claude Requier, Jean-Yves Roux, Raymond Vall

Contre : 11

Abstention : 2 MM. Stéphane Artano, Jean-Marc Gabouty

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE (16) :

Pour : 16

GRUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (13) :

Contre : 13

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :

Contre : 2 M. Philippe Adnot, Mme Claudine Kauffmann

N'ont pas pris part au vote : 4

Ont voté pour :

Cathy Apourceau-Poly
Éliane Assassi
Esther Benbassa
Alain Bertrand
Jean Bizet
Éric Bocquet
Céline Brulin
Henri Cabanel
Laurence Cohen
Pierre-Yves Collombat
Jean-Pierre Corbisez
Cécile Cukierman
René Danesi
Ronan Dantec
*Laurent Duplomb

Fabien Gay
Jacques Genest
Guillaume Gontard
Michelle Gréaume
Daniel Gremillet
Charles Guené
Éric Jeansannetas
Joël Labbé
Françoise Laborde
Pierre Laurent
Dominique de Legge
Marie-Noëlle
Lienemann
Didier Mandelli

Patricia Morhet-Richaud
*Louis-Jean de Nicolaj
Sylviane Noël
Pierre Ouzoulias
Cédric Perrin
Christine Prunaud
Michel Raison
Françoise Ramond
Jean-Claude Requier
Jean-Yves Roux
Pascal Savoldelli
Vincent Segouin
Raymond Vall
Michel Vaspart

Ont voté contre :

Philippe Adnot
Pascal Allizard
Michel Amiel
Guillaume Arnell
Serge Babary
Julien Bargeton
Philippe Bas
Jérôme Bascher
Arnaud Bazin
Arnaud de Belenet
Martine Berthet
Jérôme Bignon
Annick Billon
Jean-Marie Bockel
Christine Bonfanti-Dossat
François Bonhomme
Bernard Bonne
Philippe Bonhecarrère
Pascale Bories
Gilbert Bouchet
Céline Boulay-Espéronnier
Yves Bouloux
Jean-Marc Boyer
Max Brisson
Marie-Thérèse
Bruguière
François-Noël Buffet
Bernard Buis

Olivier Cadic
François Calvet
Christian Cambon
Agnès Canayer
Michel Canevet
Vincent Capocanellas
Emmanuel Capus
Jean-Noël Cardoux
Maryse Carrère
Françoise Cartron
Joseph Castelli
Alain Cazabonne
Bernard Cazeau
Anne Chain-Larché
Patrick Chaize
Pierre Charon
Daniel Chasseing
Alain Chatillon
Marie-Christine Chauvin
Guillaume Chevrollier
Marta de Cidrac
Olivier Cigolotti
Yvon Collin
Josiane Costes
Édouard Courtial
Pierre Cuypers
Philippe Dallier
Laure Darcos

Mathieu Darnaud
Marc-Philippe Daubresse
Jean-Pierre Decool
Robert del Picchia
Vincent Delahaye
Nathalie Delattre
Bernard Delcros
Annie Demont-Koropoulos
Michel Denneumont
Gérard Dériot
Catherine Deroche
Jacky Deromedi
Chantal Deseyne
Yves Détraigne
Catherine Di Folco
Nassimah Dindar
Élisabeth Doineau
Philippe Dominati
Daniel Dubois
Alain Dufaut
Catherine Dumas
Nicole Duranton
Jean-Paul Émorine
Dominique Estrosi Sassone
Jacqueline Eustache-Brinio
Françoise Férat

Michel Forissier
Alain Fouché
Catherine Fournier
Christophe-André Frassa
Pierre Frogier
Joëlle Garriaud-Maylam
Françoise Gatel
André Gattolin
Frédérique Gerbaud
Bruno Gilles
Jordi Ginesta
Éric Gold
Nathalie Goulet
Sylvie Goy-Chavent
Jean-Pierre Grand
François Grosdidier
Jacques Groperrin
Pascale Gruny
Jean-Noël Guérini
Joël Guerriau
Jocelyne Guidez
Véronique Guillotin
Abdallah Hassani
Claude Haut
Olivier Henno
Loïc Hervé
Alain Houpert
Jean-Raymond Hugonet
Benoît Huré
Jean-François Husson
Corinne Imbert
Jean-Marie Janssens
Sophie Joissains
Muriel Jourda
Mireille Jouve
Alain Joyandet
Antoine Karam
Roger Karoutchi
Claudine Kauffmann
Guy-Dominique Kennel
Claude Kern
Laurent Lafon
Jean-Louis Lagourgue
Marc Laménie
Élisabeth Lamure

Christine Lanfranchi Dorgal
Florence Lassarade
Robert Laufoaulu
Michel Laugier
Daniel Laurent
Nuihau Laurey
Christine Lavarde
Ronan Le Gleut
Jacques Le Nay
Antoine Lefèvre
Jean-Pierre Leleux
Olivier Léonhardt
Henri Leroy
Valérie Létard
Martin Lévrier
Brigitte Lherbier
Anne-Catherine Loisier
Jean-François Longeot
Gérard Longuet
Pierre Louault
Jean-Claude Luche
Michel Magras
Viviane Malet
Claude Malhuret
Alain Marc
Frédéric Marchand
Hervé Marseille
Hervé Maurey
Pierre Médevielle
Colette Mélot
Franck Menonville
Marie Mercier
Sébastien Meurant
Brigitte Micouleau
Alain Milon
Jean-Marie Mizzon
Jean-Pierre Moga
Thani Mohamed Soilihi
Catherine Morin-Desailly
Jean-Marie Morisset
Philippe Mouiller
Philippe Nachbar
Robert Navarro
Claude Nougéin
Olivier Paccard
Jean-Jacques Panunzi

Abstentions :

Maurice Antiste
Stéphane Artano
Viviane Artigalas
David Assouline
Claude Bérit-Débat
Anne-Marie Bertrand
Jacques Bigot
Joël Bigot
Maryvonne Blondin
Nicole Bonnefoy
Yannick Botrel
Martial Bourquin
Michel Boutant
Thierry Carcenac
Catherine Conconne
Hélène Conway-Mouret
Roland Courteau
Michel Dagbert
Yves Daudigny
Marc Daunis
Gilbert-Luc Devinaz
Jérôme Durain
Alain Duran
Vincent Éblé
Frédérique Espagnac
Rémi Féraud

Corinne Féret
Jean-Luc Fichet
Martine Filleul
Jean-Marc Gabouty
Samia Ghali
Marie-Pierre de la Gontrie
Nadine Grelet-Certenais
Annie Guillemot
Laurence Harribey
Jean-Michel Houllégatte
Xavier Iacovelli
Olivier Jacquin
Victoire Jasmin
Patrice Joly
Bernard Jomier
Gisèle Jourda
Patrick Kanner
Éric Kerrouche
Bernard Lalande
Jean-Yves Leconte
Claudine Lepage
Vivette Lopez
Jean-Jacques Lozach
Monique Lubin

Georges Patient
François Patriat
Philippe Paul
Cyril Pellevat
Philippe Pemezec
Évelyne Perrot
Stéphane Piednoir
Jackie Pierre
Gérard Poadja
Ladislav Poniatowski
Sophie Primas
Jean-Paul Prince
Christophe Priou
Catherine Procaccia
Sonia de la Provôte
Frédérique Puissat
Isabelle Raimond-Pavero
Didier Rambaud
Jean-François Rapin
Noëlle Rauscent
Damien Regnard
André Reichardt
Évelyne Renaud-Garabedian
Bruno Retailleau
Charles Revet
Alain Richard
Marie-Pierre Richer
Denise Saint-Pé
Hugues Saury
René-Paul Savary
Michel Savin
Patricia Schillinger
Alain Schmitz
Bruno Sido
Jean Sol
Nadia Sollogoub
Lana Tetuanui
Dominique Théophile
Claudine Thomas
Jean-Marie Vanlerenberghe
Dominique Vérien
Sylvie Vermeillet
Jean-Pierre Vial
Jean Pierre Vogel
Michèle Vullien
Dany Wattebled
Richard Yung

Jean-Louis Tourenne
Catherine Troendlé

André Vallini
Sabine Van Heghe

Yannick Vaugrenard

N'ont pas pris part au vote :

Bernard Fournier
Colette Giudicelli

Christine Herzog
Fabienne Keller

Jean Louis Masson
Stéphane Ravier

N'a pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - Président du Sénat.

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus.

*Lors de la séance du jeudi 6 juin 2019, MM. Laurent Duplomb et Louis-Jean de Nicolaÿ ont fait savoir qu'ils auraient souhaité voter contre.

SCRUTIN N° 140

sur l'amendement n° 309, présenté par Mme Laurence Cohen et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, tendant à supprimer 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, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	341
Suffrages exprimés	265
Pour	33
Contre	232

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN**GROUPE LES RÉPUBLICAINS (144) :**

Contre : 142

N'ont pas pris part au vote : 2 M. Gérard Larcher - Président du Sénat et Mme Catherine Troendlé - qui présidait la séance

GROUPE SOCIALISTE ET RÉPUBLICAIN (72) :

Abstention : 72

GROUPE UNION CENTRISTE (51) :

Pour : 1 Mme Nadia Sollogoub

Contre : 49

Abstention : 1 Mme Michèle Vullien

GROUPE LA RÉPUBLIQUE EN MARCHÉ (23) :

Contre : 23

GROUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (23) :

Pour : 16

Contre : 4 Mme Nathalie Delattre, M. Jean-Marc Gabouty, Mme Véronique Guillotin, M. Olivier Léonhardt

Abstention : 3 M. Alain Bertrand, Mme Josiane Costes, M. Jean-Noël Guérini

GROUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE (16) :

Pour : 16

GRUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (13) :*Contre : 13***RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :***Contre : 1 M. Philippe Adnot**N'ont pas pris part au vote : 5***Ont voté pour :**

Cathy Apourceau-Poly
Guillaume Arnell
Stéphane Artano
Éliane Assassi
Esther Benbassa
Éric Bocquet
Céline Brulin
Henri Cabanel
Maryse Carrère
Joseph Castelli
Laurence Cohen
Yvon Collin

Pierre-Yves Collombat
Jean-Pierre Corbisez
Cécile Cukierman
Ronan Dantec
Fabien Gay
Éric Gold
Guillaume Gontard
Michelle Gréaume
Éric Jeansannetas
Mireille Jouve
Joël Labbé
Françoise Laborde

Pierre Laurent
Marie-Noëlle
Lienemann
Pierre Ouzoulias
Christine Prunaud
Jean-Claude Requier
Jean-Yves Roux
Pascal Savoldelli
Nadia Sollogoub
Raymond Vall

Ont voté contre :

Philippe Adnot
Pascal Allizard
Michel Amiel
Serge Babary
Julien Bargeton
Philippe Bas
Jérôme Bascher
Arnaud Bazin
Arnaud de Belenet
Martine Berthet
Anne-Marie Bertrand
Jérôme Bignon
Annick Billon
Jean Bizet
Jean-Marie Bockel
Christine Bonfanti-Dossat
François Bonhomme
Bernard Bonne
Philippe Bonnecarrère
Pascalé Bories
Gilbert Bouchet
Céline Boulay-Espéronnier
Yves Bouloux
Jean-Marc Boyer
Max Brisson
Marie-Thérèse Bruguière
François-Noël Buffet
Bernard Buis
Olivier Cadic
François Calvet
Christian Cambon
Agnès Canayer
Michel Canevet
Vincent Capocanellas
Emmanuel Capus
Jean-Noël Cardoux
Françoise Cartron
Alain Cazabonne
Bernard Cazeau
Anne Chain-Larché
Patrick Chaize
Pierre Charon
Daniel Chasseing
Alain Chatillon
Marie-Christine Chauvin
Guillaume Chevrollier

Marta de Cidrac
Olivier Cigolotti
Édouard Courtial
Pierre Cuypers
Philippe Dallier
René Danesi
Laure Darcos
Mathieu Darnaud
Marc-Philippe Daubresse
Jean-Pierre Decool
Robert del Picchia
Vincent Delahaye
Nathalie Delattre
Bernard Delcros
Annie Delmont-Koropoulis
Michel Dennemont
Gérard Dériot
Catherine Deroche
Jacky Deromedi
Chantal Deseyne
Yves Détraigne
Catherine Di Folco
Nassimah Dindar
Élisabeth Doineau
Philippe Dominati
Daniel Dubois
Alain Dufaut
Catherine Dumas
Laurent Duplomb
Nicole Duranton
Jean-Paul Émorine
Dominique Estrosi Sassone
Jacqueline Eustache-Brinio
Françoise Férat
Michel Forissier
Alain Fouché
Bernard Fournier
Catherine Fournier
Christophe-André Frassa
Pierre Frogier
Jean-Marc Gabouty
Joëlle Garriaud-Maylam
Françoise Gatel
André Gattolin
Jacques Genest

Frédérique Gerbaud
Bruno Gilles
Jordi Ginesta
Colette Giudicelli
Nathalie Goulet
Sylvie Goy-Chavent
Jean-Pierre Grand
Daniel Gremillet
François Grosdidier
Jacques Groperrin
Pascale Gruny
Charles Guené
Joël Guerriau
Jocelyne Guidez
Véronique Guillotin
Abdallah Hassani
Claude Haut
Olivier Henno
Loïc Hervé
Alain Houpert
Jean-Raymond Hugonet
Benoît Huré
Jean-François Husson
Corinne Imbert
Jean-Marie Janssens
Sophie Joissains
Muriel Jourda
Alain Joyandet
Antoine Karam
Roger Karoutchi
Guy-Dominique Kennel
Claude Kern
Laurent Lafon
Jean-Louis Lagourgue
Marc Laménie
Élisabeth Lamure
Christine Lanfranchi Dorgal
Florence Lassarade
Robert Laufoaulu
Michel Laugier
Daniel Laurent
Nuihau Laurey
Christine Lavarde
Ronan Le Gleut
Jacques Le Nay
Antoine Lefèvre
Dominique de Legge
Jean-Pierre Leleux

Olivier Léonhardt
Henri Leroy
Valérie Létard
Martin Lévrier
Brigitte Lherbier
Anne-Catherine Loisier
Jean-François Longeot
Gérard Longuet
Vivette Lopez
Pierre Louault
Jean-Claude Luche
Michel Magras
Viviane Malet
Claude Malhuret
Didier Mandelli
Alain Marc
Frédéric Marchand
Hervé Marseille
Hervé Maurey
Jean-François Mayet
Pierre Médevielle
Colette Mélot
Franck Menonville
Marie Mercier
Sébastien Meurant
Brigitte Micouleau
Alain Milon
Jean-Marie Mizzon
Jean-Pierre Moga
Thani Mohamed Soilihi
Albéric de Montgolfier

Patricia Morhet-Richaud
Catherine Morin-Desailly
Jean-Marie Morisset
Philippe Mouiller
Philippe Nachbar
Robert Navarro
Louis-Jean de Nicolaj
Sylviane Noël
Claude Nougéin
Olivier Paccard
Jean-Jacques Panunzi
Georges Patient
François Patriat
Philippe Paul
Cyril Pellevat
Philippe Pemezec
Cédric Perrin
Évelyne Perrot
Stéphane Piednoir
Jackie Pierre
Gérard Poadja
Rémy Pointereau
Ladislav Poniatowski
Sophie Primas
Jean-Paul Prince
Christophe Priou
Catherine Procaccia
Sonia de la Provôté
Frédérique Puissat
Isabelle Raimond-Pavero
Michel Raison

Didier Rambaud
Françoise Ramond
Jean-François Rapin
Noëlle Rauscent
Damien Regnard
André Reichardt
Évelyne Renaud-Garabedian
Bruno Retailleau
Charles Revet
Alain Richard
Marie-Pierre Richer
Denise Saint-Pé
Hugues Saury
René-Paul Savary
Michel Savin
Patricia Schillinger
Alain Schmitz
Vincent Segouin
Bruno Sido
Jean Sol
Lana Tetuanui
Dominique Théophile
Claudine Thomas
Jean-Marie Vanlerenberghe
Michel Vaspert
Dominique Vérien
Sylvie Vermeillet
Jean-Pierre Vial
Jean Pierre Vogel
Dany Wattedled
Richard Yung

Abstentions :

Maurice Antiste
Viviane Artigalas
David Assouline
Claude Bérit-Débat
Alain Bertrand
Jacques Bigot
Joël Bigot
Maryvonne Blondin
Nicole Bonnefoy
Yannick Botrel
Martial Bourquin
Michel Boutant
Thierry Carcenac
Catherine Conconne
Hélène Conway-Mouret
Josiane Costes
Roland Courteau
Michel Dagbert
Yves Daudigny
Marc Daunis
Gilbert-Luc Devinaz
Jérôme Durain
Alain Duran
Vincent Éblé
Frédérique Espagnac
Rémi Féraud
Corinne Férét

Jean-Luc Fichet
Martine Filleul
Samia Ghali
Marie-Pierre de la Gontrie
Nadine Grellet-Certenais
Jean-Noël Guérini
Annie Guillemot
Laurence Harribey
Jean-Michel Houllégatte
Xavier Iacovelli
Olivier Jacquin
Victoire Jasmin
Patrice Joly
Bernard Jomier
Gisèle Jourda
Patrick Kanner
Éric Kerrouche
Bernard Lalande
Jean-Yves Leconte
Claudine Lepage
Jean-Jacques Lozach
Monique Lubin
Victorin Lurel
Philippe Madrelle

Jacques-Bernard Magnier
Christian Manable
Didier Marie
Rachel Mazuir
Michelle Meunier
Marie-Pierre Monier
Franck Montaugé
Marie-Françoise Perol-Dumont
Angèle Préville
Claude Raynal
Sylvie Robert
Gilbert Roger
Laurence Rossignol
Jean-Pierre Sueur
Simon Sutour
Sophie Taillé-Polian
Rachid Temal
Jean-Claude Tissot
Nelly Tocqueville
Jean-Marc Todeschini
Jean-Louis Tourenne
André Vallini
Sabine Van Heghe
Yannick Vaugrenard
Michèle Vullien

N'ont pas pris part au vote :

Christine Herzog
Claudine Kauffmann

Fabienne Keller
Jean Louis Masson

Stéphane Ravier

N'ont pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - Président du Sénat et Mme Catherine Troendlé - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus.